



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSO EM CIÊNCIAS DA
REABILITAÇÃO (PPG-CR)

Reginaldo Lordelo Filho

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DO
DISTRITO FEDERAL NA IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES
BIOPSIKOSSOCIAIS ENVOLVIDAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOR
LOMBAR MECÂNICA INESPECÍFICA.**

Brasília - DF

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSO EM CIÊNCIAS DA
REABILITAÇÃO (PPG-CR)

Reginaldo Lordelo Filho

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DO
DISTRITO FEDERAL NA IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES
BIOPSISSOCIAIS ENVOLVIDAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOR
LOMBAR MECÂNICA INESPECÍFICA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Orientador: Prof. PhD. Wagner Rodrigues Martins.

Linha de pesquisa: Aspectos Biomecânicos e Funcionais Associados à Prevenção, Desempenho e Reabilitação.

Tema: Avaliação da coluna vertebral e membros inferiores.

Brasília - DF

2019

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

La LORDELO FILHO, REGINALDO
 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE
FISIOTERAPIA DO DISTRITO FEDERAL NA IDENTIFICAÇÃO DAS
DIMENSÕES BIOPSISSOCIAIS ENVOLVIDAS NO CUIDADO DE
PACIENTES COM DOR LOMBAR MECÂNICA INESPECÍFICA / REGINALDO
LORDELO FILHO; orientador WAGNER RODRIGUES MARTINS. --
Brasília, 2019.
 89 p.

 Dissertação (Mestrado - Mestrado em Ciências da
Reabilitação) -- Universidade de Brasília, 2019.

 1. DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA. 2. MODELO
BIOPSISSOCIAL. 3. FENOMENOLOGIA. I. RODRIGUES MARTINS,
WAGNER, orient. II. Título.

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DO
DISTRITO FEDERAL NA IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES
BIOPSIKOSSOCIAIS ENVOLVIDAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOR
LOMBAR MECÂNICA INESPECÍFICA.**

Reginaldo Lordelo Filho

DISSERTAÇÃO APRESENTADA E AVALIADA EM: ____/____/____.

Prof. PhD. Wagner Rodrigues Martins
Orientador

Profa. PhD. Ana Clara Bonini Rocha
Membro não vinculado ao PPGCR e professora da UnB

Prof. PhD. Vagner dos Santos
Membro não vinculado ao PPGCR e professor da UnB

Prof. PhD. Ana Cristina de Jesus Alves
Membro Suplente vinculado ao PPGCR e professora da UnB

Brasília - DF

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais da saúde que encontraram na pesquisa científica um incentivo para tornarem-se profissionais mais qualificados e com foco em melhores intervenções. Dedico, ainda, a todas pessoas que atendi até o presente momento, pois sem eles nada teria sido possível realizar.

AGRADECIMENTOS

Todo o processo foi árduo, mas de grande conhecimento, assim deixo meu agradecimento àqueles que me auxiliaram nesse momento único e de grande reconhecimento.

Ao Professor Wagner Rodrigues Martins pela oportunidade e disponibilidade que mostrou ao longo do trabalho, pelas críticas, correções e conhecimentos transmitidos durante a orientação deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas discentes do programa de mestrado por todos os momentos compartilhados, e, em especial, a Adriana Fernandes, Natália Lucília e Lívia Amado pelo suporte, apoio e amizade nesse período.

Aos meus amigos que me auxiliaram e apoiaram nessa decisão difícil de cursar o mestrado, em especial a Lucas Rafael, Maria Carolina e Leonardo Carvalho, que sempre estiveram ao meu lado, me motivando.

Aos participantes que dispuseram do seu tempo e acreditaram no meu trabalho.

A minha esposa, Mirna, por todo apoio, motivação, compreensão e carinho dado ao longo desta etapa e, por fim, aos meus pais e família que, mesmo diante dos obstáculos, me apoiaram e que, sem eles, nada seria possível. Obrigado pela força, pelo carinho e por acreditarem sempre em mim.

MENSAGEM

“O conhecimento serve para encantar pessoas, não para humilhá-las.”

(Cortella)

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela 1. Guia de entrevista.	30
Tabela 2. Características dos participantes.	34

SUMÁRIO DE FIGURA

Figura 1

31

SUMÁRIO DE ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM
DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA

ANEXO D – ENTREVISTAS

SÍMBOLO, SIGLAS E ABREVIATURAS

DLCI – Dor Lombar Crônica Inespecífica

BPS – Biopsicossocial

IASP - International Association for the Study of Pain

DME - Dor Musculoesquelética

EUA - Estados Unidos da América

MFF - Método Fenomenológico Filosófico

MFE - Método Fenomenológico Empírico

TCLE – Termo de consentimento livre e esclarecido

CST - Condensação Sistemática de Texto

CNS - Conselho Nacional de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	14
ABSTRACT	15
1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1. Dor	18
2.2. Dor lombar Crônica Inespecífica (DLCI)	19
2.3. Modelo Biopsicossocial (BPS)	20
2.4. Estudo Qualitativo	21
2.5. Fenomenologia	23
3. OBJETIVOS	26
3.1. Objetivo Geral	26
3.2. Objetivos Específicos	26
4. METODOLOGIA	27
4.1. Tipo de Estudo:	27
4.2. Aspectos Éticos	27
4.3. Amostra	28
4.3.1. Critérios de Seleção dos Participantes	28
4.3.1.1. Critérios de Seleção dos Participantes do Grupo 1	28
4.3.1.2. Critérios de Seleção dos Participantes do Grupo 2	29
4.4. Coleta dos Dados	29
4.5. Procedimentos	30
4.6. Análise dos Dados	32
5. RESULTADOS	34
5.1. Grupo 1	35
5.1.1. Concepção do Modelo BPS na DLCI	35

5.1.2. Até Onde Chegar com o Modelo BPS	37
5.1.3. Barreiras e Sistema de Avaliação da DLCI no Modelo BPS	38
5.1.4. Entendimento do Modelo BPS	39
5.2. Grupo 2	40
5.2.1. Entendendo as Dimensões BPS	40
5.2.2. Ferramentas de Avaliação e Cuidados	41
5.2.3. Vencendo Barreiras	42
6. DISCUSSÃO	43
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	45
8. CONCLUSÃO	46
9. REFERÊNCIAS	47
10. ANEXOS	52

RESUMO

Introdução: A Dor Lombar Crônica Inespecífica (DLCI) é uma das condições musculoesqueléticas mais comuns na prática clínica de fisioterapeutas. Diretrizes para o cuidado da DLCI reconhecem uma mudança para uma abordagem Biopsicossocial (BPS). Após uma busca nas principais bases de dados, percebeu-se que apesar de o modelo BPS já ser estudado há mais quatro décadas, ainda há escassez de estudos que verificaram seu uso por fisioterapeutas brasileiros. **Objetivo:** Explorar e descrever a percepção de fisioterapeutas de Brasília, que atuam no serviço privado, sobre o modelo BPS no cuidado de indivíduos com DLCI. **Metodologia:** Um desenho de pesquisa fenomenológica qualitativa foi usado para explorar e descrever as percepções dos fisioterapeutas. A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2019, através de entrevistas semiestruturadas presenciais. Doze participantes foram alocados em dois grupos: seis participantes com tempo de formação superior a cinco anos, que trabalham no setor privado pelo menos duas vezes por semana com indivíduos com DLCI, dentro do modelo BPS, foram alocados no Grupo 1; seis participantes com tempo de formação inferior a cinco anos, que trabalham no setor privado pelo menos duas vezes por semana com indivíduos com DLCI, sem prática no modelo BPS, foram alocados no Grupo 2. Para descrever os métodos desse estudo, foi utilizado a Condensação Sistemática de Texto (CST) inspirada na análise fenomenológica de Giorgi. **Resultados:** Quatro categorias de respostas sobre o conhecimento do modelo BPS relacionados ao cuidado de indivíduos com DLCI foram identificadas para o Grupo 1: 1) Concepção do modelo BPS na DLCI; 2) Até onde posso chegar com o modelo BPS; 3) Barreiras e sistema de avaliação da DLCI no modelo BPS; e 4) Entendimento do modelo BPS. Três categorias para o Grupo 2: 1) Entendendo as dimensões BPS; 2) Ferramentas de avaliação e cuidados; e 3) Vencendo barreiras. **Conclusão:** Este estudo indica que os fisioterapeutas de clínicas privadas de Brasília possuem um conhecimento limitado sobre o modelo BPS e uma compreensão parcial da contribuição dele em indivíduos que sofrem de DLCI. Os fisioterapeutas destacam barreiras para os profissionais que incorporam o modelo BPS em seu manejo clínico de indivíduos com DLCI.

Palavras-chave: Dor lombar crônica inespecífica; Modelo biopsicossocial; Fenomenologia.

ABSTRACT

Introduction: Non-specific low back pain (NLBP) is one of the most common musculoskeletal conditions in the clinical practice of physical therapists. Guidelines for the care of NLBP generally recognize a shift to a Biopsychosocial approach (BPS). After a search in the main databases, it was noticed that, although the BPS model has already been studied for more than four decades, there is still a shortage of studies that verified its use by Brazilian physiotherapists. **Objective:** To explore and describe the perception of physical therapists from Brasília who work in the private service, on the BPS model in the care of individuals with NLBP. **Methodology:** A qualitative phenomenological research design was used to explore and describe the perceptions of physiotherapists. The data collection was carried out from February to March of 2019, through semi-structured face-to-face interviews. Twelve participants were allocated to two groups: six participants with a training time of more than five years, who work in the private sector at least twice a week with individuals with NLBP, within the BPS model, were allocated in Group 1; six participants with a training time of less than five years who work in the private sector at least twice a week with individuals with NLBP, without practice in the BPS model, were allocated in Group 2. To describe the methods of this study, Condensation Text System (CTS) inspired by the phenomenological analysis of Giorgi. **Results:** Four categories of answers about the knowledge of the BPS model related to the care of individuals with NLBP were identified for Group 1: 1) Design of the BPS model in the NLBP; 2) How far can I get with the BPS model; 3) Barriers and NLBP evaluation system in the BPS model; and 4) Mastery of the BPS model. Three categories for Group 2: 1) Understanding the BPS dimensions; 2) Assessment and care tools; and 3) Overcoming Barriers. **Conclusion:** This study indicates that private clinic physiotherapists in Brasília have limited knowledge about the BPS model and a partial understanding of their contribution to individuals suffering from NLBP. Physiotherapists highlight possible barriers for professionals who incorporate the BPS model into their clinical management of individuals with NLBP.

Key-word: Non-specific low back pain; Biopsychosocial model; Phenomenological.

1. INTRODUÇÃO

A Dor Lombar Crônica Inespecífica (DLCI) é uma das condições musculoesqueléticas mais comuns na prática clínica de fisioterapeutas (1). A DLCI é definida como uma moléstia localizada na zona inferior da coluna, entre a primeira e quinta vértebras lombares, que persiste por um período superior a 12 semanas (2). Como não apresenta origem aparente da condição dolorosa persistente na zona de referência, não tem relação sistêmica e não se relaciona à compressão nervosa, recebe o nome de inespecífica (2,3). A DLCI tem sido destacada como uma das causas mais comuns de incapacidade dentre as dores crônicas em todo o mundo, e isso representa um grande desafio para o sistema de saúde pública (2,3,4). Um em cada dez adultos relatam sofrer de dores crônicas, e a prevalência aumenta linearmente a partir da terceira década de vida até os 60 anos de idade, sendo mais prevalente nas mulheres (duas vezes maior que nos homens) (5,6). No Reino Unido, a dor crônica afeta entre um terço e metade da população, correspondendo a pouco menos de 28 milhões de adultos (4). A prevalência de dor crônica na população adulta geral da Líbia é de aproximadamente 20% e comparável com a Europa e a América do Norte. (7). No Brasil, a falta de dados epidemiológicos precisos dificulta o desenvolvimento de estratégias preventivas e o manejo adequado, o que pode resultar em pior prognóstico (8), porém um estudo publicado em 2011 demonstrou que a DLCI foi uma importante causa de invalidez em 2007, sobretudo entre os comerciários (2).

Diretrizes para o cuidado da DLCI, geralmente, reconhecem uma mudança para uma abordagem Biopsicossocial (BPS) (8,9,10,11). As intervenções formais de controle da dor existem há milhares de anos, com exemplos registrados em várias civilizações antigas, incluindo a China, o Egito, a Índia, a Grécia e Roma (12), porém, nos séculos três e quatro, os cristãos ortodoxos proibiram a dissecação do corpo humano. Isso ajudou a determinar que a Medicina Ocidental se baseasse no dualismo e no reducionismo (13). O dualismo estabelece a mente e o corpo funcionando separadamente e independentemente (13,14). A inadequação do modelo dualista contribuiu para um crescente reconhecimento de que fatores psicossociais, como o estresse emocional, poderiam impactar a notificação de sintomas, distúrbios médicos e resposta ao tratamento (14). George Engel (1977) (15) é creditado como um dos

primeiros a reivindicar a necessidade de uma nova abordagem da tradicional filosofia biomédica reducionista que dominou o campo da medicina desde o Renascimento. Uma consequência importante, por sua vez, foi o desenvolvimento e a evolução do modelo BPS. Este modelo tem sido especialmente influente na área da dor crônica, e sugere a existência de uma relação dinâmica entre mudanças biológicas, estado psicológico e contexto social, enfatizando que estes fatores têm papéis distintos na dor crônica, na incapacidade e no desajuste emocional (11).

Após uma busca nas principais bases de dados, percebeu-se que, apesar de o modelo BPS já ser estudado a mais de quatro décadas, ainda há escassez de estudos que verificaram seu uso por fisioterapeutas brasileiros (1,11,16). Em um estudo realizado na Itália, os fisioterapeutas mostraram um conhecimento básico sobre o modelo BPS e fatores sociais, emocionais, cognitivos e psicológicos parcialmente reconhecidos na lombalgia crônica e sua contribuição na dor e incapacidade do paciente (17).

A partir disso, o presente estudo se propõe a contribuir nessa linha de pesquisa, com o foco em fisioterapeutas atuantes em clínicas particulares de Brasília, com o objetivo de identificar o entendimento e as dificuldades de aplicação do modelo BPS. Essa identificação foi proposta explorando o relato dos fisioterapeutas com diferentes tempos de formação acerca do modelo BPS, com foco em indivíduos com DLCI, buscando entender como os entrevistados compreendem o modelo BPS e tentando identificar se, em sua prática, avaliam e intervêm em fatores BPS e, ainda, compreender se existiam barreiras referentes à aplicação do modelo por parte dos profissionais.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. DOR

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (18). Recentemente, outros autores sugeriram uma atualização para esta definição: “uma experiência angustiante associada a dano tecidual real ou potencial com componentes sensoriais, emocionais, cognitivos e sociais”. (16). Em ambas as definições, a dor é uma experiência que envolve diferentes domínios que vão além da simples resposta a um estímulo (16,18).

A DLCI é definida como uma moléstia localizada na zona inferior da coluna, entre a primeira e quinta vértebras lombares, que persiste por um período superior a doze semanas (19). Essa condição leva o termo de “inespecífica”, pois não apresenta origem aparente da condição dolorosa persistente na zona de referência, bem como não se relaciona a uma possível condição sistêmica (infecção, câncer, osteoporose, dentre outras) ou compressão de nervos (11,8).

Estudos apontam que quanto maior o tempo de afastamento do trabalhador com Dor Musculoesquelética (DME), menor a probabilidade dele voltar ao serviço (3). À medida que a dor lombar se torna crônica, os custos individuais também se elevam: sentimento de impotência, limitações físicas, perda da qualidade de vida e incapacidade para o trabalho (3).

Aproximadamente 85% das dores lombares são classificadas como inespecíficas. A DLCI é a principal causa de anos vividos com incapacidade, e um dos principais motivos de afastamento laboral e aposentadorias no Brasil. Esse quadro onera os serviços de saúde, sendo hoje considerado como um importante problema de saúde pública (8). Estima-se que cerca de 80% da população irá manifestar dor lombar em algum momento da vida (20).

A DLCI foi considerada, em 2007, a primeira causa de aposentadorias por invalidez no Brasil (21). Nos Estados Unidos (EUA), 69 milhões de consultas médicas são feitas anualmente (22,23).

2.2. DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA (DLCI)

A DLCI é uma condição comum que afeta muitos indivíduos e é responsável pelos altos custos do tratamento, licença médica e o sofrimento individual (8,9,11,17). Ela pode afetar até 65% da população por ano e até 84% durante a vida, com uma prevalência pontual de aproximadamente 11,9% na população mundial, o que sobrecarrega todos os serviços de saúde (8). No entanto, essas taxas podem ser subestimadas, uma vez que menos de 60% das pessoas com DLCI realmente procuram tratamento (8). Nos países desenvolvidos, onde a demanda física do trabalho tende a ser menos intensa, a prevalência de DLCI é duas vezes maior que em países de baixa renda, onde a demanda física de trabalho é maior (8).

Embora seja altamente incapacitante, informações sobre sua prevalência e fatores associados estão dispersas na literatura (6). A maioria dos resultados é apresentada de maneira secundária em estudos que avaliam vários desfechos musculoesqueléticos simultaneamente. Além disso, encontramos grande variabilidade entre os estudos quanto à caracterização da dor crônica e lombar (6).

Nos EUA, dados epidemiológicos mostram que 25.3 milhões de adultos apresentam dor crônica e, desses, 10.5 milhões de indivíduos relatam sentir dores intensas diariamente (24,25). No Reino Unido, a dor crônica afeta entre um terço e metade da população, correspondendo a pouco menos de 28 milhões de adultos (4). A prevalência de dor crônica na população adulta geral da Líbia foi de aproximadamente 20% e comparável com a Europa e a América do Norte. (7). No Brasil, a falta de dados epidemiológicos precisos dificulta o desenvolvimento de estratégias preventivas e o manejo adequado, o que pode resultar em pior prognóstico (8). Porém, um estudo publicado em 2011 demonstrou que a DLCI foi uma importante causa de invalidez em 2007, sobretudo entre os comerciários (2).

A DLCI não é mais vista com precisão como um transtorno puramente estrutural, anatômico ou biomecânico da coluna lombar (11) e, frequentemente, indivíduos com DLCI não apresentam qualquer alteração radiológica. Igbiniedion e Akhigbe em 2011, identificaram apenas redução da lordose da coluna lombar em 41,2% dos indivíduos com DLCI, enquanto 4,5% obtiveram exames normais (26). Cerca de 75% dos pacientes com alterações radiológicas provocadas por osteoartrite são assintomáticos (27). Pesquisas nas últimas décadas têm destacado que a DLCI

é um transtorno complexo, que pode ser influenciado por uma ampla gama de outros fatores (8,9,11,18). Estes incluem fatores cognitivos (pensamentos e crenças catastróficas, expectativas inúteis, baixa motivação), fatores psicológicos (depressão, ansiedade), fatores sociais (baixa satisfação no trabalho, estresse no relacionamento interpessoal, fatores culturais), físicos (padrões de movimento restritos e repetitivos, manuseio de carga, posturas estáticas) e estilo de vida (sedentarismo, obesidade) (11). Esses fatores atuam como catalisadores da cronicidade, contribuindo para uma pior recuperação e incapacidade prolongada em uma parcela de indivíduos com DLCI (11), o que sugere que esse perfil de indivíduo merece um olhar mais integrativo.

2.3. MODELO BIOPSIKOSSOCIAL (BPS)

Nas últimas décadas, houve uma mudança de paradigma de deficiência e doença, de uma concepção puramente biomédica para uma concepção BPS, o que levou a uma mudança na assistência médica contemporânea (28). O modelo BPS é definido como um modelo que inclui tanto a pessoa quanto a doença no processo de raciocínio do profissional de assistência à saúde (15,28). A origem do modelo BPS reside na consciência de que um modelo puramente biomédico não atende e preenche as necessidades em saúde contemporânea, especificamente porque a saúde, hoje, enfrenta uma importante transição demográfica e epidemiológica, confrontando-nos com o desafio do crescente grupo de indivíduos com doenças.

O modelo BPS ganhou destaque em 1977, quando foi introduzido por Engel (15), que argumentou contra o modelo biomédico reducionista da doença e pela consideração concomitante de dimensões comportamentais, psicológicas e sociais na compreensão da condição médica de uma pessoa. Este modelo conceitual foi inicialmente proposto no campo da psiquiatria, mas rapidamente se expandiu para outros campos da medicina (29). Em 1987, Waddell propôs um novo modelo conceitual para o cuidado da DLCI, que englobou o arcabouço BPS e o introduziu na esfera dos distúrbios musculoesqueléticos (30). O modelo tem relevância para todos os estados de DME, aguda ou crônica, mas tem sido amplamente defendido em distúrbios da dor crônica (29). Tem perspectivas amplas e promove a consideração e

avaliação de todos os determinantes biológicos, psicológicos e sociais potenciais da apresentação de um paciente (29).

O conceito BPS já existia nos anos 50: Roy Grinker, um neurologista e psiquiatra, realmente cunhou o termo "biopsicossocial" muito antes de Engel (31). Grinker o aplicou à psiquiatria para enfatizar o 'bio' contra a ortodoxia psicanalítica; Engel aplicou-o à medicina para enfatizar o psicossocial. O Dr. George Engel era especialista em distúrbios gastrintestinais funcionais (especialmente colite ulcerativa). No início dos anos 1950, um estudo natural significativo de uma criança chamada Mônica foi realizado pelo Dr. Engel e seu colega, Dr. Reichsman (31). Engel e Reichsman foram capazes de observar que quando estranhos vinham ao leito de Mônica ela demonstrava uma diminuição na secreção de suco gástrico, que, dada a sua condição, era uma reação negativa. Quando um rosto familiar à Monica, ia até a cama dela, ela demonstraria felicidade e a secreção de suco gástrico aumentava significativamente (31). O estudo foi apresentado em 1955 à American Psychosomatic Society, à American Psychoanalytic Association, e em um simpósio para o Journal of Psychoanalytic Association e isso criou um alvoroço na comunidade biomédica ao demonstrar uma relação entre emoções e recuperação física (31).

O modelo BPS é frequentemente apresentado graficamente como três círculos simétricos que podem sugerir contribuições iguais dos três grandes domínios na apresentação clínica de cada pessoa em todos os momentos. Isso está longe da realidade, a relevância e a contribuição de cada domínio provavelmente mudarão à medida que o paciente progride ao longo do curso da desordem (29). Atualmente, as diretrizes para o cuidado da DLCI geralmente reconhecem uma mudança para uma abordagem de gestão BPS (8,9,10,11).

2.4. ESTUDO QUALITATIVO

Do ponto de vista antropológico, podemos dizer que sempre existiu preocupação humana com o conhecimento da realidade. Dentro de dimensões históricas imemorais até nossos dias, as religiões e filosofias têm sido poderosos instrumentos explicativos dos significados da existência individual e coletiva. Na

sociedade ocidental, no entanto, a ciência é a forma hegemônica de construção da realidade, considerada por muitos críticos como um novo mito, por sua pretensão de único promotor e critério de verdade. No entanto, continuamos a fazer perguntas e a buscar soluções (32).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, e se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (32).

Os estudos qualitativos diferem dos estudos quantitativos, em que os dados coletados de forma padronizada e tratados com técnicas de análise sofisticadas permitem que o pesquisador tenha alguma segurança na confiabilidade de seu estudo. No caso da pesquisa qualitativa, muitos outros problemas – que são de fato parte de sua própria contingência e condição – dificultam saber de antemão se as informações coletadas e as análises criadas poderiam ser consideradas válidas e suficientes (34).

Fazer ciência é trabalhar simultaneamente com teoria, método e técnicas, a partir de uma perspectiva em que este tripé se condiciona mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto exige, e a resposta ao objeto depende das questões, instrumentos e estratégias utilizadas na coleta de dados (34). O processo de construção da pesquisa qualitativa, começa com a fase exploratória da pesquisa, tempo dedicado a interrogarmos preliminarmente sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, a metodologia apropriada e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo. Seu foco fundamental é a construção do projeto de investigação. Em seguida, estabelece-se o trabalho de campo que consiste no recorte empírico da construção teórica elaborada no momento. Essa etapa combina entrevistas, observações, levantamentos de material documental, bibliográfico, instrucional etc. Ela realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação ou refutação de hipóteses e construção de teorias. Por fim, temos que elaborar o tratamento do material recolhido no campo, subdividindo-se no seu interior em: a) ordenação; b) classificação; c) análise

propriamente dita. O tratamento do material nos conduz à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aporta de singular como contribuição (32).

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (32). Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

Em geral, as entrevistas podem ser estruturadas e não estruturadas, correspondendo ao fato de serem mais ou menos dirigidas. Assim, torna-se possível trabalhar com a entrevista aberta ou não estruturada, onde o informante aborda livremente o tema proposto; bem como com as estruturadas que pressupõem perguntas previamente formuladas. Há formas, no entanto, que articulam essas duas modalidades, caracterizando-se como entrevistas semiestruturadas. Aprofundando essas modalidades, temos ainda, entre outras, a discussão de grupo e a história de vida (32).

Para realização da pesquisa qualitativa, encontra-se na literatura alguns tipos que podem ser usadas pelos pesquisadores: estudo de caso, Etnográfico/Etnometodológico, Análise de contexto ou microetnografia, Pesquisa-Ação/Pesquisa Participante, Análise de Conteúdo, Análise do discurso, Fenomenológica (33).

2.5. FENOMENOLOGIA

Credita-se a Edmund Husserl a criação do método fenomenológico (35,36). Entretanto, é necessário realizar uma distinção entre o Método Fenomenológico Filosófico (MFF) e o Método Fenomenológico Empírico (MFE), para se entender como tal método se insere nas Ciências Sociais e Humanas (35). O MFF de Husserl propõe uma investigação epistêmica sobre o modo em que a consciência é capaz de conhecer o mundo. O MFE elaborado por Amadeo Giorgi, inicialmente, foi aplicado

em pesquisas que investigaram vivências de processos de aprendizagem, no entanto se expandiu para investigar outros tipos de vivências. Considera-se que o MFE decorre da inspiração de várias reflexões e posicionamentos filosóficos oriundos da Fenomenologia, repensados numa perspectiva de ciência empírica e qualitativa (35). Giorgi propõe que uma atitude disciplinar seja adotada dentro do contexto da atitude fenomenológica. A adoção da atitude disciplinar traz a sensibilidade adequada à análise e fornece uma perspectiva que permite que os dados sejam gerenciáveis, assim, esses dados serão sempre mais ricos do que a perspectiva trazida a ele (36).

A Fenomenologia se baseia na experiência intuitiva do fenômeno, e tem como premissa que a realidade consiste de objetos e eventos, perceptíveis conscientemente pelos seres humanos. É o estudo descritivo dos fenômenos sem o uso de teorias que os expliquem. A Fenomenologia busca a compreensão dos múltiplos mundos construídos de acordo com as formas de perceber das pessoas, afastando-nos da visão de uma realidade única e independente do homem. Por isto, a pesquisa fenomenológica provoca a ruptura de um conceito de cientificidade fundamentado no positivismo, levando a uma nova concepção de ciência (33).

No método fenomenológico de investigação, o investigador inicia seu estudo obtendo descrições de experiências de outros sujeitos. Num segundo momento, desenvolve a redução fenomenológica-psicológica e, simultaneamente, adota uma perspectiva psicológica sobre o tema de estudo. Finalmente, num terceiro momento, o investigador procura estabelecer a essência do objeto de estudo através da variação livre imaginativa, na qual a análise eidética é enquadrada pela perspectiva psicológica do investigador, que define sínteses de significados psicológicos sobre o tema (37). Após assumir a atitude de redução fenomenológica, o investigador centra-se no objeto de estudo, cuja essência, a síntese de significado psicológico, deve ser determinada. O investigador procura a essência do fenômeno, a estrutura de significado psicológico, a síntese do sentido da experiência vivida pelos vários sujeitos que participaram da investigação (37). Husserl descreve que o fenômeno deve ser entendido como tudo aquilo que se mostra (aparece) para a consciência de quem utiliza o método (35).

Geralmente, utilizam-se de entrevistas (semiestruturadas ou abertas) como recurso de coleta dos dados descritivos da vivência abordada. Giorgi (1997/2008) considera que o recurso da entrevista é assertivo para facilitar o acesso de uma vivência consciente, manifesta como ato comunicativo que expressa uma idiosincrasia (35). O objetivo de uma entrevista de investigação, no domínio da

investigação fenomenológica, é uma descrição tão completa quanto possível da experiência vivida dos participantes sobre um determinado fenômeno de estudo (37). Geralmente, as entrevistas iniciam-se com uma pergunta aberta, de caráter exploratório, e as questões subsequentes ou as intervenções do investigador surgem a partir do fluxo das descrições dos participantes, não para validar hipóteses ou questões previamente delineadas (37).

Giorgi descreve seu método contendo quatro etapas: 1) Ler toda a descrição, afim de obter um sentido geral de toda a declaração; 2) Uma vez que o sentido do todo foi compreendido, o pesquisador volta ao início e lê o texto mais uma vez com o objetivo específico de discriminar “unidades de significado” de uma perspectiva psicológica, com foco no fenômeno pesquisado; 3) Uma vez que as unidades de significado tenham sido delineadas, o pesquisador percorre todas as unidades de significado e expressa o insight psicológico contido nelas mais diretamente; 4) Finalmente, o pesquisador sintetiza todas as unidades de significado transformadas em uma declaração consistente sobre a experiência do sujeito (38).

Com o objetivo de orientar novos pesquisadores através das etapas da análise qualitativa, foi desenvolvido uma estratégia de análise qualitativa chamada Condensação Sistemática de Texto (CST), tendo análise fenomenológica psicológica de Giorgi como ponto de partida. Como o método de Giorgi, o CST implica em redução analítica com mudanças específicas entre a descontextualização e a contextualização de dados (38). Com o CST, as perspectivas teóricas são aplicadas em um estilo de análise de edição, onde o pesquisador se move entre a identificação ou o enquadramento de uma perspectiva teórica específica durante as diferentes etapas do processo de análise (38).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Explorar e descrever a percepção de fisioterapeutas de Brasília que atuam no serviço privado, sobre o modelo BPS no cuidado de indivíduos com dor lombar crônica inespecífica.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar e descrever o entendimento dos fisioterapeutas a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no cuidado de indivíduos com DLCI;
- Explorar e descrever como os fisioterapeutas identificam os fatores cognitivos, emocionais e sociais nos indivíduos com DLCI;
- Explorar e descrever como os fisioterapeutas se sentem preparados para realizar uma avaliação BPS em indivíduos com DLCI;
- Explorar e descrever se existem dificuldades em associar o tratamento convencional com abordagens abrangendo fatores BPS.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO:

Um desenho de pesquisa fenomenológica qualitativa foi usado para explorar e descrever as percepções de fisioterapeutas atuantes em duas clínicas privadas da cidade de Brasília sobre a utilização do modelo BPS na avaliação e cuidado de indivíduos com DLCl. Foram entrevistadas doze fisioterapeutas divididos em dois grupos distintos: o primeiro grupo com tempo de formação superior a 5 anos e com prática no modelo BPS e o outro composto por profissionais com formação inferior a 5 anos sem prática no modelo BPS.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Seres Humanos da Faculdade de Ceilândia/UNB, sob o parecer 3.165.500 (ANEXO A). Após aprovação, as entrevistas foram realizadas.

Os convidados que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) em duas vias, que assegura o sigilo das informações, sua participação voluntária e anonimato, a inexistência de qualquer tipo de remuneração para participação na pesquisa e a disponibilidade dos pesquisadores para esclarecer todas as dúvidas sobre o projeto antes, durante e após o tempo da pesquisa. Além do TCLE, os participantes assinaram o termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa (ANEXO C), também em duas vias. Para resolver quaisquer questões de confidencialidade durante o processo de entrevistas e transcrição, nenhum nome foi utilizado, e os participantes foram identificados por códigos (P1, P2...).

4.3. AMOSTRA

A amostra foi composta por doze participantes agrupados em dois grupos. Seis participantes com tempo de formação superior a cinco anos, que trabalham no setor privado pelo menos duas vezes por semana com indivíduos com DLCI, com prática no modelo BPS, foram alocados no Grupo 1. Seis participantes com tempo de formação inferior a cinco anos, que trabalham no setor privado pelo menos duas vezes por semana com indivíduos com DLCI, sem prática no modelo BPS, foram alocados no Grupo 2.

4.3.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram incluídos no estudo fisioterapeutas que atuavam em clínicas privadas de Brasília, com tempo de formação superior a cinco anos (Grupo 1) e inferior a cinco anos (Grupo 2). Todos os participantes tinham experiência em avaliação e cuidado de indivíduos com DLCI no modelo BPS e, também, sem experiência relatada na utilização do modelo BPS (Grupo 2). Os fisioterapeutas não ativos, que trabalhassem apenas no setor de saúde pública, que não tinham experiência no cuidado de indivíduos com DLCI, ou que trabalhassem menos de duas vezes por semana com indivíduos com DLCI, foram excluídos da pesquisa.

4.3.1.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO 1

Em reunião com a equipe de pesquisa, seis profissionais foram escolhidos e convidados a participarem da pesquisa. Esses profissionais eram conhecidos pelos pesquisadores e preenchiam os critérios de inclusão para o Grupo 1 (tempo de formação superior a cinco anos, trabalhar em clínicas privadas de fisioterapia em Brasília e trabalhar, pelo menos duas vezes por semana com indivíduos com DLCI,

utilizando o modelo BPS). Eles foram contactados por meio de contato telefônico, na qual foram convidados a participarem do estudo. Todos os seis profissionais convidados aceitaram participar da pesquisa.

A estratégia de convidar deliberadamente os profissionais com as características supracitadas ajudou a garantir que os participantes tivessem experiências ricas sobre o modelo BPS em indivíduos com DLCl. Suas percepções foram então compartilhadas em detalhes com o pesquisador durante as entrevistas.

4.3.1.2. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO 2

Os profissionais elegíveis para o Grupo 2 foram contactados a partir de duas clínicas privadas de fisioterapia na cidade de Brasília. O pesquisador principal conhecia os donos dessas clínicas e, por meio de contato presencial, apresentou o projeto de pesquisa e convidou-os a participar da mesma. Após o aceite, os donos das clínicas disponibilizaram o contato telefônico dos seus funcionários que atendessem aos critérios de inclusão da pesquisa, e os mesmos foram contactados pelo pesquisador principal.

Durante o contato telefônico, o projeto de pesquisa foi apresentado e os profissionais que se adequavam aos critérios de inclusão foram convidados a participarem da pesquisa. No total, oito profissionais foram contactados. Um não respondeu à ligação telefônica e um não atendia aos critérios de inclusão para o Grupo 2 (tempo de formação inferior a 5 anos). O Grupo 2 foi formado por três profissionais de cada clínica.

4.4. COLETA DOS DADOS

Para coleta, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, de forma a explorar os conhecimentos dos participantes, suas atitudes e suas experiências em relação ao cuidado de indivíduos com DLCl, utilizando o modelo BPS (17). Todas as entrevistas

foram realizadas de forma presencial e, para a realização, foi utilizado um guia para que o participante descrevesse suas impressões e experiências sobre o modelo BPS no cuidado de indivíduos com DLCI. A escolha do guia para realização das entrevistas se deve ao fato da inexperiência do pesquisador principal na condução de pesquisa social. Esse guia foi ajustado após a condução do projeto piloto e ele não teve a intenção de validar hipóteses ou questões previamente delineadas.

Todos os participantes foram convidados a relatarem suas experiências e impressões, porém quando as perguntas eram precedidas de “sim” ou “não” sem serem contextualizadas, o pesquisador principal perguntava “Porquê” para que o participante explicasse sua resposta. O guia para entrevista está descrito na tabela 1.

Tabela 1. Guia de entrevista.

1. Qual o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do indivíduo com dor lombar crônica?
 2. Para você, é papel do fisioterapeuta avaliar os fatores cognitivos, emocionais e sociais no indivíduo com dor lombar crônica? Por quê?
 3. Como você avalia o estado cognitivo, emocional e social do indivíduo?
 4. Você se sente preparado para fazer uma avaliação biopsicossocial do indivíduo?
 5. Na sua opinião, existe dificuldade em associar seu tratamento convencional com abordagens abrangendo a parte cognitiva e emocional?
 6. O que você faz para superar essas dificuldades?
 7. Você gostaria de relatar mais alguma coisa?
-

4.5. PROCEDIMENTOS

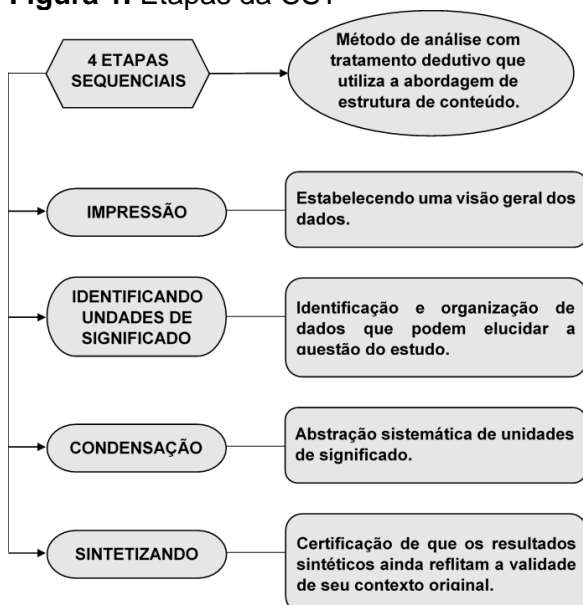
A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2019. Após seleção dos participantes, os mesmos foram contatados via ligação telefônica. Esse primeiro contato tinha o objetivo de identificar se o participante preenchia os critérios de inclusão e se concordava em participar da nossa pesquisa. Um segundo contato com os participantes foi realizado para agendamento do dia, horário e local para as entrevistas, pois todas as entrevistas foram realizadas presencialmente. Coube aos

participantes determinar o horário e o local para realização das entrevistas. Todos os participantes optaram por serem entrevistados em seus locais de trabalho. Apesar das entrevistas terem sido realizadas no local de trabalho, o dono da clínica não estava presente, garantindo assim, que o nome dos participantes não fosse divulgado aos donos das clínicas, a fim de manter sigilo aos entrevistados. As entrevistas duraram entre 4 e 23 minutos.

Todas as entrevistas foram gravadas em arquivos de áudio em dois aparelhos diferentes para garantir que não seriam perdidas. Elas foram identificadas por números e, posteriormente transcritas na íntegra (ANEXO D). Todo o processo, desde a seleção até a CST, foi feito pelo autor principal.

Inicialmente todo o material foi transcrito e lido para obter uma impressão geral. Em seguida, foram identificadas as unidades de significado que representam diferentes aspectos das experiências dos participantes. Posteriormente, os conteúdos de cada grupo foram condensados e, finalmente, foram resumidos para generalizar descrições e conceitos, assim como os desafios e possíveis barreiras enfrentados pelos profissionais no cuidado de indivíduos com DLCI. As etapas da CST estão descritas na figura 1.

Figura 1. Etapas da CST



Todas as entrevistas foram conduzidas pelo autor (R.L.F), sexo masculino, com onze anos de formação em fisioterapia, que trabalha em clínica privada em Brasília, com experiência em atendimento de indivíduos com DLCI utilizando o modelo BPS. No momento do estudo, o pesquisador principal estava completando mestrado em

ciências da reabilitação. Durante as entrevistas, o pesquisador explorou as opiniões pessoais e experiências dos participantes em relação à sua avaliação dos aspectos do modelo BPS em indivíduos com DLCI e assumiu a co-construção de conhecimento e dados por meio deste processo de condensação sistemática (38).

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Para descrever os métodos desse estudo, foi utilizada a Condensação Sistemática de Texto (CST), inspirada na análise fenomenológica psicológica de Giorgi. A CST é um método descritivo e exploratório para análise cruzada temática de diferentes tipos de dados qualitativos, tais como estudos de entrevistas, estudos observacionais e análise de textos escritos. O método representa uma abordagem pragmática, embora inspirada por ideias fenomenológicas, e várias estruturas teóricas podem ser aplicadas (38).

Esse método tem uma ambição exploradora de apresentar exemplos vitais do mundo da vida das pessoas. Um número limitado de participantes é capaz de fornecer dados suficientes para análise. As perspectivas teóricas são aplicadas em um estilo de análise de edição, no qual o pesquisador se move entre a identificação ou o enquadramento de uma perspectiva teórica específica durante as diferentes etapas do processo de análise.

O CST foi desenvolvido como um procedimento pragmático dividido em quatro etapas: I. Impressão total – primeiro, estabelecemos uma visão geral dos dados, lendo todas as páginas da transcrição para obter uma impressão geral do todo, procurando por temas preliminares associados às preocupações dos participantes; II. Identificando e classificando unidades de significado – na segunda etapa da análise, identificamos e organizamos os elementos de dados que podem elucidar a questão do estudo, relendo linha por linha toda a transcrição. Uma unidade de significado é um fragmento de texto contendo algumas informações sobre a questão da pesquisa (38); III. Condensação – a terceira etapa da análise implica na abstração sistemática de unidades de significado. Nesse estágio, os dados empíricos são reduzidos a uma seleção descontextualizada de unidades de significado, classificadas como grupos

temáticos. Os dados não aparecem mais como páginas de transcrição, mas são organizados e reduzidos a alguns grupos, contendo unidades de significado com a capacidade de revelar aspectos das preocupações dos entrevistados; IV. Sintetizando – durante a etapa 3, gerenciamos elementos de texto desconectados. Agora, nos certificamos de que nossos resultados sintéticos reflitam a validade e integridade de seu contexto original. Os dados são reconceitualizados, unindo as peças novamente. Sintetizando o resumo, desenvolvemos descrições e conceitos, fornecendo histórias confiáveis que podem fazer a diferença, elucidando a questão do estudo (38).

5. RESULTADOS

O grupo 1, composto por profissionais com mais de cinco anos de formação, era formado por três participantes do sexo masculino e três participantes do sexo feminino, com idade média de 39.0 (4,47) anos de idade. Apenas dois participantes desse grupo concluíram sua graduação em faculdade pública, três se declararam ser especialistas, dois mestres e um doutor. Todos participantes trabalham no serviço privado, sendo que dois trabalham tanto no serviço público e privado.

O grupo 2, composto por profissionais com menos de 5 anos de formação, era formado por quatro participantes do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idade média de 24.7 (3,14) anos de idade. Os seis participantes concluíram graduação em faculdade particular e apenas um se declarou ser especialista. Todos os participantes deste grupo trabalham apenas na iniciativa privada. A tabela 2 traz os dados sociodemográficos dos entrevistados.

Tabela 2. Características dos participantes.

Variáveis	Total	Grupo 1	Grupo 2
Gênero			
Feminino	7	3	4
Masculino	5	3	2
Idade	31,8 (8,14)	39,0 (4,47)	24,7 (3,14)
Universidade			
Pública	2	2	0
Privada	10	4	6
Formação Acadêmica e Especializações			
Bacharel	5	0	5
Especialista	4	3	1
Mestre	2	2	0
PhD	1	1	0
Principal Trabalho			
Autônomo	1	1	0

Tabela 2. Características dos participantes (continuação).

Variáveis	Total	Grupo 1	Grupo 2
Privado	9	3	6
Público e Privado	2	2	0
Tempo de Formação em anos			
Menos de 1	1	0	1
1 a 3	4	0	4
3 a 5	1	0	1
5 a 7	0	0	0
7 a 10	3	3	0
Mais de 10	3	3	0
Quantidade de Empregos			
1 emprego	7	4	3
2 empregos	5	2	3

Quatro categorias de respostas sobre o conhecimento do modelo BPS relacionados ao cuidado de indivíduos com DLCI foram identificadas para o Grupo 1: 1) Concepção do modelo BPS na DLCI; 2) Até onde posso chegar com o modelo BPS; 3) Barreiras e sistema de avaliação da DLCI no modelo BPS; e 4) Entendimento do modelo BPS. Três categorias para o Grupo 2: 1) Entendendo as dimensões BPS; 2) Ferramentas de avaliação e cuidados; e 3) Vencendo barreiras. Cada categoria é descrita abaixo, junto às citações que iluminam os achados.

5.1. GRUPO 1

5.1.1. CONCEPÇÃO DO MODELO BPS NA DLCI

Essa primeira categoria diz respeito a como os profissionais que se declaram trabalhar com o modelo BPS descrevem, hoje em dia, o modelo biomédico. Com uma tentativa de enaltecer o modelo BPS, os profissionais utilizam de uma fala invalidando o modelo biomédico. Este aspecto foi destacado pelos seguintes participantes: *“...aí você percebe que tudo aquilo que você propõe no modelo biomédico não funciona.” (P4). “...sair do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, principalmente nos pacientes crônicos, é de suma importância...” (P5). “...se eu quero dar para o meu paciente uma possibilidade de um tratamento que contemple de maneira mais efetiva, integrativa, eu preciso estar dentro, atuando dentro de um modelo que seja biopsicossocial.” (P6).*

Todos entrevistados concordaram que fizeram uma transição do modelo biomédico para o modelo BPS. Suas respostas também se direcionavam aos profissionais que atuam dentro do modelo biomédico: *“...uma coisa tá bem claro para mim, eu não perderia tempo com alguém que é da parte do biomédico.” (P4). “...profissional que não se atentar para isso, ele vai estar limitado” (P5).* Eles descrevem que os profissionais que trabalham no modelo biomédico podem ser considerados uma barreira para implementação do modelo BPS:

“Então tem uma barreira do paciente por experiência prévia, de contato prévio com profissionais que são atuantes dentro do modelo biomédico, que eu brinco de ‘profissionais crônicos’ (P5).

Os entrevistados descrevem que o formato de ensino atual prejudica a forma em que se entende o contexto de adoecimento. Segundo eles o modelo de ensino está alicerçado ao modelo biomédico: *“...agora o que ensinaram para nós como avaliação naquela época era desenho biomédico.” (P4). “...você tem uma aula voltada puramente para o modelo biomédico...” (P4).* Outro ponto observado nos relatos é que o contato com o modelo BPS foi responsável pelo questionamento sobre o modelo de ensino: *“...ele mexe inclusive assim na sua formação de como que você entendia até certo ponto determinada situação” (P5). “Até então, antes do modelo, como todo e qualquer curso de fisioterapia e da área de saúde, a gente foi forjado dentro de um modelo estrutural biomédico” (P1).*

5.1.2. ATÉ ONDE CHEGAR COM O MODELO BPS

Essa segunda categoria diz respeito até onde os profissionais de fisioterapia podem chegar dentro do modelo BPS. Uma grande questão levantada pelos profissionais se relaciona aos limites profissionais quando atuam dentro do modelo BPS. Todos entrevistados se utilizam de ferramentas, dentro de outras profissões, para endossar sua avaliação. Os profissionais entendem que somente o domínio biológico não é suficiente para uma estratégia clínica adequada: *“...vem crescendo muito o uso desse tipo de modelo, ao passo que as nossas tentativas de explicação mecânica pros sintomas têm falhado.”* (P3). *“...eu preciso saber o quanto essa dor também está sendo administrada ou não por uma lesão tecidual”* (P4). Em seus relatos existe uma forte preocupação com domínio psicológico do modelo: *“eu acho que a gente deve estudar um pouco de psicologia para entender.”* (P1). *“...por exemplo a depressão, nós temos um questionário que nós podemos apropriar dele muito bem...”* (P1). *“...não tem como não olhar para essas questões.”* (P2).

Descrevem que a função do fisioterapeuta nesse processo se restringe na identificação dos fatores BPS: *“O paciente também perde muito quando a gente não consegue identificar.”* (P5). *“...avaliar até para encaminhar esse paciente para profissionais mais capacitados para lidar com isso, como assistente social, psicólogo, médico...”* (P6).

Outra questão levantada pelos profissionais é a preocupação de até onde pode chegar sem ultrapassar os limites profissionais. Os entrevistados demonstram preocupação com esses limites e concordam que os pacientes devem ser encaminhados a profissionais especializados: *“...é necessário levantar essa discussão para a gente tomar muito cuidado para não transpor esse limite.”* (P3). *“...nós precisamos saber que não está muito claro ainda até onde nós podemos ir.”* (P4). *“Então a gente ficar tentando se qualificar para intervir nesse paciente com técnicas psicológicas, eu creio que a gente já tá agindo além do que deveria.”* (P3). *“...a gente está começando a intervir na seara do profissional da psicologia.”* (P3). *“a gente não vai tratar depressão, mas a gente tem que saber identificar o quanto isso vai influenciar e encaminhar para um profissional adequado.”* (P5). *“...Se tem o predomínio psicológico, aí é papel do psicólogo, psiquiatra... se tem um papel social, porque não trabalhar com assistente social?”* (P4). *“Eu acho que o fisioterapeuta tem*

que ser capacitado a entender que esse paciente tem um componente psicológico, social relevante” (P3). “...quando a gente identifica que o paciente tem características que estão influenciando muito além da dor, tá trazendo outras limitações para ele que não só influencia na dor ou na incapacidade funcional, eu posso orientar que busque um profissional adequado...” (P6).

Os entrevistados descrevem que o modelo BPS quando usado da maneira correta pode ser responsável por uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde: *“E eu acho que o modelo biopsicossocial veio também para tentar unir as ideias. Fazer com que os profissionais de saúde conversem.” (P1).*

5.1.3. BARREIRAS E SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA DLCI NO MODELO BPS

A terceira categoria diz respeito às principais barreiras e dificuldades que os participantes destacaram ao lidar com indivíduos com DLCI, dentro do modelo BPS, e às estratégias que os orientam no manejo dessas barreiras na prática clínica. Para muitos participantes, as crenças dos indivíduos parecem ser uma das principais barreiras que influenciam o procedimento terapêutico e o desfecho. Isso fica claro na fala de P5 e P6: *“Muitas vezes a limitação foi imposta por um sistema de crenças, em outras, informações que ele [o paciente] recebeu”. (P5); “O paciente quando vem fazer fisioterapia ele vem claramente com uma expectativa de que vai receber um tratamento especificamente fisioterapêutico”. (P6).* Além disso, P5 descreve que *“o contato do indivíduo com profissionais fora do modelo também pode ser uma importante barreira: ‘profissionais crônicos’ (risos), que geram informação limitante para o paciente.”*

A forma como os participantes avaliam parece ser caracterizada principalmente pelo uso de questões gerais na forma de um diálogo sobre família, trabalho, ambiente social, estilo de vida, estresse. Não houve método ou ordem específica, e escalas formais de avaliação ou estratégias de avaliação. No entanto, essas questões gerais são baseadas em questionários validados: *“Por meio de questionários validados.” (P4); “...o que eu utilizo hoje são questionários...” (P6).*

A adoção desses questionários funciona como um roteiro. Os entrevistados relatam que não aplicam os questionários de forma sistematizada, mas sim utilizando-os como um roteiro para guiar uma conversa ou mesmo a avaliação: *“Eu não utilizo como questionário, eu leio, gosto de pegar essas pesquisas e a partir de algumas frases eu uso.”* (P1); *“Eu me baseio naquele questionário que foi traduzido para o português que levanta algumas questões sociais, comportamentais... eu não sigo criteriosamente.”* (P2).

Eles preferem usar os questionários como guia, pois se preocupam que, respondendo o questionário de forma sistematizada, os indivíduos possam omitir algumas informações, o que não aconteceria no dia-a-dia: *“...às vezes, um questionário, o paciente até pode se inibir de dar alguma resposta”* (P5).

5.1.4. ENTENDIMENTO DO MODELO BPS

A quarta categoria se refere a como os profissionais de fisioterapia entendem o modelo BPS. Todos os participantes estavam conscientes sobre a importância do modelo BPS em relação à DLCI. Os participantes consideraram que fatores como o ambiente podem influenciar a pessoa, principalmente relacionado ao ambiente familiar / de trabalho e a possíveis problemas psicológicos. A maioria dos participantes identificaram que fatores psicológicos e sociais influenciam o curso da dor e incapacidade dos indivíduos. Os entrevistados reconhecem o modelo BPS como um modelo dinâmico e que poderia responder algumas questões não respondidas pelo modelo biomédico.

Os participantes consideram o modelo BPS relativamente novo e muitas informações novas têm surgido, e relatam se sentirem confortáveis para realizarem uma avaliação do indivíduo com dor lombar crônica inespecífica, como fica evidente em: *“...com certeza hoje estou apto a avaliar pelo modelo.”* (P1); *“...me sinto preparado, porém, ainda em processo de aprendizado.”* (P6); *“Eu acho que a cada dia a gente vai se sentindo mais preparado.”* (P1); *“Eu acho que a gente tem sempre muito o que aprender. Então, eu acho que 100% talvez não.”* (P2); *“...não me considero uma*

peessoa que já chegou lá, acho que eu nunca vou me considerar.” (P5); “...Hoje sim. eu te digo que talvez há 2 anos atrás não teria isso.” (P4).

Apesar da existência de barreiras para implementação do modelo BPS, os profissionais citam mudanças na atuação profissional após contato com o modelo: *“...tá focando na função do indivíduo do que na dor propriamente dita...” (P3). “...criando aliança terapêutica nas primeiras sessões...” (P6). “Então modificar as nossas próprias crenças já é algo difícil de ser feito.” (P6). “...hoje eu escuto mais do que eu falo...” (P5).*

As mudanças de comportamento dos profissionais não se resumem apenas na avaliação. A própria conduta passa a ser utilizada não mais como uma terapia física, mas também para mostrar ao indivíduo o quanto esse componente BPS influencia na função física:

“...eu trabalho muito com uma exposição gradual do paciente a cargas progressivas, seja corrida, salto, levantamento de cargas, amplitude de movimento... e muitas vezes o objetivo nisso não é tanto o lado físico-funcional em si, mas sim, ele começar a acreditar que ele pode mais, que realmente ele não tá estragado, que ele não tá doente, que não tá quebrado; e com isso a gente conseguir progredir”. (P1)

5.2. GRUPO 2

5.2.1. ENTENDENDO AS DIMENSÕES BPS

A primeira categoria diz respeito a como esses profissionais enxergam e entendem o modelo BPS. Eles não conseguem conceituar, como fica evidente no trecho: *“não tenho em mente aqui agora não, pra falar a verdade” (P9).* Apesar de não conseguirem conceituar, eles enxergam o modelo BPS como uma abordagem integral: *“a gente tem que tratar o paciente como um todo” (P8), “A gente não olha só estrutura, mas a gente, agora, está olhando de outra forma” (P7), “eu entendo como*

uma abordagem um pouco mais holística, mais integral do paciente, não só da questão da dor, mas do paciente em si” (P10).

Para os entrevistados, a fisioterapia se baseia no modelo biomédico estrutural deixando de lado os aspectos BPS: *“nossa profissão é muito voltada para a parte mais motora mesmo” (P10), “a gente sabe que é importante tratar o paciente como um todo, mas a gente não tem essa orientação” (P8).* Outra questão levantada é o modelo de ensino que não contempla todas as esferas do modelo BPS: *“eu acho que a gente não teve estrutura básica para isso durante a graduação” (P9), “na graduação a gente não tinha muito contato com essa questão emocional e psicológica” (P10), “aonde eu me graduei não voltava muito para essa área biopsicossocial” (P11).*

Os entrevistados reconhecem que apenas o aspecto biológico é insuficiente e limitado para explicar a real condição do indivíduo com dor lombar crônica: *“Tudo influencia na dor crônica dele” (P7), “às vezes a dor não está relacionada a lesão, pode ser mais um fato psicológico, um trauma, alguma coisa, não necessariamente a lesão” (P11);* e identificam pontos importantes do modelo BPS como a influência de aspectos emocionais: *“pelo fato de ter uma ansiedade, ter acontecido alguma coisa que tenha gerado um estresse maior” (P12), “eu percebi um pouco na minha prática clínica que várias situações de lesão apareciam muito por conta de algum aspecto psicológico, emocional talvez...” (P10);* Cinesiofobia: *“qualquer movimento que ele faça ele acha que vai sentir dor” (P7);* Pensamentos catastróficos: *“ele nunca acredita na melhora” (P7);* Nocebo: *“se o médico chegar pra ele e falar que ele não pode agachar ele não vai agachar” (P7).*

5.2.2. FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO E CUIDADOS

Esta categoria diz respeito aos desafios ocupacionais relatados pelos entrevistados. Eles relatam dificuldade para avaliação das dimensões envolvidas no quadro do indivíduo. Para vencer essas dificuldades eles se utilizam de conversas não estruturadas: *“eu não tenho nenhum teste, nenhum nada para ser direto” (P7), “Tento conversar bastante, perguntar como é que ele tá” (P11).* Suas respostas a essa situação também envolvem estratégias lúdicas: *“brincando às vezes a gente acaba*

conversando e os pacientes acabam se abrindo” (P8). As dificuldades de avaliação e cuidados ficam mais evidentes para os fatores sociais do que para fatores psicológicos: “eu pergunto se tem algum problema psicológico, se toma algum medicamento controlado, se tem crise de ansiedade, se já teve depressão, pergunto tudo para ter um feedback” (P11), “emocional, eu pergunto se aconteceu alguma coisa recente... social, eu não costumo perguntar” (P12), “sinceramente eu não chego na questão social, também não sei como é que seria a abordagem” (P7).

5.2.3. VENCENDO BARREIRAS

Essa categoria relaciona-se às barreiras encontradas pelos profissionais e as estratégias que eles desenvolvem para vencê-las. Eles relatam que a aliança terapêutica é um importante ponto a ser conquistado para um melhor desfecho clínico: *“é um trabalho que eu preciso ganhar a confiança do paciente pra daí eu adquirir esse biopsicossocial” (P7), “uma forma bem legal é a gente criar uma certa amizade com paciente” (P8). Ao adquirir essa confiança, tanto o indivíduo como o terapeuta se sentem confortáveis para encaminhar a profissionais de outras especialidades. O trabalho multidisciplinar se faz com auxílio do psicólogo: “Então se ele tem problemas psicológicos a gente tem que encaminhar ele para fazer um tratamento psicológico, se ele tem problemas sociais, a gente tem que encaminhar ele para resolver esses problemas também” (P8), “orientar o paciente para sei lá, uma terapia mesmo, para um psicólogo ou coisa do tipo” (P10); ou para o profissional acupunturista: “Então eu faço a parte estrutural e a acupunturista pega a parte emocional” (P7), “Quando eu posso eu sugiro acupuntura” (P11), “eu gosto de trabalhar associando o nosso tratamento convencional e encaminhando eles para acupuntura” (P12).*

6. DISCUSSÃO

O presente estudo explorou os conhecimentos e experiências de fisioterapeutas de clínicas privadas de Brasília na identificação de fatores BPS em indivíduos com dor lombar crônica. Durante as entrevistas, os fisioterapeutas incluídos neste estudo expressaram suas experiências clínicas com o modelo BPS no cuidado de indivíduos com DLCI. Todos os participantes atribuíram grande importância aos fatores BPS e reconheceram a necessidade de se relacionarem com esses aspectos ao lidarem com indivíduos que apresentam DLCI.

Assim como relatado por Bond et al em 2012 (40), Slade et al em 2012 (41), Sanders et al em 2014 (42), os entrevistados reconhecem a DLCI como um problema complexo que envolve contribuições sociais e psicológicas. No entanto, os fisioterapeutas se sentiram insuficientemente preparados por seu treinamento orientado no modelo biomédico para abordar com sucesso esses fatores na prática e defenderam a necessidade de treinamento adicional.

O estudo revelou que, os fisioterapeutas tinham uma compreensão parcial do papel dos fatores BPS na DLCI sendo menos conscientes do papel que fatores cognitivos e psicológicos podem desempenhar na apresentação da dor do indivíduo, assim como identificado nos estudos de Billis et al em 2005 (43), Synnott et al em 2015 (9) e Zangoni et al em 2017 (17). No presente estudo essa limitação da compreensão só foi verificada no grupo de fisioterapeutas com menos de 5 anos de formação. Poucos fisioterapeutas mencionaram fatores específicos que são conhecidos como barreiras à recuperação, como medo, insônia e transtorno de estresse pós-traumático. Em conformidade com os achados de Josephson et al em 2013 (44), os fisioterapeutas não tinham certeza de seu papel no manejo de casos mais complexos, quando os indivíduos apresentavam fatores cognitivos, psicológicos e sociais, descrevendo limitações em sua especialidade e escopo de prática ao gerenciar tais casos. A falta de foco em alguns desses fatores pode explicar por que pesquisas anteriores sugeriram que os médicos não são tão capazes de identificar risco ou complexidade entre indivíduos com lombalgia (9). Muitos participantes refletiram uma separação entre a abordagem BPS e a abordagem biomédica, em vez de fazer parte do mesmo modelo. Essas crenças contrastam com as evidências qualitativas que destacam o valor da integração de fatores biológicos, psicológicos e

sociais no manejo de indivíduos com DLCI (45). Os resultados sugerem que os participantes têm consciência teórica do modelo BPS, mas eles não parecem ter adquirido o conhecimento e as habilidades para aplicarem com confiança esta abordagem em seus indivíduos com DLCI, em concordância com os resultados de Zangoni et al em 2017 (17), Josephson et al em 2011 (46). Como relatado por Synnott et al em 2015 (9), os profissionais podem estar cientes dos fatores de BPS, mas essa consciência não leva a uma mudança na forma como eles administram os indivíduos clinicamente.

Uma parte dos participantes demonstrou uma abordagem informal e não estruturada para a avaliação dentro do modelo BPS, com o uso de perguntas gerais e sem uma ordem específica. Este achado sugere falta de padronização nesta área dentro da profissão de fisioterapia e falta de natureza orientada para o manejo dos fatores BPS (9,17). Esse achado não se reflete no grupo de fisioterapeutas com maior tempo de formação que, relatam principalmente o uso de questionário como guia para sua avaliação. Apesar dessas dificuldades entre os fisioterapeutas, o reconhecimento geral da importância de abordar os aspectos do BPS durante o cuidado e o manejo foi aparente.

A maioria dos fisioterapeutas destacou a limitada educação sobre aspectos de BPS na sua formação universitária e expressou a necessidade de receber formação específica adicional para melhorar o seu conhecimento e incorporação da avaliação do fator BPS e o entendimento multidimensional da dor (25). Alguns fisioterapeutas sentiram-se parcialmente preparados em relação ao manejo de fatores BPS, devido à sua educação em fisioterapia baseada no modelo biomédico. Cursos adicionais de desenvolvimento profissional são necessários para melhorar as atitudes dos fisioterapeutas, desde a biomedicina até a prática orientada no modelo biopsicossocial (17).

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações deste estudo dizem respeito à natureza da amostra. Embora os participantes tivessem tempos de formações diferentes entre os grupos, seis profissionais do mesmo grupo trabalhavam no mesmo local (três em uma clínica e três em outra clínica) e seis eram conhecidos pelo pesquisador. Profissionais que trabalham em diferentes contextos clínicos (por exemplo, maior variedade de clínicas) precisam ser explorados, pois isso representaria uma maior diversidade da amostra (17).

Entendemos que o contato com os participantes do Grupo 2 a partir dos donos das clínicas onde trabalhavam, assim como a realização das entrevistas no ambiente de trabalho, são consideradas como limitações, pois podem deixar os participantes desconfortáveis.

A inexperiência do pesquisador principal na condução de pesquisa social, assim como o seu perfil, também é considerada uma importante limitação para o estudo. Para minimizar o impacto, foi utilizado um guia para auxílio na condução da entrevista, mas entendemos que um entrevistador experiente poderia interferir no desfecho da pesquisa.

Durante as entrevistas os profissionais com menos tempo de formação demonstraram desconforto revelando certo nervosismo durante a gravação do áudio e isso pode ter levado a respostas imprecisas e uma redução da duração da entrevista.

8. CONCLUSÃO

Este estudo indica que os fisioterapeutas de clínicas privadas de Brasília com menos tempo de formação possuem um conhecimento básico do modelo BPS e uma compreensão parcial da contribuição dele em indivíduos que sofrem de DLCI. Esses fisioterapeutas demonstraram incerteza sobre o manejo dos fatores psicossociais e os achados destacam as possíveis barreiras para os profissionais que incorporam o modelo BPS em seu manejo clínico de indivíduos com DLCI. Os fisioterapeutas com maior tempo de formação refletem uma separação entre o modelo BPS e a abordagem biomédica, e ambos os grupos enfatizam que o modelo atual de ensino conduz o profissional de fisioterapia a abordagens estruturais no manejo dos indivíduos com DLCI. O desafio é facilitar o aprendizado dos fisioterapeutas e a necessidade de incorporar um modelo BPS na prática clínica. Outros estudos a esse respeito devem ser conduzidos afim de confirmarmos os achados do presente estudo.

9. REFERÊNCIAS

1. de Sousa FS, Ladeira CE, Costa LOP. Adherence to Back Pain Clinical Practice Guidelines by Brazilian Physical Therapists: A Cross-Sectional Study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2017 Nov 1;42(21):E1251-E1258.
2. Meziat Filho N, Silva GA. Disability pension from back pain among social security beneficiaries, Brazil. *Rev Saude Publica*. 2011 Jun;45(3):494-502.
3. Soucy I, Truchon M, Côté D. Work-related factors contributing to chronic disability in low back pain. *Work*. 2006;26(3):313-26.
4. Fayaz A, Ayis S, Panesar SS, Langford RM, Donaldson LJ. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *Scand J Pain*. 2016 Oct;13:76-90.
5. Mansfield KE, Sim J, Jordan JL, Jordan KP. A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population. *Pain*. 2016 Jan;157(1):55-64.
6. Meucci RD, Fassa AG, Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015;49. pii: S0034-89102015000100408.
7. Elzahaf RA, Johnson MI, Tashani OA. The epidemiology of chronic pain in Libya: a cross-sectional telephone survey. *BMC Public Health*. 2016 Aug 11;16(1):776.
8. Nascimento PR, Costa LO. Low back pain prevalence in Brazil: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2015 Jun;31(6):1141-56.
9. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, O'Sullivan K. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *J Physiother*. 2015 Apr;61(2):68-76.
10. Pincus T, Vogel S, Breen A, Foster N, Underwood M. Persistent back pain-why do physical therapy clinicians continue treatment? A mixed methods study of chiropractors, osteopaths and physiotherapists. *Eur J Pain*. 2006 Jan;10(1):67-76.
11. Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, de Mattos Pimenta CA, Asghari A. Psychosocial predictors of pain, incapacity and depression in Brazilian chronic pain patients. *Rev Dor. São Paulo*, 2012 abr-jun;13(2):111-8.

12. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary Chronic Pain Management: Past, Present, and Future. *Am Psychol*. 2014 Feb-Mar;69(2):119-30.
13. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry*. 1979 Jul;1(2):156-65.
14. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychol Bull*. 2007 Jul;133(4):581-624.
15. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
16. Santos, MRPD, Nogueira LC, Meziat-Filho N, Oostendorp R, Reis FJJD. Transcultural adaptation into Portuguese of an instrument for pain evaluation based on the biopsychosocial model. *Fisioter. Mov*. 2017; (30): 183-195.
17. Zangoni G, Thomson OP. 'I need to do another course'- Italian physiotherapists' knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017 Feb;27:71-77.
18. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain. Pain Suppl*. 1986;3:S1-226.
19. Palmer KT, Syddall H, Cooper C, Coggon D. Smoking and musculoskeletal disorders: findings from a British national survey. *Ann Rheum Dis*. 2003 Jan;62(1):33-6.
20. Walker BF. The prevalence of low back pain: A systematic review of the literature from 1996 to 1998. *J Spinal Disord*. 2000 Jun;13(3):205-17.
21. Meziat Filho N, Silva GA. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(3):494-502.
22. National Research Council. Musculoskeletal disorders and the workplace: low back and upper extremities. National Academies Press, 2001.
23. Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Houtman IL, Ariëns GA, van Mechelen W, Bouter LM. Psychosocial work characteristics and psychological strain in relation to low-back pain. *Scand J Work Environ Health*. 2001 Aug;27(4):258-67.
24. Nahin RL. Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *J Pain*. 2015 Aug;16(8):769-80.

25. Venturine JS, Pires GMT, Pereira ML, Monteiro MGM, Meziat-Filho N, Nogueira LC, Reis FJJ. Overview of Curricula About Pain in Physical Therapists Education Programs in Brazil: A Faculty Survey. *Phys Ther*. 2018 Nov 1;98(11):918-924.
26. Igbinedion BO, Akhigbe A. Correlations of Radiographic Findings in Patients with Low Back Pain. *Niger Med J*. 2011 Jan;52(1):28-34.
27. de Campos TF. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE Guideline [NG59]. *J Physiother*. 2017 Apr;63(2):120.
28. Van de Velde D, Eijkelkamp A, Peersman W, De Vriendt P. How Competent Are Healthcare Professionals in Working According to a Bio-Psycho-Social Model in Healthcare? The Current Status and Validation of a Scale. *PLoS One*. 2016 Oct 18;11(10):e0164018.
29. Jull G. Biopsychosocial model of disease: 40 years on. Which way is the pendulum swinging? *Br J Sports Med*. 2017 Aug;51(16):1187-1188.
30. Waddell G. Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 1987 Sep;12(7):632-44.
31. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. 2009 Jul;195(1):3-4.
32. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes, R. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 19a ed. Petrópolis (RJ): 2001.
33. Lara AMB, Molina AA. Pesquisa qualitativa: apontamentos, conceitos e tipologias. In: Toledo CCA, Gonzaga MTC. *Metodologia e técnicas de pesquisa: nas áreas de ciências humanas*. Eduem. 2011, p. 121-172.
34. Minayo MCS. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. *Cien Saude Colet* 2012 Mar; 17(3):621-626.
35. Branco PCC. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*. 2014 Dec; 20(2), 189-197.
36. Giorgi A. Difficulties Encountered in the Application of the Phenomenological Method in the Social Sciences. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*. 2008 May; 8(1), 1-9.
37. Giorgi A. Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Aná. Psicológica* v.24 n.3 Lisboa jul. 2006.
38. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012 Dec;40(8):795-805.

39. Morse JM. Strategies for sampling. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Edited by: Morse JM. 1991.
40. Bond SJ, Soundy A. The influence of perceptions and beliefs of civilian physiotherapist working for the Ministry of Defence in their management of back pain: an exploratory study using mixed methods. *J R Army Med Corps*. 2012 Mar;158(1):14-21.
41. Slade SC, Molloy E, Keating JL. The dilemma of diagnostic uncertainty when treating people with chronic low back pain: a qualitative study. *Clin Rehabil*. 2012 Jun;26(6):558-69.
42. Sanders T, Ong BN, Sowden G, Foster N. Implementing change in physiotherapy: professions, contexts and interventions. *J Health Organ Manag*. 2014;28(1):96-114.
43. Billis EV, McCarthy CJ, Stathopoulos I, Kapreli E, Pantzou P, Oldham JA. The clinical and cultural factors in classifying low back pain patients within Greece: a qualitative exploration of Greek health professionals. *J Eval Clin Pract*. 2007 Jun;13(3):337-45.
44. Josephson I, Hedberg B, Bülow P. Problem-solving in physiotherapy--physiotherapists' talk about encounters with patients with non-specific low back pain. *Disabil Rehabil*. 2013 Apr;35(8):668-77.
45. Jeffrey JE, Foster NE. A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. *Phys Ther*. 2012 Feb;92(2):266-78.
46. Josephson I, Bülow P, Hedberg B. Physiotherapists' clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil*. 2011;33(23-24):2217-28.
47. de Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, de Oliveira Junior JO, da Fonseca PRB, Posso IP. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain Res Manag*. 2017;2017:4643830.
48. Bokhari SZ. Tendonitis: the major cause of pain in osteoarthritis knee joint. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2012 Jul-Dec;24(3-4):109-12.
49. Oostendorp RA, Elvers H, Mikołajewska E, Laekeman M, van Trijffel E, Samwel H, Duquet W. Manual physical therapists' use of biopsychosocial history taking in the management of patients with back or neck pain in clinical practice. *ScientificWorldJournal*. 2015;2015:170463.

50. Petty NJ, Thomson OP, Stew G. Ready for a paradigm shift? Part 2: introducing qualitative research methodologies and methods. *Man Ther.* 2012 Oct;17(5):378-84.
51. Bokhari SZ. Tendonitis: The Major Cause of Pain in Osteoarthritis Knee Joint. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2012 Jul-Dec;24(3-4):109-12.
52. Hoogendoorn WE, Bongers PM, de Vet HC, Ariëns GA, van Mechelen W, Bouter LM. High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med.* 2002 May;59(5):323-8.
53. Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998 Oct;3(4):322-55.

10. ANEXOS

ANEXO A

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ALUNOS EGRESSOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA FACULDADE DE CEILÂNDIA - UNB NA IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES BIOPSIKOSSOCIAIS ENVOLVIDAS NO PROCESSO DE CRONIFICAÇÃO NA DOR LOMBAR MECÂNICA INESPECÍFICA. **Pesquisador:** REGINALDO LORDELO FILHO **Área Temática:**

Versão: 3

CAAE: 89437318.0.0000.8093

Instituição Proponente: Universidade de Brasília Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa:

Data do Envio: 11/02/2019

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.165.500

Apresentação da Notificação:

Introdução: A dor persistente ou não aliviada é um problema global generalizado para diferentes grupos de pacientes em toda a sua expectativa de vida. Diretrizes para o tratamento da lombalgia geralmente reconhecem uma mudança para uma abordagem de gestão biopsicossocial. No entanto, os fisioterapeutas tradicionalmente recebem academicamente treinamento de natureza mais biomédica, pelo menos em sua formação inicial. A literatura aponta que, apesar de o modelo Biopsicossocial (BPS) já ser estudado há mais quatro décadas, ainda há escassez de estudos que verificaram seu uso por fisioterapeutas brasileiros. Objetivo Geral: Avaliar o conhecimento dos alunos egressos do curso de fisioterapia da faculdade de Ceilândia - UNB na identificação das dimensões BPS envolvidas no processo de cronificação na dor lombar mecânica inespecífica.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.165.500

Metodologia: Estudo descritivo transversal, utilizando como instrumento de avaliação um questionário utilizado como roteiro de entrevista. O estudo foi realizado com profissionais de fisioterapia atuantes no Distrito Federal que se declararam trabalhar com paciente do dor lombar mecânica inespecífica. **Principal resultado:** O estudo indica que os fisioterapeutas com menor tempo de formação do Distrito Federal possuem um conhecimento básico dos fatores de PS e uma compreensão parcial da contribuição de tais fatores nos pacientes que sofrem de dor lombar crônica.

Objetivo da Notificação:

Apresentação de relatório final da pesquisa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em consonância com o projeto inicialmente apresentado e com a Resolução CNS 466/ 2012.

Os autores referem que os participantes não foram expostos a riscos diferentes daqueles previstos inicialmente nos estudos.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Os pesquisadores sobrestimaram a amostra do estudo em 300 participantes incluindo apenas 20 participantes, além disso, além de incluir egressos da universidade também incluíram outros profissionais egressos de outras instituições, sem alterar os instrumentos inicialmente previstos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em consonância com a Resolução CNS 466/ 2012.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O relatório foi aprovado considerando que: mesmo havendo alteração de um dos critérios de inclusão (de uma avaliação de fisioterapeutas egressos da UnB para fisioterapeutas egressos de outras IES), os pesquisadores mantiveram os mesmos objetivos, mesmo método, e mesmo perfil do público-alvo da pesquisa. Além disso, o número amostral não foi extrapolado.

Entretanto, ressalta-se que alterações do projeto devem ser submetidas por emenda antes de iniciar a coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Relatório final da pesquisa aprovado

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) **CEP:** 72.220-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 **E-mail:** cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 3.165.500

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	relatorio_final.pdf	11/02/2019 14:02:42	REGINALDO LORDELO FILHO	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 22 de Fevereiro de 2019

**Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador(a))**

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

ANEXO B**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO (PPG-CR)*****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE***

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DO DISTRITO FEDERAL NA IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES BIOPSISSOCIAIS ENVOLVIDAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA”, sob a responsabilidade do pesquisador Reginaldo Lordelo Filho. O projeto tem por objetivo avaliar o conhecimento na identificação das dimensões biopsicossociais envolvidas no processo de cronificação na dor lombar mecânica inespecífica.

O objetivo desta pesquisa é avaliar o conhecimento dos profissionais de fisioterapia do Distrito Federal na identificação das dimensões biopsicossociais envolvidas no cuidado de pacientes com dor lombar crônica inespecífica.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de preenchimento de questionário eletrônico em sua caixa de correio eletrônico com um tempo estimado de 3 minutos para sua realização.

Para minimizar os riscos de vazamento das suas informações na pesquisa seu formulário de resposta será identificado de forma numérica. Se você aceitar participar, nos ajudará a conhecer qual o grau de conhecimento dos profissionais de fisioterapia com relação ao tema, e identificar possíveis barreiras, contribuindo, assim, para melhorarmos a qualidade dos atendimentos na área da fisioterapia.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade da Ceilândia - UNB podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Reginaldo Lordelo Filho, no telefone 61.98237.6666, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou por e-mail reginaldo.lordelo@gmail.com.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (CEP/FCE) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-8434 ou do e-mail cep.fce@gmail.com, horário de atendimento das 14h:00 às 18h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP/FCE se localiza na Faculdade de Ceilândia, Sala AT07/66 – Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED) – Universidade de Brasília - Centro Metropolitano, conjunto A, lote 01, Brasília - DF. CEP: 72220-900.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO C**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSO EM
CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO (PPG-CR)****TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ
PARA FINS DE PESQUISA**

Eu, _____, autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DO DISTRITO FEDERAL NA IDENTIFICAÇÃO DAS DIMENSÕES BIOPSISSOCIAIS ENVOLVIDAS NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA”, sob responsabilidade de *Reginaldo Lordelo Filho* vinculado(a) ao/à *programa de pós-graduação em ciências da reabilitação da faculdade de Ceilândia- UNB*.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para *análise e interpretação por parte da equipe de pesquisa*.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas anteriormente. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do(a) pesquisador(a) responsável.

Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Nome e Assinatura do (a) pesquisador (a)

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO D

ENTREVISTAS GRUPO 1

PARTICIPANTE 1 (P1)

– Vamos começar nossa entrevista... qual que é o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Até então, antes do modelo, como todo e qualquer curso de fisioterapia e da área de saúde, a gente foi forjado dentro de um modelo estrutural biomédico. A gente passava acreditar que todo sinal e sintomas tinha uma relação estrutural. Quando eu comecei estudar dentro do modelo biopsicossocial e saber que foi um psicólogo no final da década de 70 que veio com os primeiros trabalhos falando a respeito... que talvez fatores psicossociais teriam uma igual relação com os fatores ditos biomédicos ou estruturais. Não existiria o único fator naquele problema do paciente. Foi um “bum” muito grande, pelo menos na minha vida. Eu consegui entender, o que antes ficava muito no aspecto... ah! todo mundo sabe do aspecto psicológico, mas era uma coisa muito psicossomática (pausa), mas não! E hoje, quando eu trato a coluna a gente vê que, tanto aspectos biológicos... talvez ele sozinho ele não afete, mas quando ele se junta com aspecto psicológico e com aspecto social você tem um gatilho para um problema do paciente... ou uma perpetuação de algo que era agudo e se torna crônico. O biopsicossocial, ele me deu a possibilidade de ver aquilo que eu não via e entender a real relação de uma alteração psicossocial e, esse, correlacionado com fatores biológicos e dentro de um padrão científico. Não é um achismo, é ciência!

– Entendo, mas pra você, é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais no paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Eu acredito na identificação. identificar é papel! Eu estava dando aula nesse final de semana, e é engraçado, porque o psicossocial, ele é como fosse uma caixa de ferramenta. Eu tenho tudo ali: tenho educação em dor, tenho CFT... psicólogo por exemplo tem o TCC. E eu tenho dentro do biológico a terapia manual. Então,

biopsicossocial é um conjunto de várias coisas dentro do tratamento. Então assim, quando a gente vê, por exemplo, eu sempre falo na sala assim: se é fácil a gente, por exemplo, fazer um paciente ir a um psicólogo... não é fácil não! Primeiro porque o fisioterapeuta não sabe quando, não sabe o porquê. Será que aquela alteração emocional pode, dentro de um desfecho clínico alterar o resultado dele? Não sabe! E outra, ele não sabe para qual profissional da psicologia encaminhar. Eu acho que a gente deve estudar um pouco de psicologia para entender. Então, assim: ah! eu vou passar para um psicológico. Mas qual a formação do psicólogo? Entende? Se eu quero uma linha de TCC, ele tem que seguir a linha de TCC. Se é uma linha da psicanálise, tem que saber o mínimo de psicanálise pra poder encaminhar. Então, eu vejo que o fisioterapeuta deve ter o conhecimento desses fatores psicológicos sim! Só que é como você abrisse a porta, mas você não entra! E as vezes, nem abre a porta, mas você sabe que ela existe. Eu até “tava” brincando lá... A CFT é uma técnica que é dar asa à cobra (risos). E ao mesmo tempo você vê que a gente que não entende o modelo (risos). Ou é oito ou é oitenta. “Nego” sai do estrutural e diz: agora eu só vou fazer educação em dor, por exemplo, que é apenas uma estratégia dentro do modelo. Você não tá entendendo (risos)! A gente vai continuar fazendo testes com base em ciência, mas sabendo que se eu atender três pacientes em uma manhã com sintomas parecidos, talvez um tenha fatores biológicos mais importante que os outros dois. Mas a gente precisa sim saber, até pra indicar, quando indicar... eu vejo dessa forma, a identificação mesmo!

- Entendi! Mas como você faz para avaliar o estado cognitivo, social e emocional do paciente?

- Eu utilizo um questionário chamado ISEB, se eu não me engano é esse o nome. Ele avalia cognição, emoção, parte motora... foi traduzido recentemente para o português. Eu não utilizo como questionário. Eu leio... Gosto de pegar essas pesquisas e a partir de algumas frases eu uso. Eu uso o livro de educação em dor do Moseley, que ele fala de metáforas. Então, através de metáforas, da maneira como o paciente vê a dor dele, a gente já começa a ver se ele tá catastrofizando. Mas lógico, existem mecanismos para saber níveis de catastrofização, mecanismos cerebrais, por exemplo. A própria sensibilização central e outros. Mas assim, eu utilizo muito a maneira como o paciente vê o problema dele. Se ele tem o entendimento, se ele não tem. Se aquele sinal e sintoma estão alterando a parte psicológica dele, principalmente a parte social. Então, a gente já começa a ver que esse paciente não

é só biológico, não tem como (risos)! Imagina você ter uma dor que te impossibilita de sair com seus filhos? Isso vai alterar o psicológico! Então, em alguns casos, a gente precisa de outros profissionais. Eu vejo dessa forma! Mas assim, é mais no “feeling” mesmo! Estudando o biopsicossocial e entendo do psicológico... as vezes estudando psicologia... essa parte comportamental da própria terapia cognitivo comportamental. Então eu não dou diagnóstico, eu identifico! Identifiquei que possa ter um fator de ansiedade, de expectativas negativas daquele problema... aquele paciente que entra num grupo, quase um “cluster”, que esse aqui pode ter um desfecho diferente. Então, eu já tô prevendo um prognóstico de saber se eu vou precisar indicar ou não (risos)!

– Joia! E com relação à preparo, você se sente preparado pra fazer uma avaliação biopsicossocial em um paciente com dor lombar crônica?

– Eu acho que a cada dia a gente vai se sentindo mais preparado (risos). Mas assim, hoje mais do que ontem e menos que amanhã (risos)! Porque é impressionante, a cada hora você vê um artigo novo, uma evidência nova! Você aprende com o paciente, entendeu? Então assim, não sei se falar que me sinto preparado seria um pouco de prepotência. Mas eu prefiro falar dessa forma: menos que amanhã. Eu acho que o modelo não é engessado! Ele é um modelo extremamente flexível! Hoje já tá se falando de fatores biopsicossociais e comportamentais, ainda vai entrar a questão do fator espiritual! quem sabe um dia possa ter uma nova vertente em relação a um mecanismo de diagnóstico. Mas assim, com certeza hoje estou apto a avaliar pelo modelo.

– Você acha que existam barreiras para aplicar o modelo?

– Eu acho que a barreira maior é esperar de um outro colega profissional de outra área a mesma dedicação que tu tens. Como eu falei: é biopsicossocial, mas dentro de biológico tem algumas coisas da seara médica. Talvez a gente precise se aprofundar um pouquinho, em coisas que, muitas vezes, não fazem parte da nossa formação. Mas na psicológica a gente tem que estudar. Não é ser psicólogo, mas entender o que é uma fobia, o que é um medo. São coisas diferentes (risos)! Entender um pouquinho, porque seu paciente pode ser um psicótico, ansioso, neurótico. Então, a gente precisa entender. Agente precisa estudar um pouco de psicologia. Mesma coisa se pensar no biológico... nutrição: o paciente tem uma alteração no aparelho gastresofágico! Eu tenho que estudar. Estudar o mínimo que seja. Só que, vamos pensar ao contrário: não é todo nutricionista que vai, vai querer estudar um pouco do que a gente estuda sobre a dor, por exemplo. Mesma coisa o psicólogo. A barreira

maior “é”, os profissionais de saúde entenderem que é um modelo que está aí pra nos ajudar, e pra isso, todo mundo tem que entender um pouquinho da seara do outro.

– Quando você se depara com as possíveis barreiras o que você faz p superá-las?

– Conversar! Chegar com um outro profissional e tentar ser um amigo, ou conhecido, ou alguém que você teve acesso, e conversar, tentar chegar numa linguagem mais universal, padronizar! É um trabalho de formiguinha (risos). Mas se pensar que há cinco anos atrás nem aplicava. Aplicar que eu digo é entender. Achava que sempre era vértebra, sempre era o músculo. Mas, hoje em dia, tem gente que não tá entendendo ainda. A gente tá tendo um outro problema: as pessoas não estão entendendo o modelo! É fisioterapeuta querendo ser psicólogo... fisioterapeuta querendo passar dieta... Você não tá entendendo o modelo! Essa é uma barreira também. Se o outro profissional se empenhar, como a gente, e a gente fazer nossa parte... é o que nos cabe! Não entrar na seara do outro.

– Na sua opinião, existe dificuldade em associar tratamentos convencionais com abordagens abrangendo a parte cognitivo e emocional?

– Não! Pelo contrário! Justamente ficou mais fácil! Se eu quero encorajar um paciente a fazer um movimento, eu quero administrar um padrão de movimento, se eu sei que ele tem uma fobia, aí já parece que ele tem um aspecto mais psicológico. Algo patológico dentro da psicologia. Talvez eu precise mostrar que essa fobia atrapalha no movimento. Então, pelo contrário. Veio facilitar! Porque antes eu tentava encorajar e o paciente não evoluía. Você pegar uma ferramenta dentro da psicologia para mostrar ao paciente que aquilo tem uma relação... Hoje o paciente adere muito mais fácil.

– Entendi! Teria mais alguma coisa que você gostaria de relatar?

– Quando você passa para o biopsicossocial, você passa para outro fator. Por exemplo essa relação entre diversos profissionais da saúde. É a questão do multidisciplinar do interdisciplinar, do transdisciplinar. Transdisciplinar é sonho, é utopia! Interdisciplinar é a nossa referência, é o que a gente tenta buscar. Mas eu ainda vejo as pessoas no padrão multidisciplinar. As pessoas não conversam. E eu acho que o modelo veio, também, para tentar unir as ideias. Fazer com que os profissionais de saúde conversem. Porque se eu sigo o modelo, eu sei que fatores psicológicos podem alterar o desfecho do meu paciente. Eu vou ter que conversar

com o psicólogo. E se o psicólogo sabe disse ele também vai ter que vir conversar comigo. Eu acho que é isso (risos).

– Ok, vamos encerrar nossa entrevista...

PARTICIPANTE 2 (P2)

– Pronto! Pra começar nossa conversa eu queria saber qual o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Ok. Estou um pouco nervosa, mas vamos lá (risos). Eu entendo que é fundamental no processo, devido à demanda de pacientes que a gente observa que o fator mecânico ali é (pausa)... não é só isso te tratar só com terapia física mesmo e nunca chegar nos 100% de melhora, ou próximo disso. Isso que me fez tanto buscar outras alternativas, estudar mais a respeito e colocar isso em prática para tentar ajudar de outras formas. E, à medida que a gente observa, que a gente consegue ir um pouco além daquele obstáculo que a gente tinha ali, isso vai fortalecendo tudo isso. Então, na minha opinião, fortaleceu devido à demanda de pacientes que a gente observava que parecia que a gente não conseguia avançar, tinha algo mais ali por trás. Eu acho isso.

– Entendo. Mais você acha que é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais no paciente com dor lombar crônica?

– Sim! Com certeza. Pra mim é papel sim, porque não tem como separar isso mais. É claro que, quando a gente identifica que o paciente tem características que estão influenciando muito além da dor... tá trazendo outras limitações para ele que não só influencia na dor ou na incapacidade funcional... eu posso orientar que busca um profissional adequado, que tem as ferramentas adequadas para lidar com isso. Mas, na medida que eu observo que o medo é em relação ao momento, que a catastrofização é em relação ao sintoma, ou a situação que ele está vivendo, é (pausa)... eu acho que é papel da gente tá tentando chegar nessas questões sim.

– Entendi. Mas como você avalia o cognitivo, emocional e o social do paciente?

– Eu me baseio naquele questionário que foi traduzido para o português, é (pausa)... não vou lembrar o nome (risos)... que levantam algumas questões sociais,

comportamentais... Eu não sigo criteriosamente, mas na medida que eu vou conversando com o paciente é (pausa), até a forma como ele me traz o problema, ele já vai dando dicas do que precisa trabalhar. Então, aí eu vou conversando, questionando. Mas eu tento me basear naquelas questões que foram levantadas no questionário de avaliação.

- Joia! E com relação a avaliação, você se sente preparada quando você faz uma avaliação seguindo o modelo biopsicossocial?

- Eu acho que a gente tem sempre muito o que aprender (risos)! Então, eu acho que 100% talvez não. Eu tento empregar ferramentas novas. Eu tô começando a ver é (pausa)... que quando identifica é (pausa)... já um quadro maior, aí pega o questionário de sensibilização central, o inventário da cinesiofobia, para tentar filtrar mais isso, não ficar só no subjetivo do “eu acho”. Eu tento isso! Mas, acho que 100% preparada, acho que nunca (risos). Porque aí a gente até pára de buscar o novo. Mas tenho buscado sempre ferramentas que estão surgindo para poder aplicar. As ferramentas me trazem mais segurança. Mas me sinto confortável sim, para avaliar segundo o modelo.

- E no dia-a-dia, na sua opinião, existe dificuldade em associar o seu tratamento convencional com abordagens unindo o cognitivo e o emocional?

- (Risos)... Eu acho que já tive mais dificuldades, hoje é bem menos. Eu tento colocar coisas um pouco mais leve, principalmente aqui no consultório. É mais durante uma técnica que eu tô conversando sobre... Puxando assuntos que vão levar para esse lado “dessa” desmistificações de muitos conceitos que ele me traz. As vezes batendo papo eu percebo um conceito que pode estar influenciando. Aí vou conversar sobre aquilo. Então, eu tento colocar de uma forma bem leve que ele nem percebe. Então, é (pausa) eu acho que hoje eu encontro menos dificuldade. Devido ao nível de instrução do paciente, fica mais fácil lidar com essas questões também. Eu acho mais fácil do que no serviço público. Mas, mesmo assim, eu vi essa necessidade lá também. E aí, lá eu trabalho, mas já não tem como eu conversar individualmente com o paciente, porque a gente tem que atender muito, porque a demanda é muito grande. É, então, lá eu busco fazer educação em dor em forma de palestra com os pacientes. Então é muito lúdico mesmo, muito distrativo, na linguagem extremamente simples. Então lá é uma abordagem diferente. O paciente vai para educação em dor... aqui eu tento trabalhar isso na sessão. Lá é mais difícil devido ao nível de instrução, devido ao tempo...

– Entendi. E quando você encontra alguma dificuldade dentro do modelo ou no paciente, como que você faz para superar as dificuldades?

– Bom... eu respeito! Tem paciente que é resistente mesmo e eu vejo que não quer... Então, eu acho que é no tempo dele. Não adianta você, também, querer descer goela a baixo, fazer ele entender... até atrapalha o processo. Então, eu tento respeitar muito! Talvez mudar um pouco e pensar se você tem outra forma de abordar aquilo. Mas, eu também não insisto muito não, eu deixo ele no processo dele. As vezes, algumas sessões depois, ele vem, até buscar de outra forma, conversar de outra forma. Mas eu sou muito de respeitar também.

– Joia! E pra finalizar nossa entrevista, você queria relatar mais alguma coisa?

– Não! Só que eu não acredito mais em outro formato para coisa caminhar. Eu acho que é isso mesmo, e tudo leva a isso. Tanto a nossa prática, quanto a evidência. E eu acho (pausa)... acho que a tendência é cada vez mais essa mesmo! A gente não tem como não olhar para essas questões. É só agente conseguir mudar a forma de passar. Eu acho que a gente tá aprendendo muito junto ainda, mas o caminho é esse total.

– Ok... vamos finalizar nossa entrevista...

PARTICIPANTE 3 (P3)

– Pronto... Pra começar, me diz qual o seu entendimento sobre utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Ok... Eu entendo que vem crescendo muito o uso desse tipo de modelo, ao passo que as nossas tentativas de explicação mecânica pros sintomas têm falhado. Cada vez mais nós temos tido publicações que confirmam que podemos usar outros fatores para explicar a dor, ou pelo menos, parte do comportamento desses sintomas, e atrelados a um melhor prognóstico quando utilizados no tratamento. A percepção do paciente quanto ao sintoma e o conhecimento dele quanto a isso, o conhecimento do quanto os demais acontecimentos do dia-a-dia influenciam na percepção da dor e no que ele acaba chamando de dor. E como que isso pode interferir no tratamento.

Então essa abordagem levando em consideração o meio socioeconômico e emocional do indivíduo tem crescido bastante.

– Entendo... e com relação a atuação do fisioterapeuta, para você o papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos emocionais e sociais num paciente com dor lombar crônica?

– Eu acho que o fisioterapeuta tem que ser capacitado a entender que esse paciente tem um componente psicológico, social relevante. Eventualmente, ter um conhecimento para poder utilizar jargões corretos ou evitar jargões incorretos, e saber drenar esse paciente para o profissional mais capacitado que aí sim, eu acho, é o psicólogo. Então, a gente ficar tentando se qualificar para intervir nesse paciente com técnicas psicológica, eu creio que a gente já tá agindo além do que deveria. Eu acho que a gente deveria ter um conhecimento mínimo para identificar que esse paciente precisa ser encaminhado pra esse tipo de profissional, e saber como não atrapalhar esse paciente no dia-a-dia.

– E no seu dia-a-dia, como você avalia o estado cognitivo emocional e social do paciente seu?

– Bem... Eu normalmente utilizo simplificações no consultório, né? No consultório e no ambulatório de fisioterapia que eu trabalho eu utilizo simplificações ou derivações do que a gente já viu no Start Back e no questionário de depressão de Beck, questionário de Cinesiofobia... A partir daí eu tento abordar tópicos e “tatiar”, durante a entrevista e durante as sessões, crenças do paciente a respeito daquele sintoma, o que que ele sabe a respeito, o que ele não sabe. Informações nocebo que foram passados a eles, esclarecer isso, e tentar às vezes até utilizar meios físicos para melhorar a crença do paciente. Então eu trabalho muito com uma exposição gradual do paciente a cargas progressivas, seja corrida, salto, levantamento de cargas, amplitude de movimento... e muitas vezes o objetivo nisso não é tanto o lado físico-funcional em si, mas sim, ele começar a acreditar que ele pode mais, que realmente ele não tá estragado, que ele não tá doente, que não tá quebrado; e com isso a gente conseguir progredir.

– E você se sente preparado para fazer uma avaliação biopsicossocial no paciente?

– Pra identificar, como eu te falei anteriormente. Pra identificar que ele tenha algum componente, mas não para poder interagir com técnicas de Psicologia como reassignificação, como mudança de área de associação cortical, isso aí não! Então,

quando eu identifico que o paciente tem fator muito intenso, significativo... ou seja, se eu consigo identificar é porque esse cara realmente precisa de uma assistência psicológica. Tem paciente que isso é muito mais sutil. Eu lido bastante com pessoal de baixa renda no ambulatório e de alta renda aqui no consultório e aí quando eu noto que o indivíduo tem uma crença importante, tem algum outro distúrbio no meio social dele aí eu refiro esse paciente ao psicólogo dentro do possível, pois eu acho que é o profissional mais adequado para lidar.

- Ok... e na sua opinião, existe dificuldade em associar tratamento convencional com abordagens onde contemple a parte cognitiva emocional?

- Ah! Eu acho que não deveria ter essa dificuldade, mas isso aí levanta a necessidade do clínico ter o conhecimento dessa interferência. Então, não adianta pensar no lado mecânico do indivíduo, na disfunção mecânica sem levar em consideração que ele tá algum tipo de auxílio, que ele tá recebendo um tratamento diferenciado na casa dele, ou sendo possível ter novas interações que ele não tinha quando era saudável e que isso vai influenciar o prognóstico dele.

- E diante dessa dificuldade que você falou que não deveria ter, como que você faz para superar essas dificuldades?

- Bem... eu procuro tá lendo a respeito, participar de cursos ou seminários onde o tema é abordado. E aí diante disso tá focando na função do indivíduo do que na dor propriamente dita. Tá mostrando isso o indivíduo e fazendo as correlações com fatores: sejam familiares, seja do emprego, seja das demais relações sociais no indivíduo e as vezes econômicas também. E como eu falei, referenciando esse camarada, quando eu creio que há necessidade, para acompanhamento com psicólogo e até mesmo um psiquiatra ou assistente social para que possa sanar aquelas alterações.

- Joia, você queria relatar alguma coisa, fazer alguma colocação das perguntas, alguma coisa que você não tem deixado claro?

- Não... eu acho que fica bem claro. Hoje, um embate que nós temos aqui (pausa)... ao mesmo tempo que não queremos que o médico não intervenha na nossa área, o educador físico não interfira na nossa área, a gente está começando a intervir na seara do profissional da psicologia. E então eu acho que é necessário levantar essa discussão para a gente tomar muito cuidado para não transpor esse limite.

- Ok... muito obrigado pela sua disponibilidade...

PARTICIPANTE 4 (P4)

– Pronto! Vamos começar? Qual o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica?

– Dor lombar crônica inespecífica, né?

– Sim, inespecífica.

– Porque específica seria outra coisa. A inespecífica, que há um tempo atrás não tinha essa nomenclatura (pausa)... nós tratávamos uma lombalgia crônica, era assim que vinha na prescrição, e que não tinha resultado nenhum. Mas eu percebi que, lá no início, após a formação acadêmica (pausa)... a gente percebe que é muito fragmentado. Mas eu tava numa época de experimentar para ver resultado. E você começa a fazer a mesma coisa, a repetir. Então, o primeiro erro é esse. Precisa ensinar a avaliar. Essa é a grande sacada. Agora o que ensinaram para nós como avaliação naquela época era desenho biomédico. Eu venho de uma turma de 1993. Puramente biomédica. E aí você aplica protocolo, fichas de avaliações padronizadas e que não tem resultado algum. E de repente, você começa a rever, quando você cai numa fase de mais segurança com você mesmo. Começa a fazer uma releitura dos procedimentos que você não domina, da avaliação que você não entende, que não dá tempo, enfim... É onde eu comecei a observar que tinha muito mais do que uma dor lombar. Eu peguei a transição de quando a Sociedade Brasileira de Reumatologia designou encontrar os 11 pontos simétricos para constatar fibromialgia. Então eu presenciei tudo! O paciente tinha dor no corpo que era uma dor miofascial ou pontos gatilho que precisavam ser desativados. Era assim que a gente recebia (risos)... e de repente passou a ser fibromialgia. Funcionou muito bem isso. Aí você percebe que tudo aquilo que você propõe no modelo biomédico não funciona. Foi a primeira releitura que eu comecei, assim, eu olhava e via que não funcionava. O que despertou? Foi a partir do curso de acupuntura (pausa)... que eu fiz dois anos depois que eu formei. Fiz o curso em São Paulo pela Associação Brasileira de Acupuntura e ali eu percebi que o indivíduo não é tão fragmentado assim. Você pode tratar o fragmento ou segmento, mas tem alguém dono daquela dor. Mas assim, em algum momento eu não conseguia também pegar aqueles conhecimentos e associar na fisioterapia porque naquela época a gente não conseguia (risos)... porque acupuntura era uma coisa e Fisioterapia era outra. E aí o modelo biopsicossocial, ele veio mesmo

quando eu comecei a ministrar a disciplina de saúde coletiva. Talvez, quase ninguém tenha falado sobre isso, mas é a disciplina na fisioterapia e nos outros cursos da área da saúde que faz você olhar o indivíduo como um todo. Como eu trabalhava com teoria e prática com os alunos e muitas saídas de campo então era possível fazer avaliação e entrar com promoção de saúde e prevenção primária. E nessa, se você não aplicar um modelo biopsicossocial, porque a saúde coletiva é construída dentro de um ser biopsicossocial, ela não funciona. Basta ver os determinantes sociais de saúde que é puramente biopsicossocial.

– E pra você é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais num paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– É papel também... nós precisamos saber que não está muito claro ainda até onde nós podemos ir. É papel sim, porque eu preciso saber o quanto essa dor também está sendo administrada ou não por uma lesão tecidual ou por fatores realmente dentro daquela rede da teoria na neuromatrix. Mas a pergunta que fica é: até onde avaliar. Um exemplo disso, que deixa muito claro é (pausa)... Por exemplo a depressão, nós temos um questionário que nós podemos apropriar dele muito bem, que o inventário de Beck. Ele nos oferece uma possibilidade de interpretar que o paciente possa estar com quadro de depressão. Isso é interessante para nós. Agora, fechar um diagnóstico não é nosso papel... cognitivo e nem social. Mas nós precisamos é apropriar de ferramentas, entender um pouco mais sobre essas ferramentas e interpretação dela para direcionar o que tá contribuindo naqueles três tipos de pacientes. Qual que tá dominando se é o social, o biológico ou o cognitivo. Assim nós temos parâmetros, temos ferramentas e instrumentos para avaliar cada tipo e saber direcionar. Não, pera aí! Essa aqui o que predomina é psicológico. Aí não é meu papel. Se tem o predomínio psicológico, aí é papel do psicólogo, psiquiatra. Se tem um papel social, porque não trabalhar com assistente social? Você consegue aplicar isso em qualquer lugar que você tiver trabalhando. Por isso que no modelo biopsicossocial ele foi criado para avaliar e acompanhar a evolução, mas dentro de uma interdisciplinalidade. Se não houver essa troca, se não tiver esse olhar de vários profissionais e unir esses saberes, não funciona.

– E na sua prática, como você avalia o estado cognitivo, emocional e social do paciente?

– Por meio de questionários validados. Não tenho formação para avaliar nada a nível psicológico, o que eu tenho é ferramentas validadas que deram resultados

positivos e que realmente passou por muita gente (pausa)... Tem sido usado por muitos profissionais (pausa)... Mas mesmo assim você precisa saber interpretar, que eu acho que é o grande desafio nosso. O exemplo é a catastrofização, nós temos dois questionários dele. Qual eu uso? Por que não interpretar cada domínio? Eu me sentiria mais confortável para direcionar um paciente onde ele tem uma desesperança muito maior quando fala em magnificação ou magnitude da dor, que não é meu campo. Mas isso tudo tem que ser reavaliado. Então mais uma vez, é a questão dos questionários. Desconheço outras ferramentas que poderiam mensurar isso. Se tivesse ressonância magnética funcional me ajudaria bastante, mas não estamos nessa era (risos).

– Você se sente preparada para fazer uma avaliação biopsicossocial num paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Hoje sim. Hoje eu sinto porque isso tá bem construído (pausa)... as etapas, como abordar, o que aplicar. No tempo do paciente e diante dessas respostas ver quais outras ferramentas poderiam me ajudar ali. Hoje sim. eu te digo que talvez há 2 anos atrás não teria isso. O que possibilitou foi realmente essa visão de vários profissionais trabalhando com a mesma ferramenta olhares diferentes, mas com o mesmo propósito. E hoje eu consigo pegar as ideias de todos eles e trazer para minha prática. Eu conseguiria, mas o resultado é outra coisa (risos).

– Mas na sua opinião, existe dificuldade em associar tratamento convencional com abordagens abrangendo a parte cognitiva e emocional?

– Eu tenho que olhar os dois lados, que é o lado docente. Quando você está ministrando, é osso, é muito difícil. Ou você dá uma aula voltada puramente para o modelo biomédico (pausa)... eu falo a nível de teoria, e na prática você começa a inserir um exemplo disso. Eu fiz uma prática com os alunos de diferenciar o que é uma emoção de um pensamento, mas isso só foi possível com paciente presente. Mas na teoria eu teria que falar da patologia, teria que falar do tratamento para chamar esse aluno pra, pra aquela escolha que ele determinou para a vida dele. Agora, na minha prática eu não conseguiria realizar o modelo biomédico. Eu não sou mais biomédica. Há muito tempo que eu deixei de ser, quando eu ministrava saúde coletiva, saúde pública, atenção básica. Então você tem que olhar muito para o indivíduo. Quem é esse indivíduo? Não consigo mais! Às vezes recebo ligações: você me atende do ombro, do joelho... Não! Não consigo! (risos)

– E quando você se depara com possíveis barreiras, como que você faz para superar?

– Tenho pedido muito socorro (risos). Acho que aí entra a questão da interdisciplinaridade. Tenho colegas, professores e ex-professores que a gente troca figurinhas mesmo. De mandar o caso... Foi feito isso, foi encontrado isso, mas eu não consigo aplicar isso pela resistência ou porque o que eu tracei não foi encontrado, não foi alcançado. Então eu tenho feito dessa forma. Não silenciar, não ficar no seu mundo. Então quem tem mesmo me amparado nesses momentos são pessoas que realmente já estão trabalhando nesse modelo a mais tempo, e a gente consegue falar isso de igual para igual. Uma coisa tá bem claro para mim, eu não perderia tempo com alguém que é da parte do biomédica. Porque sei que vai me convencer pela eletrotermofoto, e olha que eu gosto muito, mas não será o suficiente.

– Pra a gente finalizar, você gostaria de comentar mais alguma coisa?

– Não sei, tem tanta coisa. Esse assunto me encanta muito. A dor, ela está presente no meu, meu currículo e eu só fui dar conta disso há uns 5 anos atrás. Quando comecei a folhear meu currículo e vi que a dor vinha se repetindo em todas as atividades que eu fazia, toda titulação. Eu fiz o mestrado em 2001, trabalhei com dor em duas dimensões: intensidade e desagradabilidade. Mas a cobrança da IASP não era assim tão forte para nós. Mas o divisor de águas aconteceu aqui em Brasília quando eu vim fazer o doutorado. Ainda era como aluno especial. Cheguei aqui em 2003, um ano depois a associação dos médicos promoveu um curso em dor. Eram seis meses onde você só passaria para os outros módulos, cada módulo era ministrado por profissionais diferentes, após provas. E você tinha que conseguir a menção. Então ali para mim foi o divisor de águas no sentido assim: você sabe dor? Foi a primeira pergunta que eu fiz para mim. Não, não sei. Preciso dedicar. Mas eu percebi que nas minhas aulas começam aparecer a palavra IASP. O conceito de dor ele foi mais amplo, seguindo a linha da IASP. E aí no doutorado eu tinha uma sede muito grande de aplicar ferramentas para colher dados objetivos, para correlacionar com subjetivos. então esse amadurecimento vem no doutorado, de poder relacionar escalas que colhem a subjetividade, a cognição, a desagradabilidade. Enfim, na época foi dor e fadiga, e trabalhar com ferramentas que pudessem colher dados objetivos que foi eletromiografia. Pra ver se ela, em algum momento esses dados se cruzavam. Quando meu paciente queixava de dor alterava esse sinal. Isso aconteceu nitidamente. Então, assim, para mim foi maior resposta, porque a gente seguiu um

modelo italiano da eletromiografia. Quando você sai do doutorado você não tem um eletromiógrafo na nossa clínica (risos). Mas ele pôde dizer para mim, naquela época, que quando você correlaciona é possível sim demonstrar. Hoje a gente tem a ressonância magnética funcional que mostra hiperatividade das estruturas neuroanatômicas. Mas ali também foi o começo dessa novela que eu espero que tudo termine bem. Hoje eu tô numa fase agora que é falar sobre dor crônica. Falar que, que envolve tudo isso, estimular bastante o meu aluno, o profissional. Abre o seu coração, abra sua mente, acalma teu coração porque seu paciente é seu paciente. Não é o ombro, não é o cotovelo, nada disso. Esquece isso! Você vai usar tudo isso? Vai, só que de outra forma, você vai ter que receber esse paciente como um ser biopsicossocial (risos). É isso (risos)!

– Muito Obrigado, vamos encerrando...

PARTICIPANTE 5 (P5)

– Pronto, vamos começar. Qual que é o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Bom, sair do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, principalmente nos pacientes crônicos, é de suma importância, porque no paciente crônico a gente sabe que o espectro da dor dele está relacionado a multifatores. Então a dor lombar crônica não é uma patologia de causa-e-efeito como a maioria das pessoas entendem. Ela envolve outros sistemas, ela envolve outras questões e é necessário você observar e você conseguir identificar se existem benefícios secundário, se existe questões relacionadas à família, ao emprego, ao estado emocional do paciente, ao entendimento que ele tem em relação a dor dele... então é importante abranger essas questões cognitivas, emocionais, o entendimento familiar. Enfim, tudo isso!

– Joia! E pra você, é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais no paciente com dor lombar crônica?

– Sem dúvidas! Sim! Com certeza! Como a gente lida com o paciente de forma contínua você saber avaliar se existem fatores sociais, se existem fatores emocionais

envolvidos no contexto dele é de suma importância para um desfecho adequado do tratamento. Muitas vezes a limitação foi imposta por um sistema de crenças, em outras, informações que ele recebeu. E o paciente acaba não se dando bem com o problema dele. Então o fisioterapeuta tem sim que avaliar, intervir e encaminhar de acordo com o que encontra. Então, quadros de dor crônica quando o paciente tem depressão, a gente não vai tratar depressão, mas a gente tem que saber identificar o quanto isso vai influenciar e encaminhar para um profissional adequado. Estabelecer diálogo com outras profissões é papel nosso. Quando a gente tem um entendimento, desses fatores que envolvem um paciente com dor crônica, e o fisioterapeuta que não faz isso tá perdendo muito. O paciente também perde muito quando a gente não consegue identificar. Não quer dizer que eu vou tratar as emoções, mas ela está intimamente ligada e é importante para poder ter um bom desfecho do paciente.

– Entendo. E como você avalia o estado cognitivo, emocional e social desse paciente?

– Os questionários e a própria anamnese já induz muito como que a gente vai criar isso. A partir daí você tem uma série de questionários que podem ser utilizados. Você tem o questionário para sensibilização central, questionário para catastrofização, você tem questionário para cinesiofobia (pausa)... Você tem que usar para conseguir abranger e conseguir identificar, da melhor maneira possível, esses fatores dentro do seu paciente. Mas na nossa vida no dia-a-dia com o paciente, às vezes, um questionário, o paciente até pode se inibir de dar alguma resposta. Mas quando você está tratando, tá atuando, tá promovendo informação, muitas vezes, eles trazem informações de alguns fatores que no momento inicial de uma avaliação ele não relatou. E isso facilita a gente identificar. Às vezes é um litígio, é um problema no trabalho, às vezes é uma insatisfação. E agente, como um profissional de contato contínuo em uma reabilitação, acaba conseguindo identificar também. Mas o correto mesmo, o que seria tradicional seriam os questionários já validados.

– E você se sente preparada para fazer uma avaliação biopsicossocial?

– Sim, atualmente sim!

– Mas, na sua opinião, existe dificuldade em associar o tratamento convencional com abordagens abrangendo a parte cognitiva e emocional?

– Sim. A dificuldade maior hoje é você conseguir quebrar alguns mitos que já vem tanto de pacientes crônicos, quanto de profissionais, que o brinco de “profissionais crônicos” (risos), que geram informação limitante para o paciente. Hoje

se um paciente me procura especificamente para o tipo de abordagem, só que ao longo da avaliação, quando eu noto que tem outros fatores relacionados, às vezes existe uma barreira grande do próprio paciente que está apegado. Seja a uma ressonância, seja a uma instabilidade que foi ensinado, sejam questões pré-aprendidas e as vezes eles não toleram e não aceitam muito a educação em dor, e trazer esses aspectos em si. Então tem uma barreira do paciente por experiência prévia, de contato prévio com profissionais que são atuantes dentro do modelo biomédico. Eu já fui também. Lá aí você quebrar essa relação é muito difícil. Um sistema de crença do próprio paciente. E as vezes mesmo assim a gente tem a dificuldade porque é o limiar muito tênue entre você conseguir mostrar para ele que não é simplesmente uma dor psicológica, mas é um limiar em entrar numa esfera que as vezes eles não querem mexer também. Eles não querem ter esse tipo de abordagem. Querem continuar reproduzir naquilo que eles acreditam: a minha dor é por conta da minha hérnia, minha dor é por conta da minha protrusão. E nesse manejo você saber lidar com essas nuances é uma dificuldade. Na verdade, num momento era muita informação que era jogada e hoje na hora que você começa a trabalhar dentro do modelo você escuta mais o paciente, com aquilo que ele te traz você consegue *linkar* e eles conseguem aceitar. Um erro, no início, era jogar muita informação, querer falar demais e ouvir menos, e aí com o passar do tempo você começa a ter uma postura um pouquinho diferente, consegue estabelecer uma aliança com o paciente para poder estabelecer esse tipo de conduta.

– E como você faz para superar essas barreiras no dia-a-dia?

– Eu estudo cada vez mais. Eu tento me aperfeiçoar para melhorar o meu discurso, para melhorar a forma como eu vou estabelecer essa aliança terapêutica com paciente. Hoje eu escuto mais do que eu falo e eu respeito também porque tem paciente que não quer entrar nessa esfera. E aí eu tenho que entender que até consegui conquistar, muitas vezes eu vou ter que manter algum elo e quebrar, aos poucos, alguns mitos dentro do que tem dentro do biomédico. Eu acho que é me aperfeiçoar, respeitar o paciente, escutar mais e não me conformar que o que eu faço no dia-a-dia.

– Entendo. Pra finalizar, tem mais alguma coisa que você queria relatar?

– Eu dou os parabéns para essa pesquisa. O primeiro ponto a gente saber identificar que a gente está limitado enquanto profissional. E as vezes a gente acha um discurso muito bonito do modelo biopsicossocial. Se você perguntar para várias

peças você vai ouvir todo mundo falar: é lindo, maravilhoso... mas estabelecer mesmo, implementar... Ele mexe inclusive na sua formação. De como que você entendia até certo ponto determinada situação. E você abrir mão do seu próprio sistema de crença é muito difícil e é uma autoanálise diariamente que a gente tem que fazer. Estabelecer esse elo e conseguir realmente identificar e propor futuras intervenções para os “profissionais crônicos” (risos) é superimportante. Então, eu tenho três anos que de forma sistemática eu tenho buscado conhecimento dentro da área; não me considero uma pessoa que já chegou lá, acho que eu nunca vou me considerar. Mas há 9 anos foi a primeira vez que eu tive o contato com o modelo biopsicossocial. E a cada curso, a cada situação, cada vez mais faz sentido estabelecer esse elo e essa relação do biopsicossocial com a minha intervenção atual. É uma coisa que é tipo uma simbiose, não tem mais como desconectar. Tá misturado e é fundamental. Eu acho que o profissional que não se atentar para isso ele vai estar limitado e ele poderia estar proporcionando algo a mais para o paciente.

– Legal. Muito Obrigado. Vou finalizar nossa entrevista.

PARTICIPANTE 6 (P6)

– Ok. Vamos começar. Qual que é o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Na minha visão, hoje, assim, o entendimento que a gente tem sobre dor é um entendimento diferente do que a gente tinha alguns anos atrás. Então, quando a gente pensava em dor, a gente pensava que a dor era uma consequência de um dano estrutural. Que a dor acontecia como resposta a uma lesão do tecido. Hoje a gente observa é que, especialmente a dor crônica, a dor é um componente relacionado ao processamento cerebral, é um output, uma resposta do cérebro a diferentes estímulos, diferentes fatores incluindo os fatores, né, não biológicos, estruturais, mas também fatores psicossociais. Então a partir do momento que a gente entende que a dor, ela é resultado de componentes biopsicossociais é (pausa), se eu quero dar para o meu paciente uma possibilidade de um tratamento que contemple de maneira mais

efetiva, integrativa, eu preciso estar dentro, atuando dentro de um modelo que seja biopsicossocial.

– Mas pra você é papel do fisioterapeuta avaliar fator cognitivo, emocional e social?

– Extremamente! É importantíssimo que o fisioterapeuta ele, ele saiba avaliar fatores, né, psicossociais. Primeiro porque muitos desses fatores, são fatores que a própria fisioterapia é capaz de trabalhar e intervir. Então, por exemplo, se um paciente tem medo de se movimentar porque tem uma crença de que o disco é frágil e vai se deslocar, esse medo pode ser facilmente é, é, sanado através de um modelo educacional. Então, é possível que o próprio fisio consiga dar conta de muita crenças e comportamentos. Mas também, é importante que o próprio fisio avalie, e é para saber também quando encaminhar. Então, uma vez que eu entendo que o paciente precisa ser visto de um aspecto mais amplo e global, o entendimento de uma equipe interdisciplinar trabalhando na dor crônica dele se faz muito mais necessário do que uma atuação muitas vezes isolada, é solo. Então na identificação de fatores mais importantes como é conflitos sociais, ou familiares importantes, conflitos relacionados a trabalho ou fatores psicológicos como depressão, fobias é importantíssimo que encaminhe esse paciente. Saiba avaliar até para encaminhar esse paciente para profissionais mais capacitados para lidar com isso, como assistente social, psicólogo, é médico e etc.

– E como você avalia estado cognitivo, emocional e social do paciente?

– Vamos lá, é... O que eu mais uso hoje para avaliar (pausa) é a livre entrevista, né, o livre relato do paciente durante a entrevista. Já é algo que fornece, é, muitos subsídios em relação aos fatores psicossociais. Porém, é, o que eu acredito é que, nós fisioterapeutas precisamos usar o que é considerado padrão ouro para essas investigações. Então, o que eu utilizo hoje são questionários. Esses instrumentos assim são utilizados e muitas vezes usados também na reavaliação do paciente para avaliar como que está o andamento desses processos. Então basicamente eu utilizo instrumentos, é, que são considerados padrão ouro pra pra avaliação desses aspectos.

– E no dia-a-dia, você se sente preparado para fazer uma avaliação biopsicossocial do paciente?

– Hoje eu me sinto, é, muito mais preparado do que ante. Mas como ainda é um assunto relativamente novo, eu ainda percebo que há muitas coisas que eu

preciso aprender. Então, eu me sinto preparado, acredito que faça uma avaliação, é, contemplando esses aspectos biopsicossociais, mas, é, tenho atuado nisso a mais ou menos 4 anos de uma maneira mais incisiva. Então acho ainda tem muita coisa. A neurociência ainda é uma coisa muito nova, então a cada momento a gente descobre ferramentas novas, instrumentos novos e muitas vezes a gente ainda não tem ainda elementos para interpretá-los. Por exemplo, acabou de sair um questionário sobre injustiça percebida. Então, a gente tem muito paciente com dor crônica que passaram por processos trabalhistas, processos relacionados ao INSS, e que se apresentam na avaliação com uma clara percepção de injustiça percebida. Ou porque perderam emprego, ou porque foram afastados, mudado de cargo. Então, são ferramentas novas, recentes... a gente ainda não tem notas de corte para eles, é, para avaliar padrões de normalidade ou não, mas assim, é um aprendizado contínuo. Então me sinto preparado, porém ainda em processo de aprendizado.

– Na sua opinião existe dificuldade em associar o tratamento convencional com abordagens abrangendo a parte cognitiva e emocional?

– Existe! Existe, mas é uma dificuldade natural, porque primeiro que nós fomos criados totalmente baseado no modelo biomédico. Então modificar as nossas próprias crenças já é algo difícil de ser feito. Segundo, porque o paciente quando vem fazer fisioterapia ele vem claramente com uma expectativa de que vai receber um tratamento especificamente fisioterapêutico, ou seja, baseado no movimento, baseado em técnicas que aliviam dor, em terapia manual, eletroterapia, etc. E o terceiro fator que eu acho que também dificulta é, além do baixo nível de conhecimento para aplicar, saber como aplicar, como fazer o processo de intervenção, seja em educação em dor, seja mudanças de crenças e comportamentos há um fator que é o tempo de sessão que muitas vezes acaba se tornando limitantes para que isso seja amplamente empregado. Então eu ainda vejo muitas limitações para se colocar em prática. Acho que, que, que (pausa) tem uma frase acho que é, não sei se é do Jonitz, mas que ele compara o modelo biopsicossocial a sexo para um adolescente de 17 anos: éee todo mundo já ouviu falar né, muitos dizem que sabem fazer, acha que tá todo mundo fazendo, mas no fundo, no fundo ninguém ainda domina o como fazer aquilo. Então acho que é uma grande lacuna ainda pra, pra que a prática permita que o profissional, é, adote de maneira mais ampla esse modelo no dia-a-dia. Mas principalmente em relação a como fazer.

– E quando você se depara com dificuldades, como você faz para superar?

- É o que eu tento fazer, é, desde o momento inicial da avaliação, é, procurar ressignificar a dor do paciente. Perguntar ao paciente se ele gostaria de entender a dor dele de um aspecto mais amplo e global. Então uma vez ele me permitindo, me dando essa abertura e criando aliança terapêutica nas primeiras sessões, eu avalio o quanto de abertura esse paciente me dá para aplicação do modelo. E, é, procuro utilizar dentro do dia-a-dia ferramentas lúdicas para tornar esse aprendizado mais leve. Então assim, muitas vezes ele menos formalizado, então muitas vezes é um bate-papo com paciente enquanto tá tomando café, muitas vezes é chamar para dar um exemplo, usar cards, imagens, mostrar algum material ou solicitar que ele leia alguma coisa pra casa. Mas tornar mais leve o aprendizado, tornar mais lúdico, mas sempre apontando para o paciente o quanto que a abordagem com ele não, não poderia ser uma montagem apenas estrutural. E lembrando que o modelo biopsicossocial não exclui o Bio. Pacientes com dores crônicas apresentam níveis de fraqueza muscular, falta de condicionamento físico, níveis muito importantes de falta de condicionamento aeróbico, uma baixa liberação de opióides endógenos pelo corpo, é, um sono muito ruim, prejudicado, então de momento algum são excluídos os fatores biológicos pra esse paciente, mas a gente procura entender a dor de uma forma um pouco mais complexa.

- Entendi. Pra a gente finalizar, teria alguma coisa que você gostaria de relatar?

- É, acho que é isso, acho que o modelo biopsicossocial ele é um modelo novo, é, diferente do que eu fui criado. Espero que daqui a alguns anos assim, as pessoas vindo a aprender já dentro desse modelo já não o reconheçam como novo. Já o reconheçam como algo normal, algo natural de ser aplicado. Mas o que eu quero, o que eu gosto sempre de frisar é que pior do que os pacientes crônicos são os profissionais crônicos. Então, é necessário de fato, que profissionais que lidam com dor tenham um conhecimento mais aprofundado sobre neurociência moderna. Os profissionais que lidam com dor falem a mesma língua, discutam entre eles e se relacionem entre eles. Porque só, primeiro havendo uma mudança do profissional é que vai ser depois também necessário, vai ser possível a mudança de fato para o paciente. Talvez a maior barreira que eu encontre hoje para aplicação do modelo, além das barreiras já citadas durante a intervenção, seja a barreira de profissionais não falarem a mesma língua. Então quando eu digo para um paciente que uma hérnia de disco pode ser tão natural quanto uma ruga e o médico disse que não, que ela é muito séria, isso cria um conflito muito grande para o paciente, e toda vez que o

paciente é conflitado ele vai acabar optando por aquela informação que para ele foi de maior credibilidade, e socialmente no Brasil a gente sabe que a palavra do médico tem um peso muitas vezes maior do que de outros profissionais. Enquanto todo mundo que lida com a dor não falar a mesma língua de não aprender mais sobre a neurociência moderna vai ficar muito difícil a gente mudar essa condição para o paciente. E a última coisa é que se o modelo biopsicossocial, né, vai conseguir diminuir os índices que a gente tem hoje de cronicidade, incapacidade relacionada a dor na coluna a gente ainda não sabe, não é uma certeza. Mas o modelo atual não, não faz! É necessária uma tentativa de algo diferente, porque a gente tá perdendo a batalha e fazendo com que de fato, assim, o número de pacientes crônicos no mundo só aumente. Então o jeito que está sendo feito hoje não tá dando certo. É importante a gente se abrir pra uma tentativa de um modelo novo que a gente ainda não sabe também quais são exatamente os resultados, mas que parecem ser bem mais promissores. É isso (risos)!

– Muito obrigado. Vamos finalizar a entrevista...

PARTICIPANTES GRUPO 2

PARTICIPANTE 7(P7)

– Prontinho. Vamos começar. Qual o seu entendimento a respeito da utilização no modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Pelo que eu sei dessa questão, é que o paciente já vem trabalhado com relação a dor dele. Então ele entende que “N” motivos causam a dor dele, e parece que fica algo ali que ele nunca acredita na melhora. Então assim, qualquer movimento que ele faça ele acha que vai sentir dor. Então é algo que, já (pausa)... ele tá trabalhando como se aquele caminho de dor ele trabalhasse o tempo todo. Então, se o médico chegar pra ele e falar que ele não pode agachar ele não vai agachar. Porque se ele agachar ele vai achar que sente dor e ele vai sentir dor. Então, pra mim, o paciente entende que qualquer coisa que ele fizer em relação ao que as pessoas

falarem sobre isso, pode sentir dor. Ele trabalha esse caminho de dor dele. Uma coisa que eu acho importante hoje é a questão de você ter uma equipe multidisciplinar, que o paciente com dor crônica associa “N” coisas. Ele associa a parte emocional, o estresse, a parte estrutural. Então, de acordo com o próprio nome Bio, essa parte de biológico; Psico, ou seja, a mente; e o social a sociedade em si. Tudo influencia na dor crônica dele.

– Entendo. Pra você é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais num paciente com dor lombar crônica?

– Sem dúvidas! Hoje eu pergunto com o que ele trabalha, se ele gosta do trabalho, se faz alguma atividade que ele gosta, se o trabalho estressa ele. Então, tudo isso se encaixa no biopsicossocial. E não só na avaliação, mas durante o tratamento. Às vezes, na avaliação a gente não consegue pegar tanta coisa, mas durante o tratamento é incrível. Você vai perguntando e tudo vai se encaixando. Ah! Fulano de tal você sente dor por isso. É porque eu fico muito tempo sentado... porque meu trabalho é muito chato... porque não sei o quê... e tudo isso vai se relacionando.

– E no seu dia-a-dia, como você faz para avaliar estado cognitivo, emocional e social no paciente com dor lombar crônica?

– O cognitivo é mais na conversa. Eu não tenho nenhum teste, nenhum nada para ser direto, com relação a cognição. Então é mais na questão da conversa. O emocional, durante a avaliação às vezes eu pergunto para pessoa se ela tem depressão, se ela tem alguma outra doença que pode estar relacionada a isso. O social não muito. Sinceramente! Social, eu já pego isso durante o tratamento. Sinceramente eu não chego na questão social, também não sei como é que seria a abordagem. Psico, essa questão é mais fácil, né? Assim... entre aspas, né? Mas o social não.

– Hoje, você se sente preparada para fazer uma avaliação biopsicossocial em um paciente com dor lombar crônica?

– Não. Porque é como eu falei, essa parte social, para mim é muito limitada. Então eu não sei como eu abordaria essa parte.

– Entendo. Mas na sua opinião, existe dificuldade em associar um tratamento convencional com abordagens abrangendo a parte cognitiva, emocional e social?

– Sem dúvida. É muito difícil. Hoje a gente tá tendo essa questão, né?! A gente tá olhando com mais humanidade para os pacientes. A gente não olha só estrutura, mas a gente, agora, está olhando de outra forma. Então isso, acredito que com o

tempo a gente vai ter mais experiência. Mas o que eu vejo, é que muitos pacientes que são muito emocionais a gente tem dificuldade em evoluir. Dificuldade em fazer coisas que deixam eles mais funcionais, mais independentes. Eles querem mais manual, eles querem ficar conversando. Eles não entendem que essa parte de exercitar, essa parte de qualidade tem que incluir na vida deles. Então, essa abordagem assim, é muito difícil ainda, porque é difícil você abordar um paciente que já está tão machucado emocionalmente e fisicamente, e entender que algumas coisas hoje não podem fazer mais. Antigamente, as pessoas falavam que crise de coluna tem que ficar em repouso. Hoje a gente sabe que tem que movimentar, mas como trabalhar com esse paciente? Então assim, eu vejo hoje que, depois de umas seis a dez sessões eu consigo começar a entender, porque aí eu coloco um exercício aí eu pergunto a ele: doeu? Ele diz, não. Então ele tá trabalhando com aquela ideia ali que ele pode fazer. Então isso para mim é uma trabalhadeira. Isso pra mim é biopsicossocial, porque é um trabalho que não é de um dia para o outro, mas é um trabalho que eu preciso ganhar a confiança do paciente pra daí eu adquirir esse biopsicossocial. E muitas vezes a dificuldade que a gente tem é fazer com o que o paciente fique um pouco mais tempo para ele entender toda essa questão e começar a procurar coisas que ajude ele nessa questão.

– Entendo. E como você faz para superar essas dificuldades no seu dia-a-dia?

– Geralmente, como eu acho que é complicado essa parte emocional com a fisioterapia, até pela abordagem né?! Onde eu trabalho tem acupuntura, então eu tento inserir essa parte multidisciplinar, porque a acupunturista consegue trabalhar também. Então eu faço a parte estrutural e a acupunturista pega a parte emocional. Então a gente tenta fazer isso. Aí a gente conversa: olha, aquela paciente está acontecendo isso e isso com ela, vê o que você pode fazer... aí passa um floral pra ver se ela se equilibra. Então agente tenta fazer esse trabalho em conjunto.

– Você gostaria de relatar mais alguma coisa?

– Não, eu já falei demais, falei tudo (risos).

PARTICIPANTE 8 (P8)

– Prontinho. Gravador ligado podemos começar. Qual o teu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Bom, o modelo biopsicossocial, é isso?

– Isso. o que que você entende por isso?

– Eu entendo que a gente tem que tratar a dor do paciente como um todo. Tanto com é (pausa)... psicológica, (pausa)... A parte de bio, eu entendo como fisicamente. E a parte de social, social é o social mesmo do paciente. A gente tem que tratar ele como um todo.

– Joia. Para você é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais no paciente com dor lombar crônica?

Também.

– Por que você acha que é importante?

– Porque como a gente falou agora a pouco, a gente tem que tratar o paciente como um todo. Então, se ele tem problema psicológicos a gente tem que encaminhar ele para fazer um tratamento psicológico, se ele tem problemas sociais a gente tem que encaminhar ele para resolver esses problemas também. E não foge da nossa alçada verificar isso não, até porque a gente tem um tempo de convivência grande com o paciente. Então acho que cabe a gente sim.

– Entendo. Como você faz, no dia-a-dia, para avaliar o estado cognitivo, emocional do paciente?

– Durante o tratamento mesmo. A gente conversa, brinca. A gente aqui na clínica, a gente faz um trabalho muito grupal. A gente liga os pacientes uns com os outros. Eles conversam entre si, a gente conversa com eles, a gente brinca. Então, nisso tudo a gente consegue avaliar. Oh! Fulano hoje não tá legal! Ciclano hoje não tá legal! Eu acho que fulano tá com problema! Então, a gente consegue observar isso no dia-a-dia do tratamento.

– Joia. É (pausa) você se sente preparada para fazer uma avaliação biopsicossocial no paciente?

– Não

– Por quê?

– Porque eu acho que a gente não tem tanto conhecimento sobre essas abordagens. Como abordar? Por que abordar? A gente sabe que é importante tratar o paciente como um todo, mas a gente não tem essa orientação.

- Então, na sua opinião existe dificuldade em associar um tratamento convencional de fisioterapia com abordagens que faça uma abrangência entre o cognitivo e emocional?

- Acho que sim. Apesar da gente tentar o máximo, da gente é (pausa), implementar isso, mesmo que inconscientemente, eu acho que tem sim uma dificuldade. Justamente por essa questão da gente não saber como introduzir isso, de que forma abordar o paciente para isso. Eu acho que falta sim.

- E como que você faz, então, para superar essas dificuldades no dia-a-dia?

- Eu costumo brincar bastante com os pacientes. Então assim, mesmo que brincando as vezes a gente acaba conversando e os pacientes acabam se abrindo com a gente. Então acho que é uma forma bem legal a gente criar uma certa amizade com paciente. Claro que tudo tem limite né? A gente é profissional e ele é paciente, mas a gente criar essa afinidade é saudável para o nosso relacionamento como fisio e paciente. É saudável para o tratamento do paciente e ele, ele acaba vendo a gente também como amigo e acaba se abrindo um pouco. Então eu acho que a minha forma é essa.

- Joia. Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar?

- Não. Não, nenhuma colocação.

- Ok. Então vamos finalizar nossa entrevista...

PARTICIPANTE 9 (P9)

- Pronto. Agora foi (risos). Qual o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

- Olha, não muita coisa.

- Não muita coisa? O que é pra você o modelo biopsicossocial?

- Explica um pouco mais a pergunta.

- Você conhece, já ouviu falar do modelo biopsicossocial?

- Não tenho em mente aqui agora não, pra falar a verdade.

- Não tem problema. Pra você é papel do fisioterapeuta avaliar os fatores cognitivos emocionais e sociais do paciente com dor lombar crônica?

– Avaliar?

– Isso.

– Não. Eu acho que essa questão é coisa de psicólogo. Só que, querendo ou não, às vezes, você pode conversar, estar ao lado ali e só de ouvir o que o paciente tem para falar ele já sai dali praticamente tratado. As vezes ele precisa só daquele, daquela conversa, tal. Não que você jamais vai funcionar, nem fazer seu recurso fisioterapêutico no paciente. As vezes ele realmente, ele desabafa com você, você tá ali só escutando, praticamente a terapia sai bem melhor.

– Entendo. E no seu dia-a-dia como você faz pra perceber se o paciente está triste, ou com raiva?

– Eu avalio assim (pausa)... pela expressão, pela forma que ele chega, chega com a cabeça mais rebaixada, a expressão física, o olhar, a forma de andar, a forma de falar...

– Você se sente preparada para fazer uma avaliação abrangendo o estado cognitivo, emocional e social?

– Não.

– Por que não?

– Porque eu acho que a gente não teve estrutura básica para isso durante a graduação por exemplo, entendeu? Mas avaliação cinético-funcional, tal, eu creio. Porque essa parte do psicossocial é muito relativo. Eu mesmo tive essa matéria online, acho que foi no primeiro semestre se eu não me engano. Então a gente não teve nada, nada entendeu? Então, ficou muito a desejar essa parte. Eu sempre gostei dessa parte de psicologia e tal. Até essa humanização aproxima mais também, entendeu? Mas é muita falha mesmo, pra mim.

– Na sua opinião, existe dificuldade em associar um tratamento convencional com abordagens cognitivas e emocionais?

– Sim.

– Porque que você acha existe isso?

– Porque a gente tem que saber conciliar. As vezes, o paciente não está preparada até psicologicamente pras conduta fisioterapêuticas. As vezes você tem em mente aquela conduta, sei lá, de theraband, com a bola... Só que você vê que ele não está preparado psicologicamente para aquele exercício. Aí você vem, traz ele com a dança (risos)... eu por exemplo, aí vai do profissional, né? Eu consigo dançar com ele dessa forma. Muda a conduta ali, na hora, aí você: pera ainda! Trata com ele

mais aquela parte psicológica e todo mundo sai feliz. Você, às vezes, queria fazer uma elevação de ombro com a bola, por exemplo, mas você pede pra ele dançar com, com você. Você teve o mesmo objetivo, só que de outra forma. Mas é difícil sim.

– Entendo. E como você faz pra superar essas dificuldades?

– Brincar. Dependendo da idade do paciente, geriátrico né? Idoso principalmente. É brincar. Brinca que você vai jogar uma bola, brinca de qualquer coisa. Dependendo de onde você tá. Se é em home care, se é em clínica, entendeu? Aí brincando também. Dança e vários tipos de brincadeira também (risos).

– (risos) Pra gente finalizar, você queria acrescentar mais alguma coisa?

– Não, ficou claro mesmo. Só acho mesmo que deveria ter um reforço melhor, maior na faculdade durante a graduação. Que realmente é muito falho. É levado pra outras áreas, mas essa parte aí para a gente fisioterapeuta, eu acho é muito importante e deixa a desejar bastante, entendeu?

– Entendi. Então, vamos finalizar nossa entrevista.

PARTICIPANTE 10 (P10)

– Pronto. Vamos começar. Qual que é o seu entendimento a respeito do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Cara, eu entendo como uma, uma, uma abordagem um pouco mais holística, mais integral do paciente. Não só como, como a parte mecânica que tá com dor ali. Até porque eu tenho para mim que existem alguns fatores psicológicos que afetam a postura do indivíduo e a forma como ele interage com o mundo, né? Com o espaço físico. Então, eu entendo que realmente é uma abordagem mais integral, não só da questão da dor, mas a pessoa si.

– Ok. Para você é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais no paciente com dor lombar crônica?

– Eu particularmente acho importante, embora eu ache que na graduação a gente não tenha muito contato com essa questão emocional e psicológica, né? Cognitiva acredito que sim, porque a gente avalia isso né? Mas a parte psicológica e emocional é (pausa), acho que falta um pouco do conhecimento da, da dentro do curso de fisioterapia mesmo. É uma parada que a gente vai buscando por fora.

– Mas você acha que é papel do fisioterapeuta?

– Eu acho importante. Eu acho que é um papel importante sim. Acho que facilita até, inclusive, para orientar o paciente pra, pra sei lá, uma terapia mesmo, para um psicólogo ou coisa do tipo, né?

– E como você avalia estado cognitivo, emocional e social no seu paciente, no seu dia-a-dia?

– O cognitivo é (pausa) com os comandos verbais, conversando mesmo. É (pausa) emocional é conversando sobre. Às vezes os pacientes falam da vida pessoal e tudo mais. Então avalio baseado no que eu conheço como das minhas emoções. Baseado no que eu tenho como comparação, né? E quando o paciente apresenta, às vezes, alguma questão durante a sessão no conversar. Eu particularmente, hoje, quando eu trato, quando eu avalio eu pergunto, às vezes, se o paciente me mostra uma abertura. Eu pergunto se tem questões, as vezes familiares ou coisa do tipo que ele queira apresentar. Às vezes quando tenho abertura também. Basicamente assim na avaliação.

– É (pausa) você se sente preparado, hoje em dia, pra fazer uma avaliação biopsicossocial no paciente?

– Pra fazer uma avaliação mesmo, assim, eu acho que não. Eu me sinto tranquilo pra trocar ideia com paciente né? E de repente até dizer: olha! Aconselhar, não é nem orientar, aconselhar mesmo! Fazer uma psicoterapia ou coisa do tipo. Mas, para fazer uma avaliação biopsicossocial eu acho que não. Não me sinto gabaritado (risos).

– Na sua opinião, existe dificuldade em associar tratamento convencional com abordagens que envolvam o cognitivo e emocional?

– Eu acho que existe uma barreira sim. Principalmente do paciente, inclusive. Porque, por exemplo eu gosto muito daquele livro de cadeias musculares, que fala um pouco de aspectos psicológicos de acordo com a postura do paciente. Tem paciente que não entende isso, né? Uma vez eu avaliando uma paciente e foi muito engraçado (risos). Eu vi a postura dela e falei: pô, você é uma pessoa mais para frente, se chamar vai e tal. E ela tomou um susto! Como é que você sabe disso e tal? Né? As pessoas as vezes assustam um pouco. Mas acho que existe uma barreira sim, ainda. Até porque a nossa área, a nossa profissão é muito voltada para a parte mais motora mesmo né? Digamos assim.

– E o que que você faz para superar essas barreiras no dia a dia?

– Ah! Eu busco conhecimento de algumas outras áreas. Eu vou buscando alguns conhecimentos específicos que supram esta lacuna. Porque assim, na minha época de faculdade, ainda, eu percebia que alguma coisa, que eu não sei dizer o que que é ainda. Mas eu tinha paciente de joelho operado. Parecia que todo mundo veio mesmo lugar, no sentido de que os argumentos eram parecidos, a forma como a pessoa falava era parecida. Tinham alguma coisa parecida. Eu fui descobrir depois que existe os estudos de terapia corporal. Então eu vou tentando buscar em outras áreas de conhecimento. Mas até na Psicologia mesmo porque eu tenho conhecimento de proximidade mesmo.

– Você gostaria fazer mais algum comentário?

– Não. Mas eu acho que falar dessa, dessa minha experiência mesmo que, que foi de perceber que, às vezes, pessoas com problemas parecidos elas se parecem de certo em algum aspecto. Às vezes psicológico. Eu não sei dizer o que que é, porque eu não tenho o conhecimento de psicologia pra falar. Mas eu acho assim, que tem essa, essa, como é que se diz? Uma similaridade, né? Aí até eu tava estudando, tava vendo um livro chamado, acho que Cure Seu Corpo. Que ela fala que dor lombar, por exemplo, está relacionado com problemas financeiros da pessoa, da forma como a pessoa lida com dinheiro. Interessante né? E, sendo que é uma das causas de maior afastamento do mercado de trabalho. Tem uma associação ali, de certa forma (risos). Então, é mais ou menos isso. Eu percebi um pouco na minha prática clínica que várias situações de lesão apareciam muito por conta de algum aspecto psicológico, emocional talvez. Basicamente isso.

– Ok. Então vamos encerrar nossa entrevista.

PARTICIPANTE 11 (P11)

– Gravador ligado. Podemos começar?

– Sim.

– Qual seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica inespecífica?

– Você fala questão de trabalho questão, questão...

– O seu entendimento sobre a utilização do modelo biopsicossocial no paciente com dor lombar crônica...

– É (pausa) o quê que essa lesão vai, vai interferir no trabalho dele, na vida social, é (pausa) nas suas AVD's. Não só a dor lombar crônica, mas todas as lesões “vai” interferir tanto na vida social, como no mercado de trabalho. O trabalho dele e nas atividades diárias. É (pausa) pode ser emocionalmente, quadro álgico, relação interpessoal, estresse e tudo.

– Pra você, é papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais no paciente com dor crônica?

– Sim, sim claro! Primordial. Porque às vezes a dor não está relacionada a lesão, pode ser mais um fator psicológico, um trauma, alguma coisa, é (pausa) não necessariamente a lesão.

– E como que você faz para avaliar estado cognitivo, emocional e social?

– É (pausa) na avaliação eu pergunto se tem algum problema psicológico, se toma algum medicamento controlado, se tem crise de ansiedade, se já teve depressão. Pergunto tudo para ter um feedback.

– Você se sente preparado para fazer uma avaliação biopsicossocial?

– Não, não me sinto preparado. Assim, aonde eu me graduei não, não voltava muito para essa área biopsicossocial. Voltava muito para área (pausa) lesão mesmo, reabilitação, o que que tá ocasionando, qual o músculo, qual o nervo, o que que tá ocasionando essa lesão. Não voltava para essa área biopsicossocial não. Então não me sinto preparado.

– Na sua opinião existe dificuldade em associar o tratamento convencional com abordagens abrangendo a parte cognitiva e emocional do paciente?

– Sim, claro! Até por feedback do paciente. Paciente com dor lombar crônica ou aguda que começaram a fazer o tratamento, faz o tratamento convencional e começaram com tratamento de acupuntura que trabalha bastante o lado emocional. Eu não entendo de acupuntura, entendo o básico. Esse trabalho com esses pontos emocionais muito feedback do paciente, ele fala que começou a melhorar mais, teve um feedback mais positivo.

– O que você faz para superar essas dificuldades?

– Tento conversar bastante. Perguntar como é que ele tá. Ir mais para o lado humanista e deixar um pouco “tecnismo” de lado. Que é o que acontece muito né, está muito no lado técnico e esquece de humanismo. As vezes o paciente só quer

conversar um pouco, tá estressado... Eu tento conversar com ele. Não sou psicólogo, claro né, mas tem que conversar com ele para ver se ele consegue se desestressar um pouco.

– Ok. Tem mais alguma coisa que você queira acrescentar?

– Sempre quando eu posso eu sugiro acupuntura. Pergunto se faz tratamento psicológico e recomendo também. Só isso.

– Ok. Vamos finalizar nossa entrevista.

PARTICIPANTE 12 (P12)

– Joia. Então vamos começar. Qual é o seu entendimento a respeito da utilização do modelo biopsicossocial no tratamento do paciente com dor lombar crônica?

– Eu acredito que tem haver com a fisiologia, claro, da patologia, mas tem um fundo emocional que entra com esse social. É (pausa) o que pode estar passando em casa ou não, algo que esteja mexendo com o sistema nervoso dele, é (pausa) algo que aconteça no trabalho. Não só a patologia e fisiologia em si.

– Pra você papel do fisioterapeuta avaliar fatores cognitivos, emocionais e sociais no paciente com dor lombar crônica?

– Eu acho que sim, porque tudo está ligado, tem a ver. O paciente de lombar, de lombalgia sempre tem um fundo, para mim, ao meu ver, sempre tem um fundo emocional. Se você for perguntar se aconteceu alguma coisa, por mais que tenha sido há um mês atrás que pode refletir agora. Envolve um lado emocional.

– Como que você faz pra avaliar o estado cognitivo, emocional e social do paciente?

– No meu dia-a-dia (pausa), o cognitivo, eu acho que deixo um pouco a desejar. Um pouco para trás. Mas eu sempre pergunto se é um paciente depressivo, se é um paciente que faz algum tratamento com psiquiatra, se toma remédio. Geralmente eu vou pelas medicações. Se tem ansiedade, que eu acho que tem muito a ver, se aconteceu alguma coisa recentemente que tenha deixado ele com nível de estresse mais alto. Emocional eu pergunto se aconteceu alguma coisa recente. Social eu não costumo perguntar.

- E você se sente preparada para fazer uma avaliação biopsicossocial?
- Não. Acho que ainda falta muita coisa pra mim. Pra que eu possa juntar e fazer uma avaliação mais completa.
- O que você acha que falta?
- Falta o social. Eu geralmente levo muito para o emocional. Pelo fato de ter uma ansiedade, ter acontecido alguma coisa que tenha gerado um estresse maior. Mas fator cognitivo eu não costumo perguntar, não costumo avaliar. E o social também não.
- Você acha que existe dificuldade de associar tratamento convencional com abordagens abrangendo a parte cognitiva e emocional?
- Eu acho que sim, porque quando a gente estuda a gente não recebe esse ensinamento. Geralmente a gente é levado para linhagem do convencional. A gente não tem essa abordagem. Juntar isso seria um pouco difícil devido a falta de conhecimento.
- E como que você faz, no dia-a-dia, para superar essa dificuldade?
- Agora eu não tenho. Eu comecei a ver isso recentemente. Que tem como a gente trabalhar com aliteração de alguns é (pausa), que libera esse emocional para gente poder conseguir trabalhar só com a dor física né? Mas, eu geralmente, eu levo para (pausa) eu encaminho para acupuntura. Porque eu sei que na acupuntura eles conseguem trabalhar melhor isso. Então eu gosto e trabalhar associando o nosso tratamento convencional e encaminhando eles para acupuntura. E a maioria dá certo.
- Entendo. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa no que conversamos?
- Não. Acho q falamos tudo.
- Joia. Então podemos encerrar nossa entrevista.