



MODELO BIOMÉDICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A GESTÃO DA DOR LOMBAR

BIOMEDICAL MODEL IN PRIMARY HEALTH CARE AND MANAGEMENT OF LOW BACK PAIN

MODELO BIOMÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y MANEJO DEL DOLOR LUMBAR

 <https://doi.org/10.56238/levv16n50-073>

Data de submissão: 25/06/2025

Data de publicação: 25/07/2025

Josilene de Souza da Conceição Kaminski

Doutora em Administração e Gestão em Saúde

Instituição: Universidad Columbia del Paraguay

E-mail: josilenesouzaconceicao@gmail.com

Aline dos Santos Moreira de Carvalho

Doutora em Ciências da Educação

Instituição: Universidad Columbia del Paraguay

E-mail: bioaline2017@yahoo.com

Paloma Martins Mendonça

Doutora em Biodiversidade e Saúde

Instituição: Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Endereço: Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: prof.paloma.martins@gmail.com

RESUMO

Introdução: As atitudes e crenças dos profissionais de saúde devem ser consideradas como elementos que podem influenciar na exacerbação e perpetuação da dor lombar. Os profissionais de saúde podem adotar dois tipos de modelos de tratamento, o biomédico e o biopsicossocial. **Objetivo:** Avaliar as atitudes e crenças dos médicos da Atenção Primária à Saúde dos municípios que compõem a Associação dos Municípios do Entre Rios de Santa Catarina (AMERIOS/SC) em relação a dor lombar. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, delimitada às unidades de saúde dos dezessete municípios que compõem a AMERIOS/SC. Foram aplicados aos médicos dois questionários, o Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS) e o Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS.PT). **Resultados:** Obteve-se por meio do questionário PABS.PT a média de 26,47 ($\pm 6,95$) na orientação biomédica. Na orientação biopsicossocial, a média foi de 24,57 ($\pm 4,88$). Houve predominância da orientação biomédica após a análise dos dados. **Conclusão:** A maioria dos médicos da Atenção Primária à Saúde dos municípios que compõem a AMERIOS/SC apresenta predominância da orientação biomédica no manejo da dor lombar.

Palavras-chave: Dor Lombar. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Atitude. Crenças de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The attitudes and beliefs of health professionals should be considered as elements that can influence the exacerbation and perpetuation of low back pain. Health professionals can adopt two types of treatment models, the biomedical and the biopsychosocial. **Objective:** To evaluate the attitudes and beliefs of primary health care physicians in the municipalities that make up the Association of Municipalities of Entre Ríos de Santa Catarina (AMERIOS/SC) regarding low back pain. **Methodology:** This is an exploratory field study, limited to health units in the seventeen municipalities that make up AMERIOS/SC. Two questionnaires were applied to the physicians, the Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS) and the Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS.PT). **Results:** The mean score of 26.47 (± 6.95) in biomedical orientation was obtained through the PABS.PT questionnaire. In biopsychosocial orientation, the average was 24.57 (± 4.88). There was a predominance of biomedical orientation after data analysis. **Conclusion:** Most Primary Health Care physicians in the municipalities that make up AMERIOS/SC present a predominance of biomedical orientation in the management of low back pain.

Keywords: Low Back Pain. Primary Health Care. Unified Health System. Attitude. Health Beliefs.

RESUMEN

Introducción: Las actitudes y creencias de los profesionales de la salud deben ser consideradas como elementos que pueden influenciar la exacerbación y perpetuación del dolor lumbar. Los profesionales de la salud pueden adoptar dos tipos de modelos de tratamiento, el biomédico y el biopsicosocial. **Objetivo:** Evaluar las actitudes y creencias de los médicos de atención primaria de salud en los municipios que componen la Asociación de Municipios de Entre Ríos de Santa Catarina (AMERIOS/SC) con respecto al dolor lumbar. **Metodología:** Se trata de un estudio de campo exploratorio, limitado a las unidades de salud en los diecisiete municipios que componen AMERIOS/SC. Se aplicaron dos cuestionarios a los médicos, la Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale (HC-PAIRS) y la Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapy (PABS.PT). **Resultados:** La puntuación media de 26,47 ($\pm 6,95$) en orientación biomédica se obtuvo a través del cuestionario PABS.PT. En orientación biopsicosocial, la media fue de 24,57 ($\pm 4,88$). Tras el análisis de datos, se observó un predominio de la orientación biomédica. **Conclusión:** La mayoría de los médicos de Atención Primaria de Salud en los municipios que conforman AMERIOS/SC presentan un predominio de la orientación biomédica en el manejo del dolor lumbar.

Palabras clave: Dolor Lumbar. Atención Primaria de Salud. Sistema Único de Salud. Actitud. Creencias en Salud.

1 INTRODUÇÃO

Atitudes e crenças são conceitos distintos, porém, frequentemente inter-relacionados. As atitudes são preditoras do comportamento, integra pensamentos e sentimentos que influenciam diretamente as ações de um indivíduo (FISHBEIN; AJZEN, 1975). Por outro lado, as crenças influenciam o comportamento, mas são distintas das atitudes, pois não incluem componentes afetivos e comportamentais inerentes às atitudes. As atitudes podem ser vistas como uma aplicação prática e emocional das crenças (BANDURA, 1986).

Na Atenção Primária à Saúde, as atitudes e crenças dos profissionais de saúde devem ser consideradas como elementos que podem influenciar na exacerbação e perpetuação da dor, incluindo a dor lombar (DARLOW; FULLEN; DEAN; HURLEY *et al.*, 2012; PINCUS; KENT; BRONFORT; LOISEL *et al.*, 2013).

De maneira geral, os profissionais de saúde podem adotar dois tipos de modelos ou orientações de tratamento, os quais podem resultar em diferentes atitudes em relação aos seus pacientes, incluindo aqueles com dor lombar, o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial (Houben; OSTELO; VLAEYEN; WOLTERS *et al.*, 2005).

O modelo biomecânico baseia-se na teoria de que a dor e a incapacidade são exclusivamente resultantes de alterações estruturais e/ou funcionais na coluna vertebral e/ou em regiões adjacentes (Houben; OSTELO; VLAEYEN; WOLTERS *et al.*, 2005). Sendo assim, o papel do profissional de saúde que segue o modelo biomédico consiste em reparar a disfunção estrutural e/ou funcional do corpo, que é compreendida como um desvio da normalidade (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Profissionais de saúde que adotam o modelo biomédico tendem a relacionar o movimento à piora dos sintomas, sugerindo assim, a restrição de atividades diárias e de trabalho ou indicação de repouso e afastamento do trabalho por tempo prolongado, indicação de tratamentos passivos e pedidos de exame de imagem, muitas vezes desnecessários (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008; DARLOW; FULLEN; DEAN; HURLEY *et al.*, 2012). A adoção do modelo biomédico pelos profissionais de saúde pode impactar sobre as atitudes e crenças dos pacientes, podendo contribuir para quadros de catastrofização, hipervigilância e cinesifobia, ocasionando assim, importantes níveis de incapacidade e cronicidade (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008; DARLOW; FULLEN; DEAN; HURLEY *et al.*, 2012; DOMENECH; SÁNCHEZ-ZURIAGA; SEGURA-ORTÍ; ESPEJO-TORT *et al.*, 2011).

O modelo biomédico desconsidera a multidimensionalidade da dor, não incorpora fatores sociais, psicológicos e comportamentais que podem influenciar na incapacidade do indivíduo, estes aspectos são analisados no modelo biopsicossocial (Houben; OSTELO; VLAEYEN; WOLTERS *et al.*, 2005). Considerando que cerca de 95% das causas da dor lombar não apresentam uma etiologia específica, sugere-se que fatores externos podem estar influenciando a condição do paciente, os quais

são abordados no modelo biopsicossocial (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT *et al.*, 2006).

No modelo ou orientação biopsicossocial, também denominado de comportamental, a dor não é explicada somente pela lesão ou dano tecidual (fatores biológicos), mas também por fatores psicológicos e sociais (Houben; OSTELO; VLAEYEN; WOLTERS *et al.*, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (NUBILA, 2010), que segue os princípios do modelo biopsicossocial. A CIF favorece uma visão mais ampla das diversas perspectivas da saúde, abrangendo integralmente suas várias dimensões, como a biológica, a individual e a social (NUBILA, 2010; SAMPAIO; LUZ, 2009). No entanto, atualmente, no âmbito da saúde pública, as unidades de atenção primária à saúde utilizam a Classificação Internacional de Atenção Primária - segunda edição (CIAP2) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e não o CIF, favorecendo assim, a não adoção do modelo biopsicossocial na Atenção Primária à Saúde.

Profissionais de saúde que adotam o modelo biopsicossocial como um guia de tratamento tendem a encorajar seus pacientes com dor lombar a se manterem ativos, a retornarem precocemente ao trabalho e não recomendam o repouso absoluto, mesmo na presença da dor (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008). O tratamento da dor lombar seguindo os princípios deste modelo é fundamentado na Terapia Cognitivo Biopsicossocial/Comportamental, a qual é recomendada tanto por diretrizes europeias (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT *et al.*, 2006) quanto pela Sociedade Americana da Dor (CHOU; QASEEM; SNOW; CASEY *et al.*, 2007) e apresenta bons níveis de custo-efetividade (LIN; HAAS; MAHER; MACHADO *et al.*, 2011).

Sendo assim, este estudo objetivou avaliar às atitudes e crenças dos médicos da Atenção Primária à Saúde dos municípios que compõem a Associação dos Municípios do Entre Rios de Santa Catarina (AMERIOS/SC) em relação à dor lombar.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo exploratória, com delineamento transversal de abordagem descritiva, qualitativo e método estudo de caso.

2.2 LOCAL DA PESQUISA

O lócus da pesquisa compreendeu todas as UBS dos 17 municípios que compõem a AMERIOS/SC, a saber: Bom Jesus do Oeste, Caibi, Campo Erê, Cunha Porã, Cunhataí, Flor do Sertão, Iraceminha, Maravilha, Modelo, Palmitos, Riqueza, Romelândia, Saltinho, Santa Terezinha do

Progresso, São Miguel da Boa Vista, Saudades e Tigrinhos. Esses municípios abrangem 26 UBS e 46 ESF, totalizando 114.935 habitantes (IBGE, 2023).

2.3 UNIVERSO E POPULAÇÃO

Todos os profissionais médicos, que se encaixem nos critérios de inclusão foram convidados para participar desta pesquisa.

2.4 AMOSTRA

2.4.1 Critérios de Inclusão

Médicos generalistas e clínicos gerais habilitados, médicos especializados em Medicina e/ou Saúde de Família/Comunidade, bem como especializados em traumatologia e ortopedia, que atendem pacientes com dor lombar nas unidades de saúde da AMERIOS/SC. Esses profissionais deveriam atender pelo menos um paciente com dor lombar por semana e estar trabalhando na atenção primária à saúde há pelo menos seis meses. Ainda deveriam ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

2.4.2 Critérios de Exclusão

Médicos de outras especialidades (pediatras, ginecologistas, neurologistas, dentre outras) que trabalham nas unidades de saúdenos municípios que compõem a AMERIOS/SC.

2.5 INSTRUMENTOS

Foram aplicados dois questionários de autopercepção: 1) Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists/Escala de Atitudes e Crenças da Dor para Fisioterapeutas (PABS.PT - Brasil) e 2) Health Care Providers' Pain and Impairment Relationship Scale/Escala de Relação entre Dor e Incapacidade para Profissionais de Saúde (HC-PAIRS). Tais questionários foram traduzidos e adaptados ao português e apresenta propriedades clínicas testadas e confirmadas (MAGALHÃES; COSTA; FERREIRA; MACHADO, 2011).

A PABS.PT foi desenvolvida e validada como um instrumento auto aplicado para avaliar a orientação do tratamento, biomédico ou biopsicossocial/comportamental, em relação à dor lombar inespecífica (OSTELO; STOMP-VAN DEN BERG; VLAEYEN; WOLTERS et al., 2003). Este questionário é composto por 19 questões divididas em dois domínios: orientação biomédica (composto pelas questões de 1 a 10) e orientação biopsicossocial (composto pelas questões de 11 a 19), sendo que cada escore varia de 0 a 50 e de 0 a 45 pontos, respectivamente. Cada item é computado através de Escala Likert de seis pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Uma alta pontuação em um dos domínios indica a predominância de uma orientação profissional relacionada

mais à orientação biomédica ou à biopsicossocial (MAGALHÃES; COSTA; FERREIRA; MACHADO, 2011). Uma alta pontuação na orientação biomédica representa uma forte convicção na relação entre dor e dano tecidual, enquanto uma alta pontuação na orientação biopsicossocial indica uma crença na influência de fatores psicológicos e sociais, bem como biológicos, na dor lombar (Houben; OSTELO; VLAEYEN; WOLTERS et al., 2005).

A HC-PAIRS foi desenvolvida a partir da Pain and Impairment Relationship Scale (PAIRS), originalmente criada para avaliar as atitudes e crenças de pacientes com dor lombar crônica (RILEY; AHERN; FOLICK, 1988). No Brasil, a versão em português da HC-PAIRS foi traduzida e adaptada transculturalmente, apresentando propriedades clínicas aceitáveis (MAGALHÃES; COSTA; FERREIRA; MACHADO, 2011). A HC-PAIRS consiste em quinze itens. Os itens são classificados de acordo com uma escala Likert de sete pontos, que varia de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. A pontuação total da HC-PAIRS varia de 0 a 90 pontos, sendo que pontuações mais altas indicam crenças mais fortes na relação entre dor lombar crônica e incapacidade e, baixas pontuações representando baixa crença nessa relação (MAGALHÃES; COSTA; CABRAL; MACHADO, 2012).

Dados demográficos e profissionais também foram coletados.

2.6 COLETA DE DADOS

Inicialmente obteve-se autorização do Coordenador Técnico-Administrativo da AMERIOS/SC e secretários de saúde dos municípios que compõem a AMERIOS/SC. Após o consentimento da realização desta pesquisa, o projeto foi encaminhado para a Plataforma Brasil para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa foram agendadas visitas as Unidades Básicas de Saúde, a fim de explicar a pesquisa aos médicos, os objetivos, processos, instrumentos de análise e medida, tempo de aplicação, assim como combinar datas e horários adequados para a aplicação dos instrumentos de pesquisa e coleta de demais dados. Os profissionais que aceitaram participar deste projeto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam a ficha de identificação (dados demográficos e profissionais) e os instrumentos de análise e medida (questionários PABS.PT – Brasil e HC-PAIRS).

A coleta de dados teve uma duração média de 15 minutos com cada profissional, e foi realizada nas UBS que o participante trabalhava.

Foi explicado aos participantes da pesquisa sobre o preenchimento dos questionários PABS.PT e HC-PAIRS. Foi enfatizado que o questionário PABS.PT é sobre dor lombar crônica inespecífica, ou seja, não apresenta causas conhecidas, como resultantes de uma síndrome radicular, síndrome da cauda equina, fraturas, infecções, inflamação, tumor ou metástase na lombar.

2.6.1 Análise da Coleta de Dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão da média, valores mínimos e máximos, frequências e proporções expressas como porcentagens), e incluíram: ficha de identificação contendo dados demográficos e profissionais, e, pontuações dos questionários PABS.PT e HC-PAIRS.

No questionário PABS.PT, cada médico avaliado recebeu duas pontuações, uma para a orientação biomédica e outra para a orientação biopsicossocial, de acordo com a soma da pontuação nas questões de cada um dos domínios. Uma alta pontuação em um dos domínios indica a predominância de uma orientação profissional relacionada mais à orientação biomédica ou à biopsicossocial (MAGALHÃES; COSTA; FERREIRA; MACHADO, 2011). As pontuações do PABS.PT foram calculadas de acordo com os métodos descritos por seus desenvolvedores, ou seja, soma dos itens em cada subescala (OSTELO; STOMP-VAN DEN BERG; VLAHEYEN; WOLTERS et al., 2003). Se a pontuação final na orientação biomédica do PABS.PT for elevada, representa uma forte crença na relação entre dor e dano tecidual; em contraste, uma pontuação elevada na orientação biopsicossocial indica a convicção de que existe uma influência psicológica e de fatores sociais, bem como fatores biológicos na dor lombar (MAGALHÃES; COSTA; FERREIRA; MACHADO, 2011).

No entanto, o questionário PABS.PT não possui ponto de corte, nem resposta certa ou errada, e, existe uma diferença no número de questões em cada orientação do questionário PABS.PT (escala biomédica, itens 1-10 e pontuação varia de 0 a 50; escala biopsicossocial, itens 11-19 e pontuação varia de 0 a 45 pontos). Cada um dos 19 itens é computado por Escala Likert de 6 pontos (de 0 a 5 pontos).

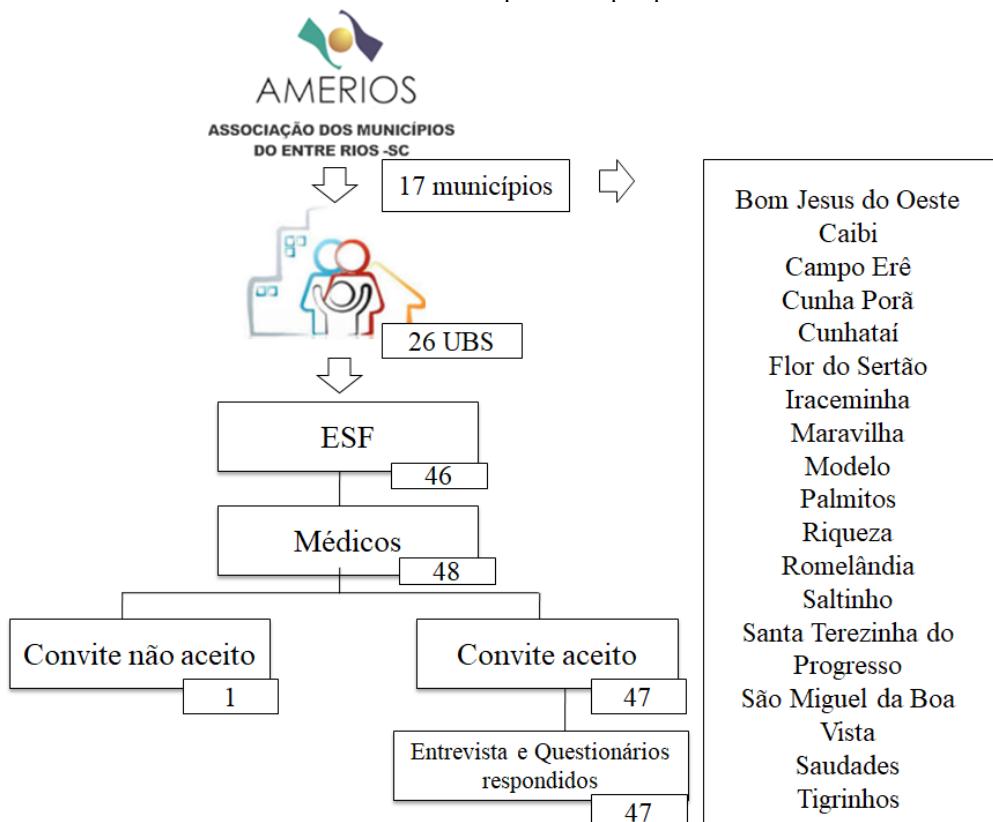
Assim, para classificar os profissionais entrevistados dentro de um perfil mais voltado para a orientação biomédica ou biopsicossocial, foi calculado o valor médio das questões em cada escala e, posteriormente, o valor médio da escala comportamental foi subtraído do valor médio da escala biomédica. Resultados positivos foram categorizados como predominância da orientação biomédica e resultados negativos como predominância de orientação biopsicossocial. Esta forma de análise já foi utilizada em estudo anterior (DESCONSI; BARTZ; FIEGENBAUM; CANDOTTI et al., 2019).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o Parecer nº 6.006.190.

2.7 RESULTADOS

Esta pesquisa envolveu 17 municípios que compõem a AMERIOS/SC. Totalizou 26 UBS, que continham 46 ESF e 48 médicos, conforme Figura 1.

FIGURA 1 - Participantes da pesquisa



Fonte: próprio autor

2.8 DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS DOS PARTICIPANTES

Um total de 48 médicos foram convidados para participar deste estudo, destes 47 aceitaram o convite, contemplaram os critérios de inclusão, participaram da entrevista e responderam os questionários de análise e medida. Figura 1.

A Tabela 1 lista as principais características demográficas e profissionais dos participantes deste estudo. A idade dos participantes variou de 24 a 72 anos, média de 37,89 ($\pm 11,37$) anos, 33 (70,21%) médicos eram do gênero masculino e 14 (29,78%) do gênero feminino. A maior parte dos médicos havia cursado a graduação de medicina em universidade privada ($n=28$; $p=59,57\%$) e não possuíam especialização ($n= 29$; $p= 61,70\%$). A maioria era médico generalista ($n=37$; $p=78,72\%$). Dentre os médicos que possuíam especialização, a maioria eram especializados em Medicina/Saúde de Família/Comunidade/Pública ($n=9$; $p=19,15\%$). Apenas um médico possuía mestrado e nenhum doutorado.

Esta pesquisa teve a participação de cinco (10,64%) médicos oriundos do Programa Mais Médicos, destes dois eram cubanos e três brasileiros, ainda dois (4,25%) médicos brasileiros eram do Programa Médicos pelo Brasil.

Em relação ao tempo de formado 25 (53,19%) médicos estavam formados de 6 meses a 5 anos, 7 (14,89%) estavam formados entre 6 e 10 anos, 10 (21,28%) entre 11 e 20 anos, 1 (2,12%) entre 21 e 30 anos e 4 (8,51%) acima de 31 anos.

Do total entrevistado, 28 (59,57%) médicos estavam atuando na atenção primária à saúde de seis meses a 5 anos, 7 (14,89%) atuavam de 6 a 10 anos, 8 (17,02%) atuavam de 11 a 20 anos, 2 (4,25%) de 21 a 30 anos e dois (4,25%) acima de 31 anos. Trinta e três (70,21%) médicos não atuavam em clínicas e consultórios além da atuação na UBS. Dos que atuavam em clínicas e consultórios, 5 (10,64%) atuavam de seis meses a cinco anos.

Quanto a atuação em hospitais, 37 (78,72%) médicos trabalhavam ou já trabalharam em hospitais além de atuar na UBS. Destes, 28 (59,57%) atuaram ou atuam de 6 meses a 5 anos.

Do total, 38 (80,85%) médicos trabalhavam 40 horas na UBS. O quantitativo de atendimentos de pacientes com dor lombar por semana pelos médicos foi relatado ser de 5 a 115 pacientes, média de 29,53 ($\pm 20,74$). Ainda, 35 (74,46%) médicos relataram que atendiam até 30 pacientes com dor lombar por semana na unidade básica de saúde.

TABELA 1 - Caracterização demográfica e profissional dos participantes da pesquisa (n=47; distribuição de frequência relativa %).

Variáveis	Categorias	n.	Frequência relativa %
Gênero	Masculino	33	70,21
	Feminino	14	29,78
Universidade de Formação	Pública	18	38,30
	Privada	28	59,57
Qualificações acadêmicas	Comunitárias	1	2,13
	Não	29	61,7
Tempo de Formado	Especialização	18	38,3
	MSFCP	9	19,15
Tempo de atuação na atenção primária à saúde	Não	46	97,87
	Sim	1	2,13
Especialidade de atuação na UBS	Doutorado	47	100
	6 meses a 5 anos	25	53,19
Quantas horas trabalha/semana – UBS	6 a 10 anos	7	14,89
	11 a 20 anos	10	21,28
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	21 a 30 anos	1	2,12
	acima de 31 anos	4	8,51
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	6 meses a 5 anos	28	59,57
	6 a 10 anos	7	14,89
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	11 a 20 anos	8	17,02
	21 a 30 anos	2	4,25
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	acima de 31 anos	2	4,25
	Generalista	37	78,72
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	Médico da Família	9	19,15
	Clínico Geral	1	2,13
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	40 horas	38	80,85
	36 horas	3	6,38
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	35 horas	1	2,13
	30 horas	3	6,38
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	20 horas	2	4,25
	1-30 pacientes	35	74,46
Quantidade de pacientes com dor lombar atende/semana – UBS	31 a 60 pacientes	11	24,44
	acima de 61 pacientes	1	2,13

Fonte: próprio autor

MSFCP = Medicina/Saúde de Família/Comunidade/Pública

UBS = Unidade Básica de Saúde

2.9 ATITUDES E CRENÇAS DOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM RELAÇÃO À DOR LOMBAR

A Tabela 2 traz os resultados obtidos com os questionários PABS.PT e HC-PAIRS.

Obteve-se por meio do questionário PABS.PT a média de 26,47 ($\pm 6,95$) na orientação biomédica, que corresponde a 52,94% da pontuação máxima nesta orientação do questionário, a qual pode variar de 0 a 50 pontos. A pontuação mínima foi 10 e a máxima 44 nessa orientação. Na orientação biopsicossocial, a média foi de 24,57 ($\pm 4,88$), a qual corresponde a 54,60% da pontuação máxima nesta orientação do questionário que varia de 0 a 45. A pontuação mínima foi 16 e a máxima 35 nessa orientação. Houve predominância da orientação biomédica após análise dos dados.

Obteve-se por meio do questionário HC-PAIRS a média de 44,06 ($\pm 9,80$), que corresponde a 48,95% da pontuação máxima do questionário, a qual pode variar de 0 a 90 pontos. A pontuação mínima foi 26 e a máxima 65 nessa orientação.

TABELA 2 - Pontuações médias dos questionários PABS.PT e HC-PAIRS.

Variáveis	Min e Max	Média (DP)	Porcentagem
PABS.PT biomédica (0-50)	10 - 44	26,47 (6,95)	52,94%
PABS.PT biopsicossocial (0-45)	16 - 35	24,57 (4,88)	54,60%
HC-PAIRS (0-90)	26 - 65	44,06 (9,80)	48,95%

Fonte: próprio autor
 Min: mínimo
 Max: máximo
 DP: desvio padrão

3 DISCUSSÃO

As pontuações nas duas escalas (PABS.PT e HC-PAIRS) utilizadas no presente estudo foram muito próximas dos seus valores médios, apresentando, em uma análise percentual, médias próximas à metade da pontuação máxima.

Tal resultado pode indicar uma incerteza dos médicos entrevistados quanto à sua orientação de tratamento, isto é, biomédica ou biopsicossocial, no tratamento de pacientes com dor lombar crônica. Resultado similar, com pontuação próxima aos valores médios obtidos nos questionários citados acima, também foi encontrado em outro estudo, onde se obteve escore médio de 27,06 (DP: 7,19) na orientação biomédica, 24,34 (DP: 6,31) na orientação biopsicossocial e 45,45 (DP: 10,45) no HC-PAIRS (MAGALHÃES; COSTA; CABRAL; MACHADO, 2012).

Apesar das pontuações nas duas orientações da escala PABS.PT terem sido próximas dos seus valores médios, 26,47 ($\pm 6,95$) na orientação biomédica e 24,57 ($\pm 4,88$) na orientação biopsicossocial, houve uma maior predominância da orientação biomédica. A maior pontuação na orientação biomédica obtida neste estudo, mesmo que a proporção não tenha sido tão alta, indica que a maioria

dos médicos da atenção primária à saúde da AMERIOS/SC apresentam maior convicção na relação entre dor e dano tecidual na dor lombar.

Profissionais de saúde que adotam o modelo biomédico demonstram um maior interesse nos componentes biológicos, fisiológicos e biomecânicos envolvidos na dor, incluindo a dor lombar, bem como na forma como esses fatores podem influenciar os níveis de incapacidade ou limitação funcional desses pacientes (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Resultados similares aos apresentados neste estudo em relação a maior pontuação na orientação biomédica também foram evidenciados em outras pesquisas, porém a maioria envolveu fisioterapeutas e não médicos. Estudo envolvendo médicos da República da Irlanda obteve pontuação biomédica de 38,8 ($\pm 7,7$) e biopsicossocial de 16,3 ($\pm 3,1$) (FULLEN; BAXTER; DOODY; DALY et al., 2011). Estudo envolvendo estudantes de fisioterapia do primeiro e último ano no Brasil obteve pontuações no domínio biomédico do PABS-PT de 32,1 ($\pm 5,1$) e 32,7 ($\pm 6,6$), respectivamente (GOMES; DE SÁ FERREIRA; REIS; DE JESUS-MORALEIDA et al., 2020). Ainda, em outro estudo, envolvendo fisioterapeutas que trabalhavam em serviços privados e públicos em Quebec no Canadá, obteve-se pontuações médias na orientação biomédica de 32,0 (DP 6,2) e 29,2 (DP 7,3; $p < 0,05$) na orientação biopsicossocial (DERGHAZARIAN; SIMMONDS, 2011).

Darlow et al. (DARLOW; FULLEN; DEAN; HURLEY et al., 2012), em uma revisão sistemática, analisaram 17 estudos que investigaram atitudes e crenças de profissionais de saúde, incluindo clínicos gerais, fisioterapeutas, quiropratas, ortopedistas, dentre outros. Os estudos evidenciaram que os profissionais de saúde com um perfil mais voltado para a orientação biomédica, possuem uma forte crença em relação ao medo de se movimentar e são mais propensos a aconselhar os pacientes a limitarem as atividades e trabalho. Esses profissionais têm muito menos probabilidade de aderir às Diretrizes de Prática Clínica do que aqueles que adotam a orientação biopsicossocial (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008). Sendo assim, as atitudes e crenças em relação à dor lombar, focada na orientação biomédica, não estão alinhadas com as abordagens recomendadas pelas Diretrizes de Prática Clínica da dor lombar (FOSTER; ANEMA; CHERKIN; CHOU et al., 2018).

As crenças e atitudes dos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde sobre a dor lombar desempenham um papel crucial na gestão desse recorrente sintoma, influenciando, por exemplo, nas suas decisões de encaminhamento e solicitação de exames de imagem (PINCUS; KENT; BRONFORT; LOISEL et al., 2013).

Os princípios do modelo biomédico fundamentam-se na abordagem proposta por René Descartes, que se concentra exclusivamente na avaliação dos sinais e sintomas da patologia. A incapacidade passa a ser entendida como um produto de um dano biológico ou de uma lesão tecidual, o que ocasiona algum tipo de comprometimento ao indivíduo, manifestando-se em forma de dor e limitações funcionais. Nesse contexto, a intensidade da dor está diretamente associada à extensão da

lesão tecidual, assim, existe a crença de que o dano é proporcional à lesão (GEORGE; BIALOSKY; FRITZ, 2004).

Sendo assim, pacientes que acreditam que o movimento corporal leva à piora da dor, apresentam maior risco de persistência dos sintomas e maiores níveis de incapacidade (COUDEYRE; TUBACH; RANNOU; BARON et al., 2007; THOMAS; PERS; MERCIER; CAMBIERE et al., 2010; URQUHART; BELL; CICUTTINI; CUI et al., 2008).

As atitudes e crenças dos profissionais de saúde estão intimamente associadas à sua tomada de decisão clínica. Por exemplo, profissionais de saúde com uma forte orientação biomédica tendem a prescrever mais exames de imagem para busca de causas específicas da dor lombar crônica e encorajar os pacientes a descansarem e se afastarem do trabalho na tentativa de reduzir danos teciduais (DARLOW; FULLEN; DEAN; HURLEY et al., 2012). Esse perfil de profissional tende a relacionar o movimento corporal à piora dos sintomas e, por isso, sugerem a restrição de atividades diárias ou de trabalho para os seus pacientes, o que está associado com importantes níveis de cronicidade dos sintomas (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008).

As atitudes e crenças dos médicos podem influenciar as atitudes e crenças dos próprios pacientes e, assim, contribuir para um prognóstico desfavorável. Pacientes que acreditam que o movimento leva à piora da dor apresentam maior risco de persistência dos sintomas e maiores níveis de incapacidade (COUDEYRE; TUBACH; RANNOU; BARON et al., 2007; URQUHART; BELL; CICUTTINI; CUI et al., 2008).

As diretrizes para o tratamento da dor lombar incentivam os profissionais de saúde a aconselhar os pacientes a permanecerem ativos, evitarem repouso absoluto e a manterem suas atividades de trabalho (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008; VAN TULDER; BECKER; BEKKERING; BREEN et al., 2006), porém, se profissionais de saúde relacionam o movimento à piora da dor e sugerem a restrição de atividades diárias e de trabalho, é possível que esses profissionais contribuam para maiores índices de incapacidade nesses pacientes (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008).

Resultados divergentes ao presente estudo, com pontuações mais altas na orientação biopsicossocial no PABS.PT, foram relatadas em outros estudos (BENNY; EVANS, 2020; BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008; FERREIRA; SILVA; SARAGIOTTO; MAGALHÃES, 2023; Houben; OSTELO; VLAHEYEN; WOLTERS et al., 2005). Benny e Evans (BENNY; EVANS, 2020) avaliaram 99 terapeutas que atendiam pacientes com dor lombar crônica e obtiveram escores na orientação biopsicossocial de 34,4 (DP 4,8) e 26,9 (DP 7,6) na orientação biomédica. No estudo de Ferreira et al. (FERREIRA; SILVA; SARAGIOTTO; MAGALHÃES, 2023), a pontuação média para as orientações biomédicas e biopsicossociais do PABS.PT foi 29,7 (DP 9,0) e 36,2 (DP 5,3), respectivamente, e para o HC-PAIRS foi 54,0 (DP 9,0). Houben et al. (Houben; OSTELO; VLAHEYEN; WOLTERS et al., 2005) obtiveram pontuações médias de 29,5 (DP 7,9) na orientação

biomédica e 35,6 (DP 5,6) na orientação biopsicossocial, e envolveu 297 prestadores de cuidados de saúde. Bishop et al. (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008) avaliaram 442 clínicos gerais e 580 fisioterapeutas no Reino Unido, e a pontuação média para a subescala biomédica foi de 31,0 (DP 6,4) e para a subescala biopsicossocial foi de 33,0 (DP 4,6).

Diversos fatores podem levar às diferenças nos estudos quanto à orientação biomédica ou biopsicossocial dos profissionais de saúde. Uma possível explicação é que estudos anteriores foram realizados em países europeus, onde a maioria das teorias e tratamentos biopsicossociais foi desenvolvida e a incorporação do modelo biopsicossocial é mais forte entre os prestadores de cuidados de saúde (BISHOP; FOSTER; THOMAS; HAY, 2008; SULLIVAN; ADAMS, 2010).

Profissionais de saúde que adotam o modelo biopsicossocial como um guia baseiam-se nos preceitos da Terapia Cognitivo Comportamental, a qual é recomendada por algumas diretrizes (AIRAKSINEN; BROX; CEDRASCHI; HILDEBRANDT et al., 2006; CHOU; QASEEM; SNOW; CASEY et al., 2007), por apresentar bons níveis de custo-efetividade (LIN; HAAS; MAHER; MACHADO et al., 2011), além de contribuir para a redução dos níveis de incapacidades ocasionados pela dor lombar (GEORGE; TEYHEN; WU; WRIGHT et al., 2009).

Estudos têm sugerido que profissionais mais experientes podem ganhar mais conhecimento e experiência sobre a influência de fatores biopsicossociais nas queixas clínicas ou sentir-se mais bem preparados para abordar esses fatores com seus pacientes (BENNY; EVANS, 2020; SYNNOTT; O'KEEFFE; BUNZLI; DANKAERTS et al., 2015), assim, quanto menor a idade e/ou tempo de experiência profissional, mais forte é a crença na relação entre dor lombar e danos nos tecidos, ou seja, predominância da orientação biomédica.

Profissionais de saúde recém-formados só passam a adotar estratégias segundo o modelo biopsicossocial com o passar do tempo, seja por cursos de formação suplementar, seja por uma melhor observação e experiência clínica (FERREIRA; SILVA; SARAGIOTTO; MAGALHÃES, 2023; VAN DER VOSSEN; DE ZOETE; RUBINSTEIN; OSTELO et al., 2024).

Em consonância com os estudos supracitados, a maioria dos médicos entrevistados na presente pesquisa possuíam menos de 5 anos de formados (53,19%) e de atuação na atenção primária à saúde (59,57%), o que pode constituir um fator para a predominância da orientação biomédica.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (em inglês IASP) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a, dano tecidual real ou potencial” (RAJA; CARR; COHEN; FINNERUP et al., 2020). Embora a dor geralmente tenha um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico (RAJA; CARR; COHEN; FINNERUP et al., 2020). Assim, observa-se que a definição da dor passa a ser mais abrangente, não apenas uma experiência resultante de um dano real ou potencial,



já que inclui aspectos psicossociais. Isso leva à reflexão sobre a importância da avaliação dos fatores psicossociais dos pacientes com dor lombar, o que está de acordo com a abordagem biopsicossocial.

4 CONCLUSÕES

A maioria dos médicos da Atenção Primária à Saúde dos municípios que compõem a Associação dos Municípios do Entre Rios de Santa Catarina (AMERIOS/SC) obtiveram pontuações nas duas escalas (PABS.PT e HC-PAIRS) muito próximas dos seus valores médios, no entanto, houve predominância da orientação biomédica.

A predominância da orientação biomédica pode impactar negativamente no manejo da dor lombar, já que as Diretrizes de Prática Clínica têm apoiado o uso da abordagem psicossocial associada aos fatores biológicos, a fim de obter melhor resolutividade e diminuição do ônus socioeconômico.

Tornam-se imprescindíveis estratégias que promovam o diálogo entre os dados obtidos e a gestão em saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a toda equipe das unidades de saúde e funcionários que compõem a Associação dos Municípios do Entre Rios de Santa Catarina (AMERIOS) de Santa Catarina, e em especial, os médicos entrevistados que colaboraram para a realização desse trabalho.

REFERÊNCIAS

AIRAKSINEN, O. et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, v. 15, supl. 2, p. S192-S300, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1>. Acesso em: 4 jul. 2025.

BANDURA, A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986. 617 p. ISBN 0-13-815614-X.

BENNY, E.; EVANS, C. Ontario musculoskeletal physiotherapists' attitudes toward and beliefs about managing chronic low back pain. *Physiotherapy Canada*, v. 72, n. 4, p. 355-363, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0026>. Acesso em: 4 jul. 2025.

BISHOP, A. et al. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain*, v. 135, n. 1-2, p. 187-195, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.11.010>. Acesso em: 4 jul. 2025.

CHOU, R. et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Annals of Internal Medicine*, v. 147, n. 7, p. 478-491, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006>. Acesso em: 4 jul. 2025.

COUDEYRE, E. et al. Fear-avoidance beliefs about back pain in patients with acute LBP. *Clinical Journal of Pain*, v. 23, n. 8, p. 720-725, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31814da407>. Acesso em: 4 jul. 2025.

DARLOW, B. et al. 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. *European Journal of Pain*, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.06.006>. Acesso em: 4 jul. 2025.

DERGHAZARIAN, T.; SIMMONDS, M. J. Management of low back pain by physical therapists in Quebec: how are we doing? *Physiotherapy Canada*, v. 63, n. 4, p. 464-473, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/ptc.2010-04P>. Acesso em: 4 jul. 2025.

DESCONSI, M. B. et al. Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. *Fisioterapia e Pesquisa*, v. 26, 2019. ISSN 1809-2950.

DOMENECH, J. et al. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain*, v. 152, n. 11, p. 2557-2563, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.023>. Acesso em: 4 jul. 2025.

FERREIRA, L. S. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic nonspecific low back pain and its impact on clinical decision-making: an online survey study. *Musculoskeletal Science and Practice*, v. 67, p. 102832, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2023.102832>. Acesso em: 4 jul. 2025.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. Belief, attitude, intention and behaviour: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

FOSTER, N. E. et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*, v. 391, n. 10137, p. 2368-2383, 2018. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)30489-6). Acesso em: 4 jul. 2025.

FULLEN, B. M. et al. General practitioners' attitudes and beliefs regarding the management of chronic low back pain in Ireland: a cross-sectional national survey. *Clinical Journal of Pain*, v. 27, n. 6, p. 542-549, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e31821771e2>. Acesso em: 4 jul. 2025.

GEORGE, S. Z. et al. Psychosocial education improves low back pain beliefs: results from a cluster randomized clinical trial (NCT00373009) in a primary prevention setting. *European Spine Journal*, v. 18, n. 7, p. 1050-1058, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00586-009-1016-7>. Acesso em: 4 jul. 2025.

GEORGE, S. Z.; BIALOSKY, J. E.; FRITZ, J. M. Physical therapist management of a patient with acute low back pain and elevated fear-avoidance beliefs. *Physical Therapy*, v. 84, n. 6, p. 538-549, 2004.

GOMES, A. S. et al. Association between low back pain and biomedical beliefs in academics of physiotherapy. *Spine*, v. 45, n. 19, p. 1354-1359, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/brs.0000000000003487>. Acesso em: 4 jul. 2025.

Houben, R. M. et al. Health care providers' orientations towards common low back pain predict perceived harmfulness of physical activities and recommendations regarding return to normal activity. *European Journal of Pain*, v. 9, n. 2, p. 173-183, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2004.05.002>. Acesso em: 4 jul. 2025.

IBGE. Censo Demográfico 2022: população e domicílios. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/>. Acesso em: 4 jul. 2025.

LIN, C. W. et al. Cost-effectiveness of guideline-endorsed treatments for low back pain: a systematic review. *European Spine Journal*, v. 20, n. 7, p. 1024-1038, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1676-3>. Acesso em: 4 jul. 2025.

MAGALHÃES, M. O. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 16, n. 3, p. 248-253, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-35552012005000014>. Acesso em: 4 jul. 2025.

MAGALHÃES, M. O. et al. Clinimetric testing of two instruments that measure attitudes and beliefs of health care providers about chronic low back pain. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 15, n. 3, p. 249-256, 2011.

NUBILA, H. B. V. D. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 35, 2010.

OSTELO, R. W. et al. Health care provider's attitudes and beliefs towards chronic low back pain: the development of a questionnaire. *Manual Therapy*, v. 8, n. 4, p. 214-222, 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s1356-689x\(03\)00013-4](https://doi.org/10.1016/s1356-689x(03)00013-4). Acesso em: 4 jul. 2025.

PINCUS, T. et al. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain—is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine*, v. 38, n. 24, p. 2118-2123, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3182a8c5d6>. Acesso em: 4 jul. 2025.

RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>. Acesso em: 4 jul. 2025.

RILEY, J. F.; AHERN, D. K.; FOLLICK, M. J. Chronic pain and functional impairment: assessing beliefs about their relationship. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 69, n. 8, p. 579-582, 1988.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000300002>. Acesso em: 4 jul. 2025.

SULLIVAN, M. J.; ADAMS, H. Psychosocial treatment techniques to augment the impact of physiotherapy interventions for low back pain. *Physiotherapy Canada*, v. 62, n. 3, p. 180-189, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.3138/physio.62.3.180>. Acesso em: 4 jul. 2025.

SYNNOTT, A. et al. Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*, v. 61, n. 2, p. 68-76, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2015.02.016>. Acesso em: 4 jul. 2025.

THOMAS, E. N. et al. The importance of fear, beliefs, catastrophizing and kinesiophobia in chronic low back pain rehabilitation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, v. 53, n. 1, p. 3-14, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2009.11.002>. Acesso em: 4 jul. 2025.

URQUHART, D. M. et al. Negative beliefs about low back pain are associated with high pain intensity and high level disability in community-based women. *BMC Musculoskeletal Disorders*, v. 9, p. 148, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-148>. Acesso em: 4 jul. 2025.

VAN DER VOSSEN, B. et al. Is the use of diagnostic imaging and the self-reported clinical management of low back pain patients influenced by the attitudes and beliefs of chiropractors? A survey of chiropractors in the Netherlands and Belgium. *Chiropractic & Manual Therapies*, v. 32, n. 1, p. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12998-023-00523-y>. Acesso em: 4 jul. 2025.

VAN TULDER, M. et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, v. 15, supl. 2, p. S169-S191, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00586-006-1071-2>. Acesso em: 4 jul. 2025.