

Crenças e atitudes sobre dor crônica de profissionais de saúde pública: estudo transversal

Beliefs and attitudes about chronic pain among public health professionals: cross-sectional study

Paula Torrezani Sales¹, Samira Tatiyama Miyamoto², Valeria Valim¹

<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240031-pt>

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: As barreiras do conhecimento científico e do treinamento adequado podem influenciar as competências dos profissionais de saúde no manejo da dor crônica em ambientes não especializados. O objetivo deste estudo foi avaliar as crenças e atitudes de profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) que atuam no cuidado de pacientes com dor crônica na rotina clínica.

MÉTODOS: Trata-se de estudo transversal realizado com profissionais não especialistas em dor da atenção primária e média complexidade, avaliados pelo Inventário de Atitudes frente à dor. Os participantes foram agrupados por local de atuação e tempo de formação para a análise de comparação através do teste *t* para amostras independentes. Foram calculados os tamanhos de efeito (η^2 generalizado) e o nível de significância estatística foi definido em $p < 0,05$.

RESULTADOS: Participaram deste estudo 70 profissionais de saúde, que apresentaram crenças indesejáveis a respeito da cura da dor e de comportamentos de solicitude. Esses profissionais também apresentaram crenças desejáveis quanto a influência das emoções, relação da dor com lesão tecidual e possibilidade de controle

por quem a sente. Foi observado um efeito do local de atuação, com crenças indesejáveis dos profissionais da atenção primária sobre incapacidade relativa à dor, além de um efeito sobre o tempo de formação para o domínio controle, com crenças menos desejáveis entre aqueles com menos de 10 anos de formação.

CONCLUSÃO: As crenças indesejáveis apresentadas pelos profissionais permitem um diagnóstico situacional que indica a necessidade de educação continuada em dor crônica para implementar treinamentos com práticas baseadas em evidências na rotina de cuidado do SUS.

Descritores: Dor crônica, Modelo de crenças de saúde, Saúde Pública.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The barriers of scientific knowledge and adequate training can influence the skills of health professionals in the management of chronic pain in non-specialized environments. The aim of this study was to assess the beliefs and attitudes of the Brazilian public health care system's (*Sistema Único de Saúde - SUS*) professionals who work in the care of patients with chronic pain in the clinical routine.

METHODS: This is a cross-sectional study on primary care and medium complexity care carried out with non-specialist pain professionals, assessed using the Inventory of Attitudes to Pain. Participants were grouped by place of work and length of training for comparison analysis using the *t*-test for independent samples. Effect sizes were calculated (η^2 generalized), and the level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

RESULTS: Seventy health professionals took part in this study. They presented undesirable beliefs about curing pain and caring behaviors. They also had desirable beliefs about the influence of emotions, the relationship between pain and tissue damage and the possibility of control by those who feel it. An effect of place of practice was also observed, with undesirable beliefs among primary care professionals about pain-related disability, and also an effect on length of training for the control domain, with less desirable beliefs among those with less than ten years of training.

CONCLUSION: The undesirable beliefs presented by the health professionals allow for a situational diagnosis that indicates the need for continuing education in chronic pain in order to implement training with evidence-based practices in the SUS care routine.

Keywords: Chronic pain, Health belief model, Public Health.

Paula Torrezani Sales – <https://orcid.org/0000-0002-3339-6860>;
Samira Tatiyama Miyamoto – <https://orcid.org/0000-0003-0609-4063>;
Valeria Valim – <https://orcid.org/0000-0002-0625-1308>.

1. Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Vitória, ES, Brasil.
2. Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Educação Integrada em Saúde, Vitória, ES, Brasil.

Apresentado em 07 de fevereiro de 2024.

Aceito para publicação em 15 de abril de 2024.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

DESTAQUES

- Profissionais do SUS municipal apresentaram crenças indesejáveis sobre cura da dor crônica.
- Profissionais da atenção primária apresentaram crenças disfuncionais sobre dor e incapacidades.
- Necessidade de educação continuada com capacitação em dor crônica e treinamento de *soft skills*.

Editor associado responsável: Jamir João Sardá Júnior

<https://orcid.org/0000-0001-9580-8288>

Correspondência para:

Paula Torrezani Sales

E-mail: ptsales@hotmail.com



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

INTRODUÇÃO

A dor crônica (DC) é definida como aquela que persiste ou recorre por mais de 3 meses e seu manejo é um desafio complexo na prática clínica rotineira de cuidado^{1,2}. Mesmo sendo uma das causas mais frequentes de consultas no setor público, gerando altos custos, essa condição ainda é subestimada pela falta de diagnóstico e pela baixa prioridade nos serviços de saúde^{1,3,4}.

A atualização do conhecimento científico e o desenvolvimento de treinamento se concentram em centros especializados e universitários que não conseguem assistir a maioria da população⁵. No Brasil, não há linha de cuidado estruturada para tratamento da DC no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma a orientar o percurso assistencial nos diferentes níveis de atenção e qualificar a oferta de serviços centrados na necessidade do indivíduo⁶.

O uso da nova classificação sistemática integrada pela 11ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) facilitaria o reconhecimento da DC no início do curso da doença e o diagnóstico precoce em serviços de primeiro contato com o paciente, como a atenção primária¹. Ampliar o acesso ao tratamento em toda rede de atenção à saúde é um desafio necessário pela alta prevalência da DC no território nacional⁷ e pelas comorbidades associadas a essa condição crônica^{3,8}.

Dados recentes de revisões sistemáticas mostraram que a DC acomete 35,7% da população adulta e 47,32% dos idosos no país, estando associada a sofrimento significativo, incapacidades e maior frequência de consultas médicas⁷. Esse cenário pode ser agravado pelas evidências de surgimento de novos casos de DC após a COVID-19 e de piora da dor já existente em grupos específicos após infecção pelo coronavírus^{9,10}.

Diante dos fatores multidimensionais envolvidos, diretrizes internacionais de melhores práticas clínicas recomendam abordagens que envolvem mudança do estilo de vida, atividade física, saúde mental, interações sociais e um plano de cuidado apoiado^{11,12}. Esse modelo integrativo se alinha com os princípios da atenção primária do SUS e pode ser inserido em programas de promoção de saúde dos usuários portadores de DC^{13,14}.

Além disso, a educação sobre dor é uma intervenção complementar ao programa de tratamento reconhecida por prover informações para tomada de decisões do paciente na gestão de sua condição, com objetivo de reconceituar a percepção de dor e as crenças disfuncionais, reduzindo as incapacidades¹⁵⁻¹⁷. Trata-se de uma tecnologia leve, reproduzível em grupos e reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma forma de promover equidade em ambientes com pouco recursos¹⁸.

Porém, a formação dos profissionais em um modelo biomédico do cuidado e a falta de treinamento adequado podem representar um obstáculo para implementação das evidências científicas na prática clínica^{19,20}, especialmente em serviços de saúde de atendimento ao público geral^{4,8}. A barreira do conhecimento pode gerar crenças e atitudes disfuncionais nos profissionais de saúde que vão impactar nas crenças dos pacientes sobre sua condição^{21,22} e afetar os desfechos clínicos do programa de tratamento¹⁷.

As crenças são noções preexistentes que residem na cognição e moldam a percepção de nós mesmos, dos outros e do ambiente²³. As atitudes envolvem crenças, sentimentos, valores e predisposições para

agir de determinada maneira²⁴. Ambas são culturalmente aprendidas e compartilhadas, predispondo comportamentos dentro de grupos de interação^{23,24}. A literatura mostra que crenças e atitudes influenciam a tomada de decisões terapêuticas²⁵⁻²⁷ e a educação em saúde a ser realizada^{17,28}.

Até o momento, poucas pesquisas estudaram as competências clínicas dos profissionais não especialistas em dor que atuam no SUS²⁹ e que são responsáveis pela assistência de pacientes com DC em ambientes de cuidado de rotina. A investigação dessas características e das lacunas na prestação do serviço em pontos diversos da rede são importantes para fundamentar a implementação de estratégias terapêuticas mais eficazes e baseadas em evidências^{8,19,30}, bem como direcionar a formação e a educação continuada de profissionais de saúde³¹.

O objetivo primário deste estudo foi descrever as crenças e atitudes de profissionais de saúde em relação à DC e que atuam na atenção primária e na área de média complexidade de um serviço público municipal. Como objetivo secundário, foi analisada a hipótese de que as crenças e atitudes dessa população sejam influenciadas por características tais como o local de atuação e o tempo de formação.

MÉTODOS

O protocolo deste estudo foi aprovado por um Termo de Consentimento da Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta (ES) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 5.614.114), antes de sua execução, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes receberam uma explicação sobre os objetivos desta pesquisa em uma reunião de equipe de cada local de trabalho, com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico, do tipo transversal. Este trabalho foi redigido seguindo as diretrizes *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)³².

Participantes e local de realização

A amostragem foi selecionada por conveniência, composta por profissionais atuantes na rede de atenção à saúde de um município do estado do Espírito Santo (Brasil) e que atendiam pacientes com DC em sua prática clínica diária no serviço do SUS. Foram convidados a participar médicos, fisioterapeutas, dentistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, educador físico, terapeuta ocupacional e assistente social que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centro de Especialidades Unificadas (CEU) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A coleta de dados transcorreu durante o período de setembro de 2022 a maio de 2023. Foram critérios de exclusão ter especialização em dor e recusar participar da pesquisa.

Instrumentos e variáveis

A avaliação foi realizada de forma individual e acompanhada por um único avaliador, experiente em DC. O formulário de avaliação foi preenchido pelos próprios participantes, composto por dados pessoais (profissão, local de trabalho, tempo de formação e titulação acadêmica) e pelo Inventário de Atitudes frente à Dor (IAD), que identifica as crenças e atitudes dos profissionais de saúde frente a DC.

O IAD-profissionais foi adaptado do Inventário de Atitudes frente à Dor-Breve (IAD-Breve), testado em um estudo conduzido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em centros de dor de entidades públicas e privadas da cidade de São Paulo. Esse inventário foi validado com 20 itens e 6 domínios: controle, emoção, incapacidade, dano físico, solicitude e cura médica³³.

O domínio controle (itens 1, 8, 11 e 13) refere-se ao quanto o profissional de saúde acredita que a dor pode ser controlada por quem a sente. O domínio emoção (itens 3, 6, 9 e 16) relaciona o quanto as emoções têm influência na experiência dolorosa, abordando temas de ansiedade, depressão e estresse. O domínio incapacidade (itens 14 e 17) aborda a crença na dor como fator de incapacidade. O domínio dano (itens 7, 10, 18 e 19) trata da crença na dor como indicativo de lesão e se os exercícios físicos devem ser evitados. O domínio solicitude (itens 2, 4, 5 e 12) analisa a correlação da atenção dos outros à pessoa com dor. O domínio cura (itens 15 e 20) refere-se ao quanto o profissional de saúde acredita na cura médica da dor³³.

O instrumento é autoaplicável, sendo que os participantes indicam sua concordância com cada afirmação em itens tipo *Likert* de 5 pontos, variando de 0 a 4 (0 = totalmente falso, 1 = quase falso, 2 = nem verdadeiro nem falso, 3 = quase verdadeiro, 4 = totalmente verdadeiro). O escore de cada domínio foi calculado pela soma dos pontos das respostas de cada item, dividido pelo número de itens respondidos, com a pontuação média final variando de 0 a 4³³.

Haviam orientações de respostas mais desejáveis por serem consideradas pelo autor do inventário como mais adaptativas. Os escores foram classificados como alta ou moderadamente desejáveis de acordo com os pontos de corte³³. A classificação das crenças como desejáveis e indesejáveis não representa certo ou errado, apenas que são mais ou menos funcionais/adaptativas no processo de recuperação, podendo contribuir para incapacidades e expectativas não realistas³³.

Análise estatística

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica (Excel, Office for Mac, Microsoft Corporation, EUA) e analisados pelo programa R versão 4.2.1.

A caracterização da população do estudo e a análise dos domínios do IAD-profissionais foram realizadas por estatística descritiva de média e desvio-padrão (DP) para variáveis numéricas, e por frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas.

Para testar a hipótese de que as características dos profissionais de saúde podem influenciar as suas crenças em relação à DC foi realizada uma análise de comparação. Os participantes foram agrupados por local de atuação (ESF, CEU e CAPS) para análise de variância e por tempo de formação (<10 anos e ≥ 10 anos) para análise com teste *t* para amostras independentes. Foram calculados os tamanhos de efeito eta-quadrado generalizado (η^2 generalizado), junto com valores de *p* referentes às hipóteses nulas de não diferença entre grupos. O nível de significância estatística foi definido em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Este estudo incluiu 70 respondentes. Além disso, 5 profissionais de saúde foram excluídos por recusa em participar da pesquisa.

As profissões com maior frequência nesta amostra foram enfermeiro (30,0%), médico (27,1%) e dentista (15,7%), sendo essa proporção

característica da APS e representativa da rede de saúde municipal com nove unidades de ESF. Nos serviços de média complexidade, as profissões mais frequentes foram fisioterapeuta (8,6%) e psicólogo (8,6%). O tempo médio de formação foi de $14,2 \pm 9,77$ anos e a titulação mais frequente foi de especialização (77,1%) (Tabela 1).

Crenças e atitudes em relação à dor

No contexto amplo da rede de atenção à saúde, os profissionais de saúde apresentaram escores [média (DP)] compatíveis com crenças desejáveis para os domínios: controle [2,92 (0,60)], emoção [3,66 (0,57)] e dano [1,28 (0,68)], em relação à DC. Porém, eles apresentaram crenças indesejáveis para os domínios solicitude [2,73 (0,71)] e cura [3,41 (0,60)]. O domínio incapacidade apresentou escore neutro [2,00 (0,90)] (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta a frequência de respostas para os 20 itens do IAD-profissionais separados pelos respectivos domínios. Vale destacar que nas crenças e atitudes que avaliam cuidados e tratamentos, a maioria dos profissionais de saúde acreditaram na cura da dor (72,9%), que as pessoas com dor devem receber mais ajuda (71,4%)

Tabela 1. Descrição das características da amostra

Variáveis	Descrição (n=70)
Profissão	
Enfermeiro	21 (30,0%)
Médico	19 (27,1%)
Dentista	11 (15,7%)
Fisioterapeuta	6 (8,6%)
Psicólogo	6 (8,6%)
Assistente social	2 (2,9%)
Educador físico	2 (2,9%)
Nutricionista	2 (2,9%)
Terapeuta ocupacional	1 (1,4%)
Tempo de formação (anos) Média (DP)	14,2 (9,77)
Maior titulação	
Graduação	12 (17,1%)
Especialização	54 (77,1%)
Mestrado	3 (4,3%)
Doutorado	1 (1,4%)

Média (desvio padrão) ou n (%).

Tabela 2. Análise descritiva das crenças dos profissionais por domínio do Inventário de Atitudes frente à Dor – versão Profissionais (n = 70)

Domínios	Escore desejável	Média (DP)	Classificação (Ponto de corte)
Controle	4	2,92 (0,60)	Moderadamente desejável (>2-3)
Emoção	4	3,66 (0,57)	Altamente desejável (>3)
Incapacidade	0	2,00 (0,90)	Neutro
Dano	0	1,28 (0,68)	Moderadamente desejável (< 2-1)
Solicitude	0	2,73 (0,71)	Moderadamente indesejável (>2-3)
Cura	0	3,41 (0,60)	Altamente indesejável (>3)

Tabela 3. Distribuição de frequência de respostas por item do Inventário de Atitudes frente à Dor - versão Profissionais

Domínios	Questões	Totalmente falso (%)	Quase falso (%)	Nem verdadeiro nem falso (%)	Quase verdadeiro (%)	Totalmente verdadeiro (%)
Controle						
Q1	Muitas vezes o paciente consegue influenciar a intensidade da dor	1,4	4,3	17,1	47,1	30,0
Q8	É possível diminuir a dor através da concentração ou relaxamento	0,0	2,9	10,0	51,4	35,7
Q11	É possível controlar a dor mudando os pensamentos	2,9	8,6	32,9	37,1	18,6
Q13	É possível, com certeza, aprender a lidar com a dor	2,9	8,6	18,6	37,1	32,9
Emoção						
Q3	A ansiedade aumenta a dor	1,4	0,0	2,9	20	75,7
Q6	O estresse aumenta a dor	1,4	0,0	1,4	20	77,1
Q9	A depressão aumenta a dor	1,4	1,4	5,7	25,7	65,7
Q16	Há uma forte ligação entre as emoções e a intensidade da dor	1,4	0,0	2,9	18,6	77,1
Incapacidade						
Q14	A dor não impede de se levar uma vida fisicamente ativa	12,9	12,9	37,1	28,6	8,6
Q17	A pessoa com dor pode fazer quase tudo que fazia antes de ter dor	8,6	25,7	37,1	21,4	7,1
Solicitude						
Q2	Sempre que alguém sente dor a família deve tratá-lo melhor	2,9	2,9	47,1	25,7	21,4
Q4	Sempre que alguém sente dor as pessoas devem tratá-lo com cuidado e preocupação	2,9	2,9	21,4	42,9	30,0
Q5	É responsabilidade dos que amam o paciente, ajudarem-no quando ele sente dor	4,3	4,3	20	35,7	35,7
Q12	Muitas vezes, quando uma pessoa está com dor, ela precisa receber mais carinho do que está recebendo	1,4	8,6	47,1	31,4	11,4
Cura						
Q15	A dor física nunca será curada	44,3	28,6	24,3	2,9	0,0
Q20	Não há procedimento médico que ajude na dor	75,7	17,1	5,7	1,4	0,0
Dano						
Q7	Exercício e movimento são bons para o paciente com dor	2,9	4,3	27,1	28,6	37,1
Q10	O exercício pode piorar ainda mais a dor	4,3	22,9	51,4	14,3	7,1
Q18	Se a pessoa com dor não fizer exercícios regularmente a dor continuará a piorar	2,9	7,1	37,1	31,4	21,4
Q19	A prática de exercícios pode diminuir a intensidade da dor	0,0	0,0	17,1	35,7	47,1

e serem tratadas com mais preocupação (72,9%), sendo responsabilidade de terceiros ajudar quando eles sentem dor (71,4%).

Na análise da relação da dor com uma possível gravidade de dano tecidual, 65,7% da amostra acreditou que movimentos e exercícios são bons para pessoas com dor e que a prática destes pode ajudar a diminuir a intensidade da dor (82,8%). No entanto, quanto às crenças sobre dor e incapacidade, prevaleceu a alternativa “nem verdadeiro, nem falso” (37,1%) para questões que avaliavam se a pessoa com dor poderia levar uma vida fisicamente ativa (Tabela 3).

Quanto às dimensões cognitivas e emocionais da dor, 70% dos profissionais acreditou que é possível aprender a lidar com a dor, seja

controlando os pensamentos (55,7%) ou com técnicas de concentração e relaxamento (87,1%). A maioria dos participantes acreditou que a depressão pode aumentar a dor (91,4%), bem como o estresse (97,1%) e a ansiedade (95,7%) (Tabela 3).

Efeito das características profissionais nas crenças e atitudes em relação à dor

Na análise de variância foi observado o efeito do local de atuação dos profissionais de saúde nas crenças sobre incapacidade ($F_{2,67} = 4,992$, $p = 0,010$). Na análise *post hoc*, foi observada diferença significativa entre os profissionais atuantes no centro de especialidades (CEU) e

Tabela 4. Comparação dos domínios do Inventário de Atitudes frente à Dor – versão Profissionais entre grupos por local de atuação

Variáveis	Amostra n = 70 ¹	CAPS n = 8 ¹	CEU n = 20 ¹	ESF n = 42 ¹	Tamanho do efeito (η^2 generalizado)	Valor de p ²	CAPS vs. CEU ³	CAPS vs. ESF ³	CEU vs. ESF ³
Controle	2,92 (0,60)	2,72 (0,67)	3,15 (0,52)	2,85 (0,60)	0,064	0,109	-	-	-
Emoção	3,66 (0,57)	3,78 (0,36)	3,70 (0,43)	3,61 (0,66)	0,011	0,697	-	-	-
Incapacidade	2,00 (0,90)	1,88 (1,03)	1,53 (0,60)	2,25 (0,92)	0,130	0,010*	0,330	0,258	0,003*
Dano	1,28 (0,68)	1,31 (0,53)	1,01 (0,60)	1,40 (0,71)	0,066	0,101	-	-	-
Solicitude	2,73 (0,71)	2,41 (0,79)	2,81 (0,65)	2,75 (0,73)	0,028	0,384	-	-	-
Cura	3,41 (0,60)	3,63 (0,44)	3,23 (0,73)	3,45 (0,55)	0,045	0,215	-	-	-

¹Média (DP); ²Análise de Variância (ad hoc); ³Teste t para amostras independentes (post hoc); *p < 0,05.

Tabela 5. Comparação dos domínios do Inventário de Atitudes frente à Dor – versão Profissionais entre grupos por tempo de formação

Variáveis	Amostra n = 70 ¹	< 10 anos n = 22 ¹	≥ 10 anos n = 48 ¹	Tamanho do efeito (η^2 generalizado)	Valor de p ²
Controle	2,92 (0,60)	2,61 (0,55)	3,06 (0,57)	0,123	0,003*
Emoção	3,66 (0,57)	3,70 (0,32)	3,64 (0,66)	0,003	0,642
Incapacidade	2,00 (0,90)	2,23 (0,84)	1,90 (0,92)	0,030	0,154
Dano	1,28 (0,68)	1,30 (0,70)	1,28 (0,67)	0,000	0,912
Solicitude	2,73 (0,71)	2,90 (0,54)	2,65 (0,77)	0,026	0,182
Cura	3,41 (0,60)	3,48 (0,52)	3,38 (0,64)	0,006	0,514

¹Média (DP); ²Teste t para amostras independentes; * p < 0,05.

aqueles da atenção primária (ESF) (1,53 [0,60] vs. 2,25 [0,92], p = 0,003) (Tabela 4).

Os profissionais da atenção primária apresentaram um escore classificado como moderadamente indesejável para o domínio de incapacidade. Não foram observados efeitos significativos do local de atuação nas variáveis controle ($F_{2,67} = 2,291$, p = 0,109), emoção ($F_{2,67} = 0,363$, p = 0,697), lesão ($F_{2,67} = 2,375$, p = 0,101), solicitude ($F_{2,67} = 0,970$, p = 0,384) e cura ($F_{2,67} = 1,575$, p = 0,215) (Tabela 4). Quando os grupos foram analisados por tempo de formação (Tabela 5), foi observado um efeito significativo na variável controle (<10 anos vs. ≥ 10 anos: 2,61 [0,55] vs. 3,06 [0,57], $t_{68} = 3,09$, p = 0,003). Os profissionais formados nos currículos de graduação mais antigos apresentaram crenças altamente desejáveis para esse domínio, enquanto os formados a menos tempo apresentaram um escore classificado como moderadamente desejável. Não foram observados efeitos significativos do tempo de formação nas variáveis emoção ($t_{68} = -0,470$, p = 0,642), incapacidade ($t_{68} = -1,440$, p = 0,154), dano ($t_{68} = -0,110$, p = 0,912), solicitude ($t_{68} = -1,350$, p = 0,182) e cura ($t_{68} = -0,660$, p = 0,514).

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que os profissionais da rede de atenção à saúde apresentaram crenças e atitudes consideradas desejáveis em relação aos domínios que avaliavam a possibilidade de controle da dor por quem a sente, a influência das emoções na dor e da relação desta com o dano tecidual. Porém, eles apresentaram crenças indesejáveis para os domínios solicitude e cura, além de escore neutro para o domínio incapacidade, que são fatores fundamentais a se considerar no manejo da DC pela equipe de saúde.

Esta pesquisa teve como destaque ter estudado as características de profissionais do SUS não especialistas em dor atuantes na atenção

primária, na qual a DC é uma das morbidades mais comuns que ocorrem de forma concomitante com outras condições crônicas^{5,8,34}.

Além de incluir profissionais da atenção psicossocial e ambulatorial especializada, completando a integralidade do cuidado³⁵.

A amostra foi característica de um serviço de saúde pública municipal, com predomínio de profissionais da ESF (72,8%), importantes por serem coordenadores dos cuidados e ordenadores da rede³⁵. O manejo da DC nos serviços de primeiro contato com o paciente ganhou ênfase após o reconhecimento da DC como doença pelo CID-11, favorecendo a oportunidade de diagnóstico e intervenção precoces²⁵.

Os novos códigos propostos facilitam o registro dos parâmetros mais importantes na avaliação da dor e o direcionamento de abordagens multimodais, o que ajuda a orientar o cuidado por profissionais de saúde não especialistas na área de dor⁵. Esses profissionais podem não ter formação e treinamento adequados para o manejo mais efetivo da DC, mantendo um modelo de cuidado biomédico, com maior importância à gravidade do dano tecidual ao determinar o nível de dor e a incapacidade funcional de um paciente^{28,29}.

A literatura mostra uma associação entre a abordagem biomédica dos terapeutas e crenças desfavoráveis no tratamento da DC, como recomendação de repouso^{21,22}, maior percepção de lesão e uso de terapias passivas²¹, além de conselhos para restringir o regresso às funções laborais e limitação das atividades^{21,22,27,28}.

Esses construtos caracterizam o domínio incapacidade do questionário aplicado nesta pesquisa, que resultou em escore geral neutro, no qual a maioria dos profissionais da rede de saúde não tiveram certeza se a dor impede de levar uma vida fisicamente ativa e se os pacientes podem realizar suas atividades habituais. Um estudo multicêntrico de uma rede de cuidados primários nos Estados Unidos mostrou que a natureza subjetiva da dor e a falta de clareza no diagnóstico podem causar maior divergência das atitudes dos profissionais na prática, com decisões clínicas baseadas em experiências anteriores³⁶.

Contextos de incertezas são frequentes na clínica da dor. Uma pesquisa realizada com fisioterapeutas que trabalhavam com DC no Canadá evidenciou que profissionais com maior intolerância à incerteza tendem a ter uma abordagem mais biomédica, realizando orientações mais restritivas de atividades pelo medo do paciente apresentar reação adversa. No entanto, profissionais mais velhos e com mais tempo de experiência clínica apresentaram menos medo de lidar com a dor²⁶.

O presente estudo também apresentou diferença de resultados ao analisar os grupos pelo local de atuação e por tempo de formação, confirmando a hipótese de que crenças e atitudes podem ser influenciadas pelas características dos profissionais. Esses dados estão alinhados com outras pesquisas que sugerem que características dos profissionais interferem nas crenças e nas decisões terapêuticas quando comparados idade, gênero e tempo de experiência em grupos de atuação diferentes, como odontologia³⁷, enfermagem³⁸, medicina³⁹ e fisioterapia^{25,26,40}.

O grupo que atua na ESF, responsável pelo cuidado continuado dos pacientes¹⁴, apresentou crenças indesejáveis para o domínio incapacidade. Na análise *post hoc*, foi observada diferença significativa entre os profissionais atuantes no CEU vs. ESF (1,53 [0,60] vs. 2,25 [0,92], $p = 0,003$). Esse resultado pode ser explicado pela maior proporção de enfermeiros e dentistas nessa amostra, com influência na experiência clínica do manejo da dor. Além disso, o grupo com menos de 10 anos de formação apresentou crenças moderadamente desejáveis para o domínio controle, sendo observado um efeito significativo nessa variável quando comparada com o grupo formado há mais tempo (<10 anos vs. ≥ 10 anos: 2,61 [0,55] vs. 3,06 [0,57], $t_{68} = 3,09$, $p = 0,003$). Esses dados sugerem uma deficiência das grades curriculares atuais em prover ensino na área de DC⁴¹.

O estudo do grupo de pesquisa brasileiro que validou o IAD-versão profissionais, aplicou o questionário em profissionais que atuavam em centros de dor na cidade de São Paulo e não encontrou diferença significativa na análise de *clusters* por tempo de experiência. Os profissionais apresentaram crenças desejáveis para os domínios controle, emoção, dano e incapacidade⁴².

Quanto aos domínios cura e solicitude, os dados do presente estudo com profissionais do SUS se assemelham a um estudo anterior de especialistas em dor, ambos com crenças indesejáveis nesse constructo importante no manejo da DC, no qual uma demanda de mais atenção e mais cuidados em busca da cura podem gerar mais dependência, expectativas irreais e frustração do paciente com o tratamento^{42,43}.

Uma revisão sistemática sobre a influência das crenças no processo de cuidado da DC revelou que a busca pelo diagnóstico certo é uma preocupação de pacientes e profissionais generalistas da atenção primária e que o encaminhamento para outros exames e serviços é uma forma de prover melhor assistência, de ser acreditado e confiável. Os autores sugeriram que a incerteza dos profissionais, que cedem às exigências dos pacientes, fortalece a expectativa de que a dor pode ser curada, ao passo que poderiam fornecer um cuidado apoiado de autogerenciamento e controle da dor⁴³.

Ao contrário do modelo biomédico observado, a abordagem biopsicossocial tem sido recomendada pela ciência para o manejo da DC^{1,30}. Esse modelo de cuidado reconhece a influência de fatores psicológicos, emocionais e sociais no comportamento da dor e no

seu manejo^{11,12,18}. Em consonância com essa abordagem, os profissionais do SUS avaliados no presente estudo apresentaram crenças e atitudes desejáveis nos domínios controle da dor, emoção e dano. Resultado semelhante também foi mostrado em um estudo qualitativo com médicos e enfermeiros da atenção primária na Espanha. Muitos profissionais acreditam que fatores psicológicos como estresse, ansiedade e depressão podem perpetuar a dor lombar crônica, que o humor do paciente influencia a sua percepção da dor, assim como o ambiente familiar e o nível de sociabilidade²⁷.

O presente estudo evidenciou uma diferença significativa entre os profissionais com menor tempo de formação apenas no domínio controle, mantendo as mesmas crenças e atitudes nos outros domínios quando comparados com profissionais que se formaram há mais de 10 anos. Uma pesquisa semelhante realizada com fisioterapeutas do SUS evidenciou correlação positiva entre maior tempo de formação e orientação de tratamento biopsicossocial²⁹.

Essa deficiência na formação acadêmica e o predomínio do modelo biomédico puderam ser identificados em uma pesquisa realizada com estudantes brasileiros no último ano de graduação de quatro cursos da área da saúde, no qual apenas 41,67% das respostas sobre as primeiras escolhas terapêuticas para manejo da dor lombar crônica estavam de acordo com as diretrizes de melhores práticas⁴¹.

A literatura mostra que essa limitação de conhecimento e de treinamento para o manejo da dor também são reconhecidos como uma dificuldade pelos profissionais que atuam em diversos serviços de saúde^{4,19,20}. Esse problema repercute na qualidade do serviço prestado, principalmente na atenção primária, com dados de que até 40% dos pacientes atendidos em ambientes de cuidado de rotina não conseguem um alívio adequado da dor³⁶ e menos de 20% dos pacientes com DC recebem informações baseadas em evidências de seus médicos de família⁴⁴.

O guia produzido pela IASP para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos reconhece que a capacitação dos profissionais de saúde é o primeiro passo para melhoria do cuidado oferecido aos pacientes de DC nos países em desenvolvimento⁴⁵. O guia recomenda que os programas de capacitação devem procurar alinhar educação sobre dor e treinamento de competências interpessoais (*soft skills*) que favoreçam a implementação do manejo biopsicossocial da DC na prática clínica³¹.

Limitações

Este estudo apresenta como limitações a amostragem por conveniência e os instrumentos utilizados serem de autorrelato dos participantes. Para minimizar esses vieses, os questionários foram distribuídos a muitos profissionais da rede de atenção à saúde, com ampla cobertura do território municipal, além de serem acompanhados por um entrevistador com experiência em DC. Por outro lado, esta pesquisa apresenta o ponto forte de abranger equipes multidisciplinares de cuidados de saúde, incluindo profissionais da atenção primária, especialidades e atenção psicossocial.

Implicações para pesquisas futuras

Os dados do presente estudo permitem uma análise situacional de características dos profissionais de saúde para iniciar a implementação de um programa de educação continuada em DC no serviço de saúde pública. Essa formação deve estar alinhada com fatores con-

textuais do ambiente de cuidado e com as diretrizes de melhores práticas clínicas baseadas em evidências³¹.

As estratégias de implementação são adaptadas de acordo com seu contexto, sendo necessário o estudo diagnóstico de outros fatores como prontidão para mudança das equipes, cultura organizacional e recursos disponíveis no sistema⁴⁶. Também é importante a realização de pesquisas para acompanhar a eficácia da implementação com avaliação da aceitabilidade, adequação e sustentabilidade do programa de educação sobre dor para profissionais de saúde⁴⁶.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde não especialistas em dor que atuavam no serviço de saúde pública municipal apresentaram crenças indesejáveis a respeito da possibilidade de cura da dor e de comportamentos de solicitude, como o paciente receber mais ajuda e ser cuidado com mais atenção por terceiros. No entanto, apresentaram crenças desejáveis quanto à relação da gravidade da dor com dano tecidual e quanto à influência das emoções na intensidade, além da possibilidade de o paciente controlar a dor com técnicas de relaxamento.

Foi confirmada a hipótese de que as características dos profissionais influenciam as crenças e atitudes, pois o grupo da atenção primária apresentou crenças indesejáveis a respeito da incapacidade causada pela dor e da perspectiva de manter uma vida ativa. Já os profissionais com menos tempo de formação apresentaram crenças menos desejáveis para a possibilidade de controle da dor pelo paciente.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Secretaria Municipal de Saúde de Anchieta pela autorização da pesquisa e aos profissionais de saúde pela disponibilidade e contribuição com a proposta da pesquisa. Os autores também gostariam de agradecer ao Prof. Dr. Arthur de Sá Ferreira pela mentoria científica e auxílio na revisão dos dados.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Paula Torrezani Sales

Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Redação - Preparação do Original

Samira Tatiyama Miyamoto

Conceitualização, Metodologia, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

Valeria Valim

Conceitualização, Metodologia, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

REFERÊNCIAS

1. Treade RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, Finerup NB, First MB, Giamberardino MA, Kaasa S, Korwisi B, Kosek E, Lavand'homme P, Nicholas M, Perrot S, Scholz J, Schug S, Smith BH, Svensson P, Vlaeyen JWS, Wang SJ. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19-27.
2. Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, Richardson C, Rief W, Treade RD; IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: applicability in primary care. *Pain*. 2019;160(1):83-7.
3. Foley HE, Knight JC, Ploughman M, Asghari S, Audas R. Association of chronic pain with comorbidities and health care utilization: a retrospective cohort study using health administrative data. *Pain*. 2021;162(11):2737-49.
4. Johnson M, Collett B, Castro-Lopes JM. The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey. *J Pain Res*. 2013;22;6:393-401.
5. Smith BH, Hardman JD, Stein A, Colvin L. Managing chronic pain in the non-specialist setting: a new SIGN guideline. *Br J Gen Pract*. 2014;64(624):e462-4.
6. Ministério da Saúde. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>.
7. Santiago BVM, Oliveira ABG, Silva GMRD, Silva MFD, Bergamo PE, Parise M, Vilela NR. Prevalence of chronic pain in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Clinics (Sao Paulo)*. 2023;78:100209.
8. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and management of chronic pain in primary care: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(2):22.
9. Santos PW, Baptista AF, Santos TC, Hazime FA. Clinical profile of pain in post-COVID-19 patients: systematic review. *BrJP*. 2023;6(2):179-84.
10. Soares FHC, Kubota GT, Fernandes AM, Hojo B, Couras C, Costa BV, Lapa JDDS, Braga LM, Almeida MM, Cunha PHMD, Pereira VHH, Moraes ADS, Teixeira MJ, Ciampi de Andrade D. "Pain in the Pandemic Initiative Collaborators". Prevalence and characteristics of new-onset pain in COVID-19 survivors, a controlled study. *Eur J Pain*. 2021;25(6):1342-54.
11. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. 2021; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>.
12. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of chronic pain: A national clinical guideline [Internet]. Edinburgh; 2013. Available from: https://www.sign.ac.uk/media/2097/sign136_2019.pdf.
13. Brasil. Portaria no 1.083, de 2 de outubro de 2012., Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica [Internet]. 2012 [cited 2023 Nov 30]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html.
14. Brasil. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.
15. Moseley GL, Butler DS. Fifteen years of explaining pain: the past, present, and future. *J Pain*. 2015;16(9):807-13.
16. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):332-55.
17. Nijs J, Roussel N, Paul van Wilgen C, Köke A, Smeets R. Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Man Ther*. 2013;18(2):96-102.
18. World Health Organization (WHO). Guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Geneva; 2023.
19. Ng W, Slater H, Starcevic C, Wright A, Mitchell T, Beales D. Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Pain*. 2021;162(8):2154-85.
20. Slade SC, Kent P, Patel S, Bucknall T, Buchbinder R. Barriers to Primary Care Clinician Adherence to Clinical Guidelines for the management of low back pain. *Clin J Pain*. 2016;32(9):800-16.
21. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hübscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother*. 2017;63(3):132-43.
22. Darlow B, Fullen BM, Dean S, Hurley DA, Baxter GD, Dowell A. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain*. 2012;16(1):3-17.
23. Wright LM, Watson WL, Bell JM. Beliefs: many lenses, many explanations. In: *Beliefs: the heart of healing in families and illness*. 1st Ed. New York: Basic Books; 1996. 19-43p.
24. Ajzen I. Nature and operation of attitudes. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):27-58.
25. Ferreira LS, Silva MPM, Saragiotto BT, Magalhães MO. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic nonspecific low back pain and its impact on clinical decision-making: An Online Survey Study. *Musculoskelet Sci Pract*. 2023;67:102832.
26. Simmonds MJ, Derghazarian T, Vlaeyen JWS. Physiotherapists' knowledge, attitudes, and intolerance of uncertainty influence decision making in low back pain. *Clin J Pain*. 2012;28(6):467-74.
27. García-Martínez E, Soler-González J, Blanco-Blanco J, Rubí-Carnacea F, Masbarnat-Almenara M, Valenzuela-Pascual F. Misbeliefs about non-specific low back pain and attitudes towards treatment by primary care providers in Spain: a qualitative study. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):9.
28. Bishop A, Thomas E, Foster NE. Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. *Pain*. 2007;132(1):91-101.
29. Desconsi MB, Bartz PT, Fiegenbaum TR, Candotti CT, Vieira A. Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. *Fisioter Pesqui*. 2019;26(1):15-21.
30. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working

- Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391(10137):2368-83.
31. Devonshire E, Nicholas MK. Continuing education in pain management: using a competency framework to guide professional development. *Pain Rep*. 2018;3(5):e688.
 32. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for Reporting Observational Studies. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):573.
 33. Garcia DM, Pimenta CAM, Cruz DALM. Validação do Inventário de Atitudes frente à Dor Crônica - profissionais. *Rev da Esc Enferm USP*. 2007;41(4):636-44.
 34. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37-43.
 35. Brasil. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras p [Internet]. Brasília; 2011 [cited 2023 Dec 7]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
 36. Leverence RR, Williams RL, Potter M, Fernald D, Unverzagt M, Pace W, et al. Chronic Non-Cancer Pain: A Siren for Primary Care - A Report From the PRImary care MultiEthnic Network (PRIME Net). *J Am Board Fam Med [Internet]*. 2011 Sep 1;24(5):551-61. Available from: <http://www.ja> Leverence RR, Williams RL, Potter M, Fernald D, Unverzagt M, Pace W, Parnes B, Daniels E, Skipper B, Volk RJ, Brown AE, Rhyne RL; PRIME Net Clinicians. Chronic non-cancer pain: a siren for primary care--a report from the PRImary Care MultiEthnic Network (PRIME Net). *J Am Board Fam Med*. 2011;24(5):551-61.
 37. Bartley EJ, Boissoneault J, Vargovich AM, Wandner LD, Hirsh AT, Lok BC, Heft MW, Robinson ME. The influence of health care professional characteristics on pain management decisions. *Pain Med*. 2015;16(1):99-111.
 38. Brown CA, Richardson C. Nurses' in the multi-professional pain team: a study of attitudes, beliefs and treatment endorsements. *Eur J Pain*. 2006;10(1):13-22.
 39. Sit RW, Yip BH, Chan DC, Wong SY. Primary care physicians' attitudes and beliefs towards chronic low back pain: an Asian study. *PLoS One*. 2015 Jan 30;10(1):e0117521.
 40. Petit A, Begue C, Richard I, Roquelaure Y. Factors influencing physiotherapists' attitudes and beliefs toward chronic low back pain: Impact of a care network belonging. *Physiother Theory Pract*. 2019;35(5):437-43.
 41. de Jesus-Moraleida FR, Carvalho Arruda Barreto M, de Castro Lima JK, Meziat-Filho N, Lima Nunes AC. The challenging scenario of beliefs and attitudes toward chronic low back pain among final year undergraduate students: a cross-sectional investigation. *Musculoskelet Sci Pract*. 2021;53:102375.
 42. Garcia DM, Mattos-Pimenta CA. Pain centers professionals' beliefs on non-cancer chronic pain. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008;66(2A):221-8.
 43. Parsons S, Breen A, Foster NE, Letley L, Pincus T, Vogel S, Underwood M. Prevalence and comparative troublesomeness by age of musculoskeletal pain in different body locations. *Fam Pract*. 2007 Sep;24(4):308-16.
 44. Kamper SJ, Logan G, Copsey B, Thompson J, Machado GC, Abdel-Shaheed C, Williams CM, Maher CG, Hall AM. What is usual care for low back pain? A systematic review of health care provided to patients with low back pain in family practice and emergency departments. *Pain*. 2020;161(4):694-702.
 45. Kopf A, Patel NB. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos [Internet]. 1st ed. Third EAGE Eastern Africa Petroleum Geoscience Forum. International Association for the Study of Pain; 2017. 418p. Available from: <https://ebooks.iasp-pain.org/4qp0t9/82>
 46. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;7;4:50.