



**UnB**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CEILÂNDIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

ANDRESSA ALVES FRANÇA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Brasília, dezembro de 2022

ANDRESSA ALVES FRANÇA

A COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE DORES CRÔNICAS  
MUSCULOESQUELÉTICAS: ESTUDO FENOMENOLÓGICO COM MÉDICOS

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-CR) da Universidade de Brasília, como pré-requisito para defesa de Mestrado.

Linha de pesquisa: Aspectos biológicos, biomecânicos e funcionais associados à prevenção e reabilitação.

Tema: Comunicação com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas.

Orientador: Prof. PhD. Wagner Rodrigues Martins

Brasília, dezembro de 2022

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

Ac ALVES FRANÇA, ANDRESSA  
A COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE DORES CRÔNICAS  
MUSCULOESQUELÉTICAS: ESTUDO FENOMENOLÓGICO COM MÉDICOS /  
ANDRESSA ALVES FRANÇA; orientador WAGNER RODRIGUES  
MARTINS. -- Brasília, 2022.  
87 p.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) --  
Universidade de Brasília, 2022.

1. DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA. 2. COMUNICAÇÃO. 3.  
ORTOPEDIA. 4. NOCEBO. 5. HUMANIZAÇÃO. I. RODRIGUES MARTINS,  
WAGNER, orient. II. Título.

A COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE DORES CRÔNICAS  
MUSCULOESQUELÉTICAS: ESTUDO FENOMENOLÓGICO COM MÉDICOS

Andressa Alves França

DISSERTAÇÃO APRESENTADA E AVALIADA EM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

**Prof. PhD. Wagner Rodrigues Martins**  
**Orientador**

---

**Prof. PhD. José Alves de Souza Filho**  
**Membro não vinculado ao PPGCR**

---

**Prof. PhD. Letícia Corrêa Celeste**  
**Membro não vinculado ao PPGCR e professor da UnB**

---

**Prof. PhD. Emerson Fachin Martins**  
**Membro Suplente vinculado ao PPGCR e professor da UnB**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu amado esposo Luiz Paulo Mathaus por seu apoio incondicional e fé na minha capacidade de superar limites.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pelo dom da vida e saúde para avançar dia a dia. Agradeço ao meu professor, Dr Wagner Martins pela oportunidade e incentivo na construção deste trabalho.

Agradeço aos meus familiares e irmãos por todo apoio prestado a mim durante esses anos de estudo.

## **MENSAGEM**

“Sobre tudo o que se deve guardar, guarda o teu coração, porque dele procedem as fontes da vida.”

Provérbios 4:23

## RESUMO

Considerando o contexto cultural do Brasil, o médico é o principal profissional na atenção à saúde da população brasileira. Na atenção ao paciente com dor crônica musculoesquelética a consulta com o ortopedista é um momento importante para os pacientes e o discurso do médico exerce grande peso para construir a auto percepção de seu estado de saúde e expectativa de melhora. Dentre os diferentes aspectos que influenciam o tratamento dos pacientes com dor crônica musculoesquelética, a comunicação é um fator contextual que se destaca por atuar positivamente ou negativamente nos desfechos em saúde com essa população. A busca por aumentar a qualidade da comunicação do médico com paciente também integra o cenário da humanização das práticas em saúde. Utilizando a fenomenologia como metodologia empírica, as análises das entrevistas individuais geraram sete temas e dois subtemas, que levaram às seguintes interpretações: A fala geradora de nocebo é parcialmente identificada pelos ortopedistas. O ortopedista sabe reconhecer o paciente mais suscetível ao nocebo pelo perfil apresentado. O ortopedista também é capaz de identificar os elementos que podem ser fonte de nocebo na comunicação (não só no conteúdo da informação do diagnóstico e prognóstico, mas também na maneira de transmiti-lo ao paciente) mas ainda de forma teórica. Na sua prática, permanecem os discursos geradores de nocebo enraizados na cultura de comunicação dos ortopedistas, em especial aqueles que trabalham com cirurgia de coluna. Ortopedistas não se consideram os profissionais indicados para lidar com os pacientes com dores crônicas. Essa consideração pode estar relacionada ao foco tecnicista da especialidade da ortopedia e à pouca orientação acadêmica direcionada ao desenvolvimento de habilidades relacionais. O ortopedista reconhece sua influência na prática de outros profissionais pela repercussão da comunicação médica.

**Palavras-chave:** comunicação, dor crônica musculoesquelética, ortopedia, humanização, nocebo.

## ABSTRACT

Considering the cultural context of Brazil, the physician is the main professional in health care for the Brazilian population. In the care of patients with chronic musculoskeletal pain, the consultation with the orthopedist is an important moment for patients and the doctor's speech exerts great weight to build self-perception of their health status and expectation of improvement. Among the different aspects that influence the treatment of patients with chronic musculoskeletal pain, communication is a contextual factor that stands out for acting positively or negatively on health outcomes with this population. The quest to increase the quality of doctor-patient communication is also part of the scenario of humanization of health practices. Using phenomenology as an empirical methodology, the analyzes of the individual interviews generated seven themes and two sub-themes, which led to the following interpretations: Speech that generates nocebo is partially identified by orthopedists. The orthopedist knows how to recognize the patient most susceptible to nocebo by the profile presented. The orthopedist is also able to identify the elements that can be a source of nocebo in communication (not only in the content of the diagnostic and prognostic information, but also in the way of transmitting it to the patient) but also theoretically. In their practice, the nocebo-generating discourses rooted in the communication culture of orthopedists remain, especially those who work with spine surgery. Orthopedists do not consider themselves the professionals indicated to deal with patients with chronic pain. This consideration may be related to the technical focus of the specialty of orthopedics and the little academic orientation directed towards the development of relational skills. Orthopedists recognize their influence on the practice of other professionals due to the repercussions of medical communication.

**Keywords:** communication, chronic musculoskeletal pain, orthopedics, humanization, nocebo.

## LISTA DE ABREVIATURAS

DCM - Dor Crônica Musculoesquelética

IASP - International Association for the Study of Pain

SUS - Sistema Único de Saúde

PNH - Política Nacional de Humanização

CID - Classificação Internacional de Doenças

US - Unidade de Sentido

COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

## SUMÁRIO

RESUMO .....	8
ABSTRACT.....	9
LISTA DE ABREVIATURAS .....	10
SUMÁRIO .....	11
1. INTRODUÇÃO .....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA .....	17
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	18
EFEITO NOCEBO .....	19
HUMANIZAÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE .....	21
FENOMENOLOGIA COMO METODOLOGIA EMPÍRICA .....	21
3. OBJETIVOS .....	24
4. HIPÓTESE.....	25
5. MÉTODOS .....	26
TIPO DE ESTUDO .....	26
TRIANGULAÇÃO.....	26
QUESTÕES ÉTICAS .....	26
A PESQUISADORA .....	27
SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	27
CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES .....	28
A ENTREVISTA INDIVIDUAL .....	28

INSTRUMENTOS .....	29
Roteiro da entrevista semiestruturada.....	29
Questões do roteiro .....	29
Questionário on-line .....	30
ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....	30
6. RESULTADOS.....	32
PERFIL DOS PARTICIPANTES .....	32
TEMAS IDENTIFICADOS NA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	32
I. O perfil do paciente com dor crônica musculoesquelética .....	33
II. Como lidar com o paciente com dor crônica musculoesquelética .....	34
III. Auto avaliação da comunicação.....	35
IV. A proposta da ortopedia não é acompanhar pacientes crônicos .....	36
V. O que gera o nocebo do ponto de vista do médico .....	37
VI. A Fala Impactante .....	37
VII. A repercussão da comunicação médica no tratamento conservador .....	38
7. DISCUSSÃO .....	40
CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRIANGULAÇÃO NO ESTUDO .....	40
CONSIDERAÇÃO GERAL A PARTIR DOS TEMAS IDENTIFICADOS.....	40
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	49
9. CONCLUSÃO .....	50
10. IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE .....	51
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA DISSERTAÇÃO.....	51
Quanto à abrangência .....	52
Quanto à aplicabilidade .....	52
Quanto à complexidade .....	52
Quanto à inovação .....	52
REFERÊNCIAS.....	53

APÊNDICE I .....	58
APÊNDICE II.....	60
APÊNDICE III.....	62
APÊNDICE IV.....	64
APÊNDICE V.....	65
ANEXO I.....	78
ANEXO II.....	84
ANEXO III.....	85

# 1. INTRODUÇÃO

Hoje o termo Dor Crônica Musculoesquelética (DCM) envolve mais de 150 doenças que afetam o sistema motor humano e atinge de 20 a 30% da população mundial. O distúrbio musculoesquelético mais prevalente, é a dor lombar em 134 de 204 países analisados<sup>(1)</sup> e sua incidência em adultos no mundo está entre 30-40%<sup>(2,3)</sup>.

No Brasil, a média nacional de prevalência de dor crônica está em 45,59% em um estudo de revisão publicado em 2021<sup>(4)</sup>. Assim como nos estudos mundiais, a região dorsal/lombar foi o local mais relatado na prevalência de dor crônica nos brasileiros<sup>(4)</sup>. Apenas no ano de 2016, o Sistema Único de Saúde (SUS) despendeu US \$71,4 milhões com custos diretos relacionados com distúrbios na coluna vertebral<sup>(5)</sup>. No período de 2012-2016, US \$2,2 bilhões foi o custo social da dor lombar no Brasil. Como custo social, inclui-se as despesas relacionadas à perda de produtividade, auxílio financeiro relacionado à doença, etc. No mesmo período, US \$460 milhões foi o custo total com saúde relacionado à dor lombar no Brasil<sup>(5)</sup>.

Além da elevada prevalência, os distúrbios musculoesqueléticos corroboram com um cenário de absenteísmo, limitação funcional, incapacidade, envolvendo prejuízo financeiro e social para o indivíduo e para a sociedade. Esses dados destacam a relevância de observar a assistência oferecida aos pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas no Brasil, e em que aspectos precisa ser aperfeiçoada.

No amplo campo de pesquisa que envolve dores crônicas musculoesqueléticas, há inúmeras linhas de investigação que se desenrolam simultaneamente na busca de tratamentos mais assertivos e humanizados. Essas linhas se ramificam em estudos sobre medicamentos, intervenções cirúrgicas e tratamentos físicos pontuais não invasivos<sup>(6,7)</sup>. Da mesma forma, existe também uma diversidade de pesquisas voltadas para o polo subjetivo da experiência da dor e questões psicossociais que interferem na condição de saúde dos indivíduos<sup>(8,9)</sup>.

Nos serviços de saúde, a comunicação em suas diferentes formas de expressão é o meio pelo qual os profissionais e usuários do SUS podem se relacionar<sup>(10)</sup>. Seja de forma verbal, escrita, gestual, etc, a comunicação perpassa todos momentos de interação do paciente com os profissionais, desde o primeiro contato até o fim do tratamento<sup>(11)</sup>.

Dentre os diferentes aspectos que influenciam o tratamento dos pacientes com dor crônica musculoesquelética, a comunicação verbal entre médico e paciente é um fator contextual que tem potencial de influenciar negativamente ou positivamente os desfechos em

saúde<sup>(12,13)</sup>. Nos momentos principais da fala médica, como o do diagnóstico e prognóstico, a autopercepção de saúde do paciente com dor crônica musculoesquelética e a sua expectativa de melhora podem ser redefinidos <sup>(11,14)</sup>.

Um cenário já descrito na literatura sobre as consequências diretas de uma comunicação ineficaz é o efeito nocebo<sup>(15-17)</sup>. Contrariamente ao efeito placebo, o efeito nocebo se trata de um resultado negativo que não está relacionado aos efeitos colaterais das ferramentas terapêuticas em si e nem está atribuído ao curso natural da doença, mas é provocado por expectativas negativas que desencadeiam ansiedade antecipatória provocando desfechos indesejados. Entre esses, situa-se o aumento dos sintomas de dor ou baixa adesão ao tratamento. Dessa forma, entende-se como aquilo que, dentro do contexto e ritual terapêutico, pode gerar efeitos negativos no estado clínico do paciente, ainda que não intencionais. Assim, o efeito nocebo configura a piora no estado de saúde desse indivíduo <sup>(12)</sup>.

O efeito nocebo pode ser gerado pela comunicação entre profissionais e pacientes com dor crônica musculoesquelética por condições peculiares desses pacientes. Ademais, características de personalidade e aspectos da condição de saúde determinam se um indivíduo apresentará maior ou menor influência dos mecanismos expostos anteriormente. Ainda assim, por se encontrarem em uma condição fragilizada sobre sua auto-percepção de saúde, os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas se configuram como uma população mais sugestionável ao que é dito pelo profissional, sendo mais suscetíveis ao efeito nocebo causado pela comunicação <sup>(12,18,19)</sup>.

No empenho de expandir a assistência para além de práticas instrumentais de um modelo biomédico, tem-se reconhecido a importância de olhar a saúde como construção biopsicossocial <sup>(20)</sup>. Nesse sentido, a relação entre médico e paciente é considerada um aspecto-chave para a melhoria da qualidade do serviço de saúde. Dessa forma, a comunicação entre médico e paciente compõe o cenário das práticas de assistência à saúde que pode alavancar a transição de paradigma do modelo biomédico para o biopsicossocial com vistas a uma atenção mais humanizada. Sob essa perspectiva, analisar a comunicação entre os entes envolvidos na assistência em saúde, especialmente entre o médico e o paciente, possibilita trazer à tona elementos que se comportam como barreiras para a humanização das práticas em saúde<sup>(21-23)</sup>.

Nas pesquisas qualitativas que buscam entender a experiência e vivências, a entrevista fenomenológica tem sido usada no campo das áreas da saúde com frequência e permite que pesquisadores de áreas com menos tradição em pesquisas qualitativas possam também interagir

e contribuir com esse campo de investigação<sup>(24-27)</sup>. A fenomenologia como método de estudo da experiência consciente propõe ao observador passos para que este possa ter a oportunidade de observar, descrever, questionar e interpretar o fenômeno a ser estudado, possibilitando aproximar os pesquisadores da origem dos fenômenos investigados e melhorar sua compreensão acerca dos mesmos<sup>(24,27,28)</sup>.

O método fenomenológico empírico foi considerado para esta pesquisa, o modelo que melhor atende o objetivo do estudo de se aproximar dos pressupostos que embasam e orientam a prática da comunicação de médicos ortopedistas acerca da sua experiência com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas<sup>(24,28)</sup>.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### DOR CRÔNICA MUSCULOESQUELÉTICA

A dor enquanto área de pesquisa cresceu de forma exorbitante no final do século 20. Esse interesse em entender e dominar a dor proporcionou a ampliação, confrontamento, revisão e divulgação do conhecimento acerca de fatores que influem em sua gênese e permanência no homem <sup>(29)</sup>. A dor é definida pela IASP (International Association for the Study of Pain) como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” <sup>(30)</sup>.

Com o reconhecimento da complexidade dos fatores que compõem a neurofisiologia, genesis, manutenção e tratamento da dor no ser humano, a partir de uma visão biopsicossocial, a dor naturalmente deixou de ser considerada apenas mais um sintoma associado a doenças e em alguns cenários, hoje é considerada a doença em si <sup>(3,29)</sup>.

Quanto ao tempo de permanência ou recorrência, a dor pode ser subclassificada em aguda e crônica. A dor crônica ou mais recentemente chamada de dor persistente se enquadra como aquela que permanece ou recorre por um período acima de 3 meses. Esse período de três meses é contado a partir do tempo habitual de cura total para uma lesão <sup>(4)</sup>. Em pesquisas, o tempo de seis meses de permanência ou recorrência da dor também está sendo utilizado com frequência, mas três meses ainda é o ponto de divisão mais usado na mudança de classificação de dor aguda para crônica. Essa classificação se refere a dores musculoesqueléticas não relacionadas a processos oncológicos <sup>(3)</sup>.

Enquanto a dor aguda é provocada por uma doença ou lesão específica, autolimitada, servindo a um propósito biológico considerado protetor e útil, como uma reação imediata a uma agressão ao corpo humano. A dor crônica, por sua vez, pode surgir de estados psicológicos e não tem propósito biológico reconhecido, bem como não apresenta um ponto final na sua manifestação <sup>(31)</sup>. A principal distinção entre a dor aguda e crônica no manejo é que na dor aguda, a causa da dor é o foco da abordagem. Já na dor crônica a abordagem visa atingir seus efeitos do indivíduo em todos os seus aspectos, que podem ultrapassar o aspecto biológico orgânico, envolvendo fatores psicológicos, emocionais, afetivos e sociais <sup>(32)</sup>.

No mundo, há mais de vinte anos a dor crônica vem sendo apontada como a principal causa de anos vividos com incapacidade. A partir da análise do Global Burden of Diseases

Study 2019, a estimativa global da necessidade de reabilitação apontou que 2,41 bilhões de indivíduos poderiam se beneficiar de algum tipo de reabilitação <sup>(1)</sup>. A área de doença que mais contribuiu para a alta prevalência da necessidade de reabilitação no mundo foram os distúrbios musculoesqueléticos<sup>(1)</sup>.

A Classificação Internacional de Doenças (CID-11) classificou as dores musculoesqueléticas crônicas em primária e secundária, sendo a primária aquela experimentada em músculos, ossos, articulações ou tendões com sofrimento emocional ou incapacidade funcional, não atribuída diretamente a uma doença conhecida, mas é uma condição por si só <sup>(33)</sup>. Já a dor musculoesquelética crônica secundária é aquela decorrente de uma doença conhecida, é um sintoma que acompanha uma doença subjacente. Ela tem origem na nocicepção persistente em estruturas musculoesqueléticas. A nova classificação buscou integrar o eixo biomédico aos eixos psicológico e social <sup>(33,34)</sup>.

A avaliação da dor crônica musculoesquelética é complexa e envolve a consideração do relato do paciente sobre o histórico daquela condição desde seu início até tornar-se crônica; o exame musculoesquelético acompanhado da avaliação da funcionalidade do paciente; a avaliação da dor quanto intensidade, características aspectos psicológicos e emocionais; o uso de exames de imagens como primeiro recurso é desaconselhado nessa população, sendo importante avaliar a necessidade real caso a caso. A avaliação da dor crônica musculoesquelética varia em sua abordagem de acordo com a capacidade cognitiva, idade e outros aspectos inerentes ao paciente, sendo necessário a individualização no uso de instrumentos, estratégias e recursos <sup>(3)</sup>. De forma elementar, atualmente o tratamento da dor crônica musculoesquelética tem três objetivos principais: aliviar a dor, melhorar a função e melhorar a qualidade de vida do paciente <sup>(34)</sup>.

## COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação é uma prática dinâmica que evolui com as demandas internas, influências externas e transformações de uma sociedade. Por meio dela é possível o compartilhamento de informações, experiências e significados, permitindo que os seres humanos se conectem em diferentes contextos e em diferentes níveis de profundidade. Reconhecendo as diferentes formas de expressão que a comunicação pode apresentar (como a fala, a escrita, comportamentos gestuais, distância entre os indivíduos, toque, etc), para este

estudo, foi adotada a concepção de comunicação em saúde como o compartilhamento verbal, a fala propriamente dita, no contexto do atendimento entre médicos e pacientes<sup>(11)</sup>.

A comunicação em saúde materializa a relação entre os entes envolvidos na assistência e expõe os pressupostos e conceitos que embasam as atitudes práticas. Por esse ângulo, a comunicação pode ser considerada como ferramenta que contribui com o processo de humanização das relações em saúde, por outro ângulo, ela é também o objeto alvo de mudança para promover práticas mais humanizadas em saúde <sup>(11)</sup>.

Apesar de seu potencial enquanto meio e objeto de promoção de humanização de relações em saúde, a comunicação entre médicos e pacientes encontra-se profundamente afetada por diversos fatores. O médico passou a ser o que detém o conhecimento da doença e de sua cura, e o paciente, passivo, recebe e obedece o que lhe é dito, caracterizando uma relação de poder. A valorização do aspecto biológico e da abordagem curativa da medicina, a crescente evolução e demanda por atendimentos técnicos instrumentais, são alguns dos fatores que determinaram a diminuição da qualidade dos encontros entre médico e paciente e isso se evidencia na comunicação <sup>(35)</sup>. Diante desse cenário, a comunicação entre médico e paciente carece de uma profunda transformação com vistas a atender novas demandas da sociedade por uma experiência humanizada de assistência à saúde <sup>(11,22)</sup>.

## EFEITO NOCEBO

Para contextualizar o conceito de nocebo e de efeito nocebo, vale utilizar a figura de seus opostos, o placebo e efeito placebo. Placebo (em latim, "vou agradar") é um tratamento inerte associado à sua administração dentro de um conjunto de estímulos sensoriais e sociais que informam ao paciente que uma terapia benéfica está sendo administrada, ou seja, o placebo é todo o ritual do ato terapêutico direcionado para um desfecho positivo <sup>(12)</sup>. O efeito placebo é o resultado desse ritual terapêutico no estado clínico do paciente, sendo hoje possível mensurar distintamente o que é efeito placebo do que é o efeito da terapia. Antes era considerado um incômodo na prática clínica, mas hoje tem sido utilizado como aliado para potencializar os efeitos benéficos das terapias em saúde<sup>(12,16,17)</sup>.

O nocebo, (em latim, "vou desagradar") como oposto do raciocínio exposto acima, é entendido como aquilo que, dentro do contexto e ritual terapêutico, pode gerar efeitos negativos adversos no estado clínico do paciente, ainda que não intencionais. Assim, o efeito nocebo configura a piora no estado de saúde nesse contexto<sup>(12)</sup>. Ambos os efeitos, placebo e nocebo,

não se relacionam com fatores de confusão como flutuação dos sintomas, regressão à média e história natural da doença <sup>(36)</sup>.

Os mecanismos que explicam o efeito nocebo consideram todo o contexto da terapia, incluindo fatores como o ambiente externo (consultório, clínica, hospital), relação profissional-paciente, sugestões verbais e o próprio contexto interno do paciente (expectativas, memórias explícitas, crenças, emoções) influenciando os resultados clínicos. Assim, os efeitos placebo e nocebo são diretamente ligados às expectativas positivas ou negativas que o paciente deposita na terapia a partir do que lhe é dito, observado em conjunto com suas vivências anteriores<sup>(12,36)</sup>.

Na literatura, já é descrito que o efeito nocebo que podem ser ocasionados no paciente com dor crônica musculoesquelética, podendo se apresentar através do aumento da intensidade da dor (hiperalgesia e alodinia induzida), estresse, ansiedade, catastrofização, aumento pela busca de diferentes terapias e serviços de saúde, aumento no consumo de medicamentos e maior chance de se submeter a tratamentos cirúrgicos<sup>(12,37)</sup>.

Outro cenário já descrito na literatura acerca do tema é que o efeito nocebo pode ser gerados pela comunicação entre profissionais e pacientes com dor crônica musculoesquelética frequentemente por condições peculiares desses pacientes. Por se mostrarem em uma condição fragilizada sobre sua auto-percepção de saúde, se configuram como uma população mais suggestionável ao que é dito por profissionais que tem autoridade em saúde, sendo mais suscetíveis ao efeito nocebo causado pela comunicação <sup>(12,18,19)</sup>.

Ainda que seja uma prática não recomendada para essa população, o uso excessivo de exames de imagem para informar diagnóstico e prognóstico, utilização de termos específicos, técnicos e jargões médicos para conversar com o paciente, podem construir nele crenças e atitudes desfavoráveis e desnecessárias. Tais condutas podem gerar aumento da dor, redução de sua participação social, limitação das atividades laborais e de vida diária, gerar expectativas negativas, ansiedade, evitação de movimentos corporais e medo relacionado à dor (cinesiofobia). Assim, a comunicação geradora de nocebo pode produzir, manter ou dificultar a modificação de comportamentos mal adaptativos comuns aos pacientes com dor crônica musculoesquelética <sup>(3,12,19)</sup>.

## HUMANIZAÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a promoção de políticas públicas para garantir a saúde como um direito social fundamental <sup>(38)</sup>. No empenho de expandir a assistência para além de práticas instrumentais de um modelo biomédico, tem-se reconhecido a importância de olhar a saúde como construção biopsicossocial<sup>(20)</sup>.

Em sintonia com esse propósito, a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde, introduzida no Brasil em 2003, veio com objetivo de disseminar práticas de saúde humanizadas para usuários, trabalhadores e gestores <sup>(39)</sup>. Ela apresenta a humanização não como programa temporal e sim como política pública permanente que acompanha as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

A PNH não restringe a "ações humanitárias" o sentido de humanização, mas o amplia enquanto valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. A humanização, sob esse panorama, é uma mudança das estruturas, da forma de trabalhar e também das pessoas. Essa demanda destaca a necessidade do resgate dos fundamentos básicos que norteiam as práticas de saúde no SUS <sup>(22,40,41)</sup>. A PNH ainda suscita a importância de orientar as práticas de atenção do SUS a partir do plano da experiência humana comum e concreta dos entes envolvidos no processo <sup>(39-41)</sup>.

## FENOMENOLOGIA COMO METODOLOGIA EMPÍRICA

A pesquisa qualitativa é aquela que “[...] trabalha com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização” <sup>(42)</sup>. Nas pesquisas qualitativas que buscam entender a experiência e vivências, a entrevista fenomenológica tem sido usada no campo das áreas da saúde com frequência e permite que pesquisadores de áreas com menos tradição em pesquisas qualitativas possam também interagir e contribuir com esse campo de investigação <sup>(24-26)</sup>.

Edmund Husserl, filósofo alemão, (1859-1938) foi o criador da escola fenomenológica que influenciou boa parte da filosofia do Século XX. Pouco a pouco a fenomenologia enquanto vertente filosófica influenciou todas as áreas das ciências humanas. A fenomenologia expõe que o ser humano vê o mundo e seus fenômenos de acordo com sua cultura, meio ambiente, formação educacional, estado emocional, entre outros fatores que

formam seu entorno e seu interior. A fenomenologia de Husserl diz respeito principalmente à análise da essência do dado, do fenômeno. Mas o modelo filosófico proposto por Husserl ainda carecia de uma estruturação que o permitissem ser aplicados em outros contextos, como a psicologia e a pesquisa <sup>(43)</sup>.

O psicólogo americano Amedeo Giorgi, em meados de 1960, propôs o método fenomenológico empírico <sup>(44)</sup>. Isso possibilitou a organização da fenomenologia em uma metodologia estruturada. Giorgi pretendia desenvolver uma psicologia inspirada na fenomenologia Husserliana que pudesse ser considerada uma ciência, um fazer científico, a partir da descrição qualitativa dos fenômenos estudados. Sua proposta direcionava-se à experiência, a vivência como foco do fazer científico <sup>(24)</sup>.

A fenomenologia enquanto ciência se aplica ao estudo dos fenômenos: dos objetos, dos eventos e dos fatos da realidade <sup>(28)</sup>. A fenomenologia enquanto método pode ser aplicada para a interrogação da experiência consciente, e o uso da entrevista para se obter uma narrativa da experiência do entrevistado tem se mostrado útil em diversos cenários da pesquisa qualitativa e da psicologia <sup>(24,27,28,45)</sup>. A partir dessa narrativa obtida pela entrevista é possível que o pesquisador se aproxime da origem dos fenômenos investigados, melhorando sua compreensão acerca dos mesmos <sup>(27)</sup>.

Para o estudo da experiência consciente, o método fenomenológico propõe ao observador passos reflexivos para que este possa ter a oportunidade de observar, descrever, questionar e interpretar o fenômeno <sup>(27)</sup>. A análise por passos reflexivos inclui: Descrição fenomenológica, que consiste na descrição do fenômeno da forma mais natural possível como se fosse observado pela primeira vez. Para descrever o fenômeno o observador aplica o conceito de "epoché" que compreende a "suspensão" fenomenológica, para que o fenômeno seja descrito livre da influência de pressupostos, preconceitos e pontos de vista do observador; Nesse passo, a suspensão fenomenológica é exercício da separação temporária dos preconceitos, ou seja, toda a história significada das memórias, juízos, valores, desejos e imaginações que poderiam influenciar na descrição do fenômeno e conseqüentemente em sua interpretação. Redução fenomenológica é o passo onde aplica-se perguntas à descrição do fenômeno observado com o objetivo de explorá-lo o mais profundamente possível. Depois retira-se os elementos que não influenciam na essência da descrição do fenômeno reduzindo-o em unidades que representam seus significados. Ao final desse passo, permanece o mínimo necessário para a identificação do objeto estudado. Nesse momento, usa-se técnica de variação

imaginativa livre. Por esta técnica são criadas variações evidentes possíveis do fenômeno para descobrir os limites de sua identidade expressiva. Em outras palavras, seria a atitude de modificar os elementos essenciais do fenômeno após a sua redução para então verificar se o mesmo é ainda reconhecível. A multiplicação das possibilidades se configura como o pré-requisito da identificação das particularidades constantes que caracterizam e acompanham o fenômeno <sup>(46,47)</sup>. Interpretação fenomenológica, é o momento reflexivo que dá sentido à experiência observada pela consciência do observador. Nesse passo procura-se relacionar as unidades de significado do passo anterior com o sentido amplo que representam. Geralmente, esta última etapa implica em uma redução transcendental em que se retorna tudo aquilo que foi suspenso no início e se considera a consciência do pesquisador para atribuir sentido às unidades e categorias levantadas. Logo, as categorias resultantes e suas discussões são a manifestação da consciência do pesquisador <sup>(27)</sup>.

O método fenomenológico empírico foi considerado para esta pesquisa, o modelo que melhor atende o objetivo do estudo de se aproximar dos pressupostos que embasam e orientam a prática da comunicação de médicos ortopedistas acerca da sua experiência com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas <sup>(24,28)</sup>.

### 3. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GERAL

Compreender os pressupostos que orientam a comunicação de médicos ortopedistas com os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas, tomando o ponto de vista do próprio médico.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Empregar um roteiro de entrevista semiestruturada em médicos que tratam paciente com dores crônicas musculoesqueléticas e comparar os dados obtidos por meio de um questionário on line adaptado para o mesmo fim;
2. Compreender como os médicos ortopedistas avaliam sua própria habilidade em se comunicar com os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas.

## 4. HIPÓTESE

A comunicação do ortopedista é fonte de nocebo ao paciente com dor crônica musculoesquelética no Brasil.

**PERGUNTA PROBLEMA:** Como médicos envolvidos no tratamento de dores crônicas músculo esqueléticas percebem a própria influência da sua comunicação na geração do efeito nocebo nos pacientes?

## 5. MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo sob a perspectiva teórica da Fenomenologia Empírica utilizando o recurso da entrevista semiestruturada individual guiada por um roteiro. O estudo apresenta um delineamento descritivo de experiências pelo fenômeno vivenciado pelos médicos ortopedistas em relação a pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas. O método fenomenológico foi eleito por ser um protocolo consolidado de autorrelatos de uma autuação<sup>(24,27)</sup>. O estudo foi relatado seguindo as recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) para o relato de estudos qualitativos<sup>(48)</sup>.

### TRIANGULAÇÃO

Para aumentar a validade dos resultados foi utilizada a triangulação por duas fontes de dados. Triangulação refere-se a diversificação como estratégia na pesquisa qualitativa para se obter diferentes ângulos de observação do mesmo objeto de estudo ou fenômeno<sup>(49)</sup>. Esse recurso permite que o pesquisador teste a validade dos resultados comparando os dados obtidos. A triangulação pode ser de quatro tipos: método, fontes de dados, investigador e teoria, neste estudo utilizou-se a triangulação por fonte de dados<sup>(49)</sup>. Para isso, foi aplicado um questionário on-line construído a partir do roteiro da entrevista semiestruturada para a comparação dos achados. Os dados advindos do questionário on-line configuram um braço secundário do estudo com as entrevistas individuais. As entrevistas e os questionários foram coletados entre 2021 e 2022.

### QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa seguiu as Normas e Diretrizes Brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, CAEE 42178020.5.0000.8093 (Anexo 1). Os participantes que aceitaram ser entrevistados deram seu consentimento em participar do estudo e receberam todos os termos necessários à compreensão e participação voluntária na pesquisa: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1); Termo de Autorização para a Utilização de Imagem e Som da Voz para fins de Pesquisa (Apêndice 2); Termo de

Cessão de Uso de Imagem e/ ou Som da Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (Apêndice 3). Todos os termos foram disponibilizados aos participantes também em formato digital, bem como os meios de contato da pesquisadora e equipe foram disponibilizados para esclarecimentos. Para resguardar o sigilo de suas identidades, no relato dos resultados do presente estudo eles foram denominados como P1, P2, P3 e assim por diante.

## A PESQUISADORA

A pesquisadora principal deste estudo já conduziu uma pesquisa semelhante entrevistando fisioterapeutas recém formados<sup>(50)</sup>. Ainda assim, estudos qualitativos e o uso da fenomenologia empírica são ainda incomuns no campo de estudo da fisioterapia, o que conferiu desafio assíduo à pesquisadora enquanto formada em fisioterapia, área com características de predomínio técnico-prático, principalmente nas pesquisas. A pesquisadora possui interesse no tema de dor crônica musculoesquelética, comunicação em saúde e suas aplicações na área de fisioterapia. Também se interessa pela área de consideração da fenomenologia em estudos de investigação na área da saúde enquanto metodologia fenomenológica empírica. Por ser uma fisioterapeuta entrevistando médicos ortopedistas acerca de sua vivência profissional, é possível que as respostas dos médicos possam ter sido influenciadas por diferenças de classe profissional, gênero, idade, dentre outras. Não foi estabelecido nenhum relacionamento entre a pesquisadora e os participantes antes do início do estudo, de forma que os participantes sabiam apenas que a pesquisadora objetivava realizar um estudo com médicos ortopedistas para o seu mestrado.

## SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes foram selecionados por conveniência. Para as entrevistas, os médicos foram abordados por ligação telefônica, convite em texto enviado nas redes sociais e por e-mail e também foram convidados pessoalmente pelos pesquisadores. Ao final de cada entrevista, a pesquisadora pedia indicação de outros médicos que pudessem ser convidados a ser entrevistados ou a responder o questionário on-line. Para o questionário online, foram enviados convites por redes sociais com o link que direcionava para os termos de consentimento e para as questões de pesquisa. A intenção foi entrevistar 8 médicos, tendo em vista que o tipo de estudo requer uma pequena amostra. O número de participantes entrevistados em estudos semelhantes apresenta essa média <sup>(51)</sup>, e o material levantado gera um

volume considerável de informações, que a partir da análise detalhada, é possível apresentar resultados conclusivos.

## CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Os participantes deveriam ser médicos ortopedistas que possuíam experiência de atendimento de pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas e que prestavam atendimento no SUS.

## A ENTREVISTA INDIVIDUAL

Um estudo piloto foi conduzido com dois médicos antes da coleta oficial. As entrevistas presenciais foram realizadas no local mais propício ao participante, geralmente no consultório particular do médico. Quando remotamente, foram realizadas tanto no local de trabalho como em casa por videoconferência. Não havia ninguém além da pesquisadora e do participante durante as entrevistas. O tempo de conversa foi em torno de 25 minutos. Não foram realizadas entrevistas repetidas. As entrevistas foram gravadas em áudio e as notas acerca da entrevista foram feitas após o término. Para a gravação dos áudios, foi utilizado o aplicativo de gravação de áudio do aparelho celular da pesquisadora e concomitantemente um outro aparelho reserva fazia a gravação para evitar a perda de dados por alguma possível falha no aparelho principal.

Uma grande dificuldade na pesquisa foi travada para se conseguir participantes para as entrevistas individuais. Sabe-se que médicos são profissionais demandados em situações de emergência ou cirurgias eletivas específicas, atendem em locais diferentes, horários incertos e isso dificultou a obtenção de voluntários. Por diversos motivos como falta de tempo ou imprevistos, várias entrevistas individuais foram remar cadas diversas vezes a pedido dos médicos e muitas outras canceladas. Pode-se considerar também outro motivo para a resistência em participar da pesquisa o fato de se ter uma entrevista gravada a respeito de sua prática profissional, ainda que anônima, pode conferir incômodo ou insegurança a esses profissionais, dificultando a adesão de participantes.

## INSTRUMENTOS

### Roteiro da entrevista semiestruturada

Um roteiro ( Apêndice 4) foi elaborado pela pesquisadora e revisado por outro especialista para guiar as entrevistas. Ele conferiu flexibilidade aos modos de reação dos entrevistados e aprofundamento em diferentes eixos temáticos que foram surgindo ao longo das entrevistas.

### Questões do roteiro

- Como a prática médica de ortopedistas pode gerar efeitos negativos no tratamento de pacientes com dor crônica musculoesquelética?
- Como você explica os exames de imagem para o paciente?
- Como você explica a causa da dor ao paciente?
- Como você maneja a dor relatada pelo paciente?
- Como você orienta o paciente em relação aos cuidados que ele deve ter nas atividades diárias?
- O modo como você fala sobre a dor do paciente pode gerar algum malefício a ele?
- Como você avalia sua habilidade comunicacional diagnóstica e de tratamento com pacientes com dor crônica musculoesquelética?
- Como é a sua experiência de trabalho com pacientes com dor crônica na coluna? Cite um exemplo.
- Na sua percepção, como a sua comunicação do diagnóstico ao paciente pode interferir no trabalho do fisioterapeuta?
- Você gostaria de falar mais alguma coisa?

## Questionário on-line

Além do roteiro, um questionário online foi construído com o mesmo teor do, (Apêndice 5) adaptando-se e reformulando as questões para se aplicar a estratégia de triangulação.

Com base nas entrevistas piloto, os pesquisadores concordaram que as perguntas do questionário on-line deveriam ser questões fechadas para facilitar a adesão dos participantes e a finalização do preenchimento do questionário, reduzindo desistências. Mesmo assim, manteve-se questões abertas para permitir ao participante expressar seus apontamentos sobre o tema e a pesquisa, caso assim desejasse. Durante o preenchimento do questionário online não se sabia se havia mais pessoas no local. O tempo aproximado estimado para responder o questionário online foi de 20 minutos.

Dessa forma, dois métodos de coleta de dados foram utilizados, as entrevistas e os questionários on-line. Diferentes médicos participaram da entrevista e do questionário, de maneira que um mesmo médico não participou de ambos.

## ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Os áudios foram transcritos sem uso de software. Após a transcrição, os textos foram analisados sistematicamente a partir das etapas próprias do método fenomenológico empírico (27,44).

Inicialmente, foi realizada uma leitura e síntese geral do material transcrito para sintetizar os sentidos gerais das falas dos médicos, de acordo com a primeira impressão que apareceu à pesquisadora. Em seguida, foi procedida uma suspensão fenomenológica (epoché) em que a pesquisadora retirou de ação, por um momento, todo o seu arcabouço teórico e percepções pessoais sobre o fenômeno estudado. Isso possibilitou que cada texto fosse lido de modo a evidenciar e enumerar as unidades de sentido (US) que expressaram os fluxos de percepção dos médicos sobre o que eles tomam consciência acerca de sua experiência comunicativa no manejo da dor em seus pacientes. Posteriormente, a partir da técnica de variação imaginativa livre, as US's de cada participante foram agrupadas pelos seus sentidos comuns, de modo a servir de anteparo para categorias. Estas, finalmente, foram discutidas a

partir do referencial da pesquisadora que retomou todo o material suspenso para expressar um entendimento sobre o fenômeno em tela, a partir do seu referencial científico e pessoal.

## 6. RESULTADOS

Duzentos e quarenta e cinco médicos de diferentes regiões do Brasil foram convidados a participar do estudo. Duzentos foram convidados a responder o questionário on-line, onze responderam. Quarenta e cinco foram convidados a participar da entrevista, oito foram entrevistados. Assim, dezenove participantes foram incluídos no estudo, no total. Para as entrevistas 37 médicos não puderam participar por falta de tempo, interesse ou imprevistos e 181 não responderam o questionário online por motivos não relatados.

### PERFIL DOS PARTICIPANTES

Todos os participantes eram homens e a média de idade era de 37 anos. O tempo médio de atuação como ortopedista foi de 10 anos de atuação.

70% dos participantes atendiam no sistema público e privado de saúde. 90% atendiam adultos. 45,5% trabalhavam mais de 60 horas semanais. 40% eram cirurgiões ortopedistas além de clínicos e 63,6% se atualizam semanalmente. As duas formas de atualização mais utilizadas foram a leitura de artigos científicos e cursos on-line. 80% dos médicos que responderam o questionário afirmaram atender pacientes com dor crônica com alta frequência, e 20% com menor frequência.

### TEMAS IDENTIFICADOS NA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Sete temas e dois subtemas foram gerados a partir da análise das entrevistas individuais:

- I. O perfil do paciente com dor crônica musculoesquelética
- II. Como lidar com o paciente com dor crônica musculoesquelética
  - A. Qualidades necessárias ao profissional
  - B. Qualidades necessárias ao tratamento
- III. Auto avaliação da comunicação
- IV. A proposta da ortopedia não é acompanhar pacientes crônicos
- V. O que gera o nocebo do ponto de vista do médico

- VI. A Fala Impactante
- VII. A repercussão da comunicação médica no tratamento conservador

### I. O perfil do paciente com dor crônica musculoesquelética

Esse primeiro tema reflete a forma como os médicos ortopedistas caracterizam os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas de maneira geral, apresentando um perfil em comum a todos os pacientes com essa condição de saúde.

No questionário on-line e nas entrevistas a descrição das características peculiares que pacientes com dor persistente apresentavam em relação a outros pacientes foram semelhantes.

As condições mais citadas foram ansiedade, depressão e "aspectos psicológicos". Outras condições também mencionadas foram a presença de dor generalizada e inespecífica, insônia, descrença na cura, pessimismo, uso de múltiplas medicações, falta de atividade física regular, perda de massa muscular e alteração de libido e problemas familiares. Apenas durante as entrevistas foram descritas características demográficas de gênero e idade, relatando que os pacientes que mais relataram dor crônica eram mulheres entre 35-45 anos.

"A maioria é mulher com dor crônica. Aqui, a cada dez mulheres com dor crônica, vem um homem com dor crônica. Então, essa é uma doença de mulheres modernas, e todas na faixa de vinte a quarenta anos de idade, não é sessenta, não! São "meninas" em fase ativa de vida". (P4)

"Então, existem pacientes que com dor crônica e que inclusive alguns deles, principalmente as mulheres, são taxados de ter fibromialgia(...) é muito comum mulheres de 25 a 40 anos de idade. Muitas mulheres jovens, que você olha para elas e aparentemente não têm nada e quando você examina são cheias de dor e você fica sem saber o que fazer porque você não tem um substrato anatômico, nada, nada...". (P5)

"É um paciente que ele é... não sei se posso usar esse termo...ele é mais "manhoso". Você vê que tem ali uma carga mais emocional na fala dele, já vem meio às vezes, já tem assim... parece que um "pezinho" na depressão... já fala com um certo peso da dor". (P1)

## II. Como lidar com o paciente com dor crônica musculoesquelética

Nesse tema é exposto o que os médicos apresentaram como necessário para se trabalhar com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas. As entrevistas e os questionários expuseram resultados semelhantes. Dois subtemas foram levantados, um se refere ao profissional e o outro relaciona-se ao tratamento.

- a) Qualidades necessárias ao profissional: esse subtema apresenta características que os médicos alegaram como sendo necessárias para se trabalhar com os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas. Elas podem ser resumidas em: empatia, otimismo, atenção e paciência.

"Eu acho que você sempre tem que motivar ele, por mais que o quadro seja grave. Não é iludir, mas é você dar uma perspectiva de melhora para o paciente"(P1)

- b) Qualidades necessárias ao tratamento: esse subtema apresenta as particularidades do tratamento voltado para os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas. Elas podem ser descritas como: individualização da terapia; diminuição de tratamentos invasivos; educação sobre dor crônica; utilização de medicação multimodal; interdisciplinaridade; uso de terapias complementares e indicação de leitura de auto ajuda.

"Às vezes, eu recomendo livros para essas pessoas, (...)eu passo muitos livros! Tem gente que chega para mim com muita dor e eu passo livros para ele começar a fazer exercícios e ver que ele precisa se cuidar, faz parte do meu "acervo de prescrição" também, porque se não fizer isso, (o tratamento) não se completa". (P5)

"A gente diz: "olha, o seu tratamento é prolongado e precisa um grupo te atendendo. Você precisa de ortopedista, fisioterapeuta, psicólogo, psiquiatra, algo melhor." (P5)

### III. Auto avaliação da comunicação

Esse tema apresenta a autoavaliação da capacidade do médico ortopedista de se comunicar com os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas. No questionário, em sua maioria, as respostas foram evasivas e breves. A maioria avaliou a própria comunicação como sendo boa.

"Essa é uma pergunta difícil, muito subjetiva. Não sei se eu conseguiria me graduar, eu avalio como boa, até porque já tem um tempo que eu lido com esse tipo de paciente, mas é sempre desafiante."(P3)

Nas entrevistas alguns médicos relataram de forma mais aberta as dificuldades na comunicação com pacientes com dor crônica inespecífica (sem achados no exame de imagem que justifique a causa da dor).

"A maior dificuldade é aquele paciente que não tem um exame de imagem tão ruim mas tem dor. Muitas vezes, na maioria das vezes, o paciente já vem acompanhado de sobrepeso, sedentarismo, uma série de coisas que estão agravando esse quadro de dor crônica e a maior dificuldade é você abordar esses pontos. É falar que o paciente é sedentário, que o paciente tá obeso...dependendo, você fica meio que "pisando em ovos" e o paciente (...) não quer ouvir isso."(P1)

"Claro que quando tem alguma alteração no exame de imagem, fica mais palpável para o paciente, a gente consegue que ele visualize, ele consegue entender melhor(...) Quando chega um paciente que tem um exame normal é desmistificar isso, falar: oh, isso não quer dizer que você não tenha nada, quer dizer que você não tem uma lesão estrutural e que a gente tem outros pontos que estão contribuindo com sua dor". (P3)

#### IV. A proposta da ortopedia não é acompanhar pacientes crônicos

Esse tema reflete que os ortopedistas, em sua maioria, não se consideravam os profissionais mais indicados para trabalhar com pacientes com dores crônicas. Ainda reflete a visão que o ortopedista carrega sobre o propósito prático da sua especialidade profissional.

A manifestação de que a proposta da ortopedia não é acompanhar pacientes com dores crônicas foi identificada apenas nas entrevistas. O contexto que justificava essa fala pelos ortopedistas era pautado no próprio perfil do paciente, que demanda mais atenção subjetiva e mais tempo de atendimento.

"O profissional médico que optou na sua carreira em tratar dor crônica vai buscar essa formação especializada, mas o ortopedista nem sempre vai ter interesse em tratar esse paciente(...) não é a proposta da ortopedia tratar esses pacientes. Existem profissionais dispostos e preparados para isso, outros, não. Essa não é minha proposta". (P6)

"Ortopedista gosta do osso, de uma fratura grave para ele cuidar, ele não gosta muito dessas partes, né? Mas a gente acaba fazendo isso muito porque são muitos os nossos pacientes que vem com queixa disso, entendeu?". (P5)

"Nós, ortopedistas, temos uma formação mais objetiva. Você tem uma patologia, você trata essa patologia e conseqüentemente você melhora os sintomas. Mas na maioria dos casos hoje em dia você não tem essa associação. Hoje em dia você se torna mais um clínico de dor do que ortopedistas mesmo. Às vezes, a gente recorre e encaminha para um clínico especialista em dor, clínicas multidisciplinares". (P6)

"Esses pacientes acabam tomando mais tempo nosso e a gente não vê grande resultado, e também e a gente se sente... talvez a palavra certa seja talvez "incompetente" para resolver. Dá vontade de dizer: "olha, eu não consigo resolver, você tem que procurar algum que saiba mais". (P4)

No questionário on-line não houve respostas nessa linha. Alguns médicos sugeriram encaminhamento para psicologia ou psiquiatria caso o paciente apresentasse condições

psicológicas que interferissem no tratamento, mas sem desconsiderar o paciente como elegível para o acompanhamento pela ortopedia.

## V. O que gera o nocebo do ponto de vista do médico

Esse tema apresenta o que os médicos acreditavam desencadear os efeitos nocebo nos pacientes.

Para os médicos entrevistados, o que poderia desencadear o efeito nocebo estava relacionado principalmente a comunicação verbal negativa do médico em relação aos exames de imagem, à própria condição de dor persistente do paciente e ao descrédito no tratamento fisioterapêutico.

Nas respostas do questionário on-line, as opções mais selecionadas para os fatores geradores de efeito nocebo nos pacientes foram cinco: 1- falta de aliança terapêutica empática; 2- comunicação verbal negativa do médico (linguagem técnica, falta de mensagens positivas relacionadas ao tratamento); 3- comunicação não verbal negativa do médico (postura fechada, expressões faciais, ausência de contato visual); 4- atitudes negativas e comportamento pessimista do médico (em relação às disfunções do paciente); 5- falta de abordagem centrada no paciente.

"Eu acredito que se você já condena: "ó, o que você tem aí não tem solução" ou "isso aí é da sua idade" ou "isso aí é da atividade que você fazia", "não tem mais o que fazer"...eu acho que aí o paciente se entrega, já se entrega ao quadro de dor, né?" (P1)

"Se o médico, já na fala dele, tem uma fala negativa a respeito do tratamento conservador, eu acredito que já anula qualquer benefício que possa trazer." (P1)

## VI. A Fala Impactante

O termo "fala impactante" faz referência, não ao conteúdo do que é dito e sim à maneira, a ênfase usada para transmiti-lo ao paciente. No discurso dos médicos entrevistados, é identificada a ideia de que os médicos devem falar diretamente, sem rodeios. Ela foi relatada

como sendo habitual aos ortopedistas para comunicação de informações de diagnóstico e prognóstico de saúde aos pacientes.

A hipótese é que a fala impactante gera uma reação no paciente, uma mudança de hábitos ou adesão melhor ao tratamento proposto.

Esse tema foi peculiar pois os médicos apresentaram opiniões variadas acerca dessa postura. Alguns entrevistados levantaram essa postura como positiva e necessária e outros a apresentavam como uma fonte de nocebo e uma conduta a ser revista. Já algumas respostas do questionário on-line a vincularam a uma conduta de ética profissional, associada ao dever de sempre falar a verdade ao paciente.

"O paciente guarda muito as palavras que ouve durante a consulta, então, eu sempre procuro passar o quadro realista do que ele tem, mas sempre dar uma ponta de esperança, que tem possibilidade de melhorar, né?". (P1)

"Por mais difícil que seja eu acho que falar a verdade e talvez até ser um pouco impactante para o paciente, ajuda em grande parte dos casos. Porque o paciente (...) prefere, na verdade, que você seja claro com ele(...) para que ele entenda a gravidade, o que ele tem. Que seja claro, mas que dê alguma ponta de esperança." (P2)

## VII. A repercussão da comunicação médica no tratamento conservador

O último tema suscitado da análise apresenta de que maneira os médicos entrevistados acreditam que a fala do ortopedista pode reverberar no trabalho de outros profissionais que lidam com esses pacientes, em especial, no tratamento fisioterapêutico. Três pontos foram levantados: 1- na expectativa que o paciente deposita no tratamento conservador; 2- na adesão ao tratamento; 3- no efeito do tratamento em si.

"Aí, se o médico, ali na fala dele, já tira o crédito do tratamento conservador, provavelmente não vai dar certo mesmo. Aquela fala, né: "ah isso aí é cirúrgico, só com cirurgia, fisioterapia não adianta mais pra você". (P1)

"A gente (ortopedista) e os outros profissionais têm a capacidade enorme de facilitar muito o trabalho do colega, como a capacidade enorme de atrapalhar". (P3)

"Eu vou fazer uma "mea culpa", principalmente na minha especialidade, que é a ortopedia, e para (a área de) cirurgia de coluna também, os colegas (cirurgiões), quando não tem um paciente com uma possibilidade de um tratamento cirúrgico, pontual para resolver o problema, eles falam: "ah, o seu caso não tem jeito, a sua dor é crônica, vai para um clínico", enfim, isso é muito prejudicial". (P2)

"Uma das questões que quem se propõe a trabalhar com dor crônica deve saber é que o trabalho dele é 10%, e 90% é dos outros. Então, se algum colega que, às vezes, fala algo negativamente, por exemplo: "isso daqui a fisioterapia não vai te ajudar não". O paciente tem outro tipo de resultado. Mesmo que ele vá para a fisioterapia, ele não acredita que aquilo vai ter resultados. Então, tem uma chance maior dele manter um certo padrão de dor sendo que poderia estar melhor. (P3)

## 7. DISCUSSÃO

### CONSIDERAÇÕES SOBRE A TRIANGULAÇÃO NO ESTUDO

Comparando as fontes de dados (entrevistas e questionário on-line), pode-se resumir que ambas convergem para as mesmas ideias mas cada uma era mais sensível para determinada característica do fenômeno.

A entrevista possibilitou o acesso a subjetividade das relações comunicativas e dificuldades dos médicos em lidar com os pacientes crônicos, exprimir comentários sobre atitudes e pensamentos em comum dentre a classe médica que não seriam relatados no questionário on-line.

Já o questionário pode trazer informações mais rasas, porém em maior número. Para o fenômeno a ser investigado, a entrevista trouxe informações muito mais profundas e relevantes ao objetivo do estudo do que o questionário. Ainda vale considerar que as questões abertas do questionário não foram respondidas com o detalhamento que a conversa verbal que a entrevista proporciona, pois o mesmo não estabeleceu um vínculo de troca de informações e comprometimento com a participação na pesquisa como a entrevista proporcionou.

### CONSIDERAÇÃO GERAL A PARTIR DOS TEMAS IDENTIFICADOS

A fala geradora de nocebo é parcialmente identificada pelos ortopedistas. O ortopedista sabe reconhecer o paciente mais suscetível ao nocebo pelo perfil apresentado. Ele também é capaz de identificar os elementos que podem ser fonte de nocebo na comunicação (não só no conteúdo da informação do diagnóstico e prognóstico, mas também na maneira de transmiti-lo ao paciente) mas ainda de forma teórica. Na sua prática, permanecem os discursos geradores de nocebo enraizados na cultura de comunicação dos ortopedistas, em especial daqueles que trabalham com cirurgia de coluna. Ortopedistas não se consideram os profissionais indicados para lidar com os pacientes com dores crônicas. Essa consideração pode estar relacionada ao foco tecnicista da especialidade da ortopedia e à pouca orientação acadêmica direcionada ao desenvolvimento de habilidades relacionais. O ortopedista reconhece sua influência na prática de outros profissionais pela repercussão da comunicação médica.

## **I - O perfil do paciente com dor crônica musculoesquelética**

No presente estudo as condições mais citadas para perfilar o paciente com dor crônica musculoesquelética foram ansiedade, depressão e "aspectos psicológicos". Outras condições também mencionadas foram a presença de dor generalizada e inespecífica, insônia, descrença na cura, pessimismo, uso de múltiplas medicações, falta de atividade física regular, perda de massa muscular e alteração de libido e problemas familiares. Apenas durante as entrevistas foram descritas características demográficas de gênero e idade, relatando que os pacientes que mais relataram dor crônica eram mulheres entre 35-45 anos.

Os estudos que traçam o perfil dos pacientes que apresentam dor crônica apontam também para distúrbios de humor, instabilidade afetiva associada à incapacidade causada pela dor crônica <sup>(52)</sup>, bem como distúrbios do sono, angústia, trauma, medo e catastrofização <sup>(53)</sup>. Ainda é importante salientar que essas condições psicológicas têm um relação bidirecional (afetam e são afetadas) pelos níveis de dor.

Um estudo transversal com 60 participantes investigou a relação da ansiedade com intensidade da dor, função psicológica e incapacidade de pacientes com dor lombar crônica inespecífica apontou que a intensidade da dor afetou os níveis de ansiedade, incapacidade e função psicológica <sup>(54)</sup>.

O estudo de Mills, 2019 elenca fatores de risco principais e secundários relacionados com o desenvolvimento de dor crônica, e coloca o gênero feminino como um fator de risco, visto que as mulheres apresentam duas vezes mais propensão a desenvolver dor crônica que os homens, dentre os motivos para essa diferença está o uso de estratégias de enfrentamento desadaptativas mais comumente usadas pelas mulheres. A idade também é colocada como um fator de risco apontando que quanto mais idade, mais chance de desenvolver dor crônica apesar dessa relação ser complexa e com muitos fatores de confundimento. O autor ainda expõe outros elementos como: o contexto socioeconômico (emprego e ocupação), fatores relacionados ao estilo de vida e comportamento (nível de atividade física, etilismo, tabagismo); fatores clínicos (dor, multimorbidade, saúde mental, peso, distúrbios do sono, genética); e ainda outros fatores: atitudes e crenças sobre a dor, história de violência ou abuso como determinantes para o processo de perpetuação da dor no indivíduo. Por fim, o autor conclui que "os comportamentos

relacionados à saúde e seus resultados são os fatores de risco mais importantes na gênese, duração e impacto da dor crônica" (55).

Em outra pesquisa que apresentou o perfil desses paciente, envolvendo indivíduos de 16 países, mostrou que 1 a cada quatro pacientes com dor crônica era também acometido de alguma condição psicológica, exigindo dos profissionais que lidam com essa população um preparo adequado (7).

## **II - Como lidar com o paciente com dor crônica musculoesquelética - a) Qualidades necessárias ao profissional**

Nas entrevistas e questionários, os médicos alegaram características necessárias para se trabalhar com os pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas. Estas podem ser resumidas em empatia, otimismo, atenção e paciência.

Uma revisão sistemática de 13 estudos investigou quais fatores influenciam as interações paciente-terapeuta na fisioterapia musculoesquelética e um dos quatro fatores apontados foram as habilidades interpessoais e de comunicação do fisioterapeuta (habilidades como ouvir, encorajar, ser empático amigável e a comunicação não verbal), ressaltando a importância das habilidades comunicativas do profissional(18).

Hoje sabe-se pelo estudo da dor que os pacientes com dores crônicas carecem de uma abordagem que enxerga além do componente mecânico estrutural e tecidual, visto que o mecanismo que perpetua a dor nesses indivíduos está além do que pode ser percebido por exames de imagens (56).

Um estudo de revisão trouxe que o repertório médico deve refletir atitudes de acolhimento, cuidado e respeito, fundamental para qualquer cuidado em saúde. Além disso, ressalta a importância da escuta ativa, adaptação às diferenças socioculturais e atenção às expectativas do paciente. Outro fator importante elencado no estudo foi a necessidade de percepção situacional e autoconsciência. Esse tópico levantado na revisão reforça a necessidade de atenção às pistas no comportamento e expectativas do paciente, às particularidades das interações, possíveis mal entendidos, suposições imprecisas e constrangimento. Isso pode ser observado pela linguagem não verbal do paciente como tom de voz, expressão facial e silêncio (57).

Outra característica que a revisão elencou como importante para o médico desenvolver a fim de melhorar sua comunicação é a capacidade de adaptação aos diferentes tipos de pacientes. Sempre há um grupo de pessoas que são mais comunicativas, abertas e otimistas, mas em se tratando de pacientes com dores crônicas, nem sempre esse estado de espírito se faz presente nas consultas até mesmo por consequência da dor persistente gerar um comportamento mais pessimista, depressivo e queixoso. Assim, nem sempre os pacientes serão sociáveis e participativos nas consultas e isso requer do médico adaptabilidade a comunicação mais desafiadora. Tendo em mente que esses últimos provavelmente são aqueles que mais precisam dessa característica da adaptabilidade. Diferenças culturais também podem se transformar em barreiras na comunicação entre médicos e pacientes, dificultando a adesão ao tratamento, insatisfação do paciente e desfechos indesejados em saúde. Já um médico que sabe administrar diferenças culturais pode melhor estabelecer uma comunicação centrada no paciente, melhorando os resultados do tratamento. <sup>(57)</sup>. Embora médicos e pacientes no Brasil possam apresentar condições socioeconômicas diferentes, no nosso estudo os médicos entrevistados não levantaram essas diferenças como barreiras para a comunicação.

## **II - Como lidar com o paciente com dor crônica musculoesquelética - b) Qualidades necessárias ao tratamento**

Os estudos que apresentam estratégias de abordagem para essa população apresentam diretrizes que variam dependendo se o objetivo é o tratamento de sintomas (exemplo, dor nas costas) ou de uma condição específica (osteoartrite, por exemplo), se é ou não uma condição elegível para cirurgia. Ainda deve ser levado em consideração adaptar os objetivos para cada paciente, visto que para alguns pode ser possível a redução da dor e para outros, não, fazendo com que a meta seja melhorar a qualidade de vida e funcionalidade apesar da dor <sup>(58)</sup>.

No nosso estudo os médicos apresentaram a individualização da terapia; diminuição de tratamentos invasivos; educação sobre dor crônica; utilização de medicação multimodal; interdisciplinaridade; uso de terapias complementares. Além disso, alguns médicos falaram do hábito de indicar leitura para os pacientes, os livros indicados incluem auto ajuda, espiritualidade e medicina alternativa.

Os participantes ainda ressaltaram a importância de se adaptar a fala de forma que o paciente entendesse completamente a mensagem a ser transmitida, com o uso de recursos

diversos para melhorar ainda mais a compreensão por parte do paciente da sua condição de saúde. Dentre esses recursos foram citados escala visual de dor, ilustração em papel e exposição em tela.

Essas estratégias estão presentes nas recomendações de melhores práticas para o manejo da dor quando se considera que a abordagem deve ser individualizada, centrada no paciente, com olhar multidisciplinar. Incluindo uso de terapias restaurativas, terapias complementares e integrativas <sup>(6)</sup>.

### **III - Auto avaliação da comunicação**

No presente estudo, de modo geral os médicos avaliaram sua comunicação com os pacientes como sendo boa. Durante as entrevistas os médicos relataram que a sua habilidade comunicativa ia melhorando à medida que ganhavam experiência com o passar dos anos e ao observarem outros profissionais atuando, foram ganhando manejo e confiança para lidar com pacientes crônicos. Apesar disso, relatam dificuldades em comum para se comunicar com pacientes com dores crônicas inespecíficas.

Do ponto de vista do paciente com dor crônica, os estudos apontam que eles apresentam uma necessidade de informações detalhadas, imagens, diagnóstico e prognóstico. Porém, já é sabido que pacientes com dores crônicas nem sempre se beneficiam do excesso de informações. <sup>(58)</sup> Essa realidade torna maior o desafio de se comunicar com esses pacientes.

Essa revisão sistemática aponta que pessoas com dor lombar de qualquer duração apresentam a necessidade de ter acesso a informações claras, consistentes e personalizadas sobre a própria dor e suas opções de tratamento, além de alimentarem expectativas em saber o diagnóstico e prognóstico, o que pode levar ao uso excessivo de exames de imagem. <sup>(58)</sup>

No nosso estudo, os médicos foram convidados a falar sobre como foram orientados sobre a comunicação com pacientes (de modo geral) em sua trajetória acadêmica e relataram que não foram formalmente embasados no assunto. Ainda relataram que aprendem a comunicar-se na vivência prática ao observarem seus professores, supervisores, colegas, e principalmente na lida com os próprios pacientes.

Semelhantemente, um estudo canadense avaliou as habilidades de comunicação de ortopedistas residentes a partir de suas próprias perspectivas e de seus diretores por meio de

um questionário quantitativo, entrevistas semiestruturadas e grupos focais <sup>(59)</sup>. Todos consideravam que a habilidade comunicacional se fazia pela habilidade de apresentar um conteúdo de informação com uma linguagem precisa e apropriada, e pouco valor foi dado às habilidades de processo que dizem respeito a como e em que circunstâncias se comunica. O único treinamento era aquele que recebiam implicitamente ao ver seus preceptores e outros profissionais na prática. A falta de tempo e a necessidade de adaptar a comunicação frente a diferentes tipos de pessoas com suas personalidades foram as barreiras identificadas para uma comunicação eficaz <sup>(59)</sup>.

#### **IV - A proposta da ortopedia não é acompanhar pacientes crônicos**

Os indivíduos com dores crônicas no Brasil geralmente buscam consulta com um médico ortopedista. Existem centros especializados em dor para um acompanhamento multidisciplinar desses pacientes, mas ainda é uma realidade pouco acessível para a maioria da população. Ainda que a diversidade de profissionais e centros especializados em dor esteja crescendo, o médico ortopedista ainda é a referência para o paciente com dor crônica no Brasil <sup>(29)</sup>.

No nosso estudo alguns ortopedistas não se consideravam os profissionais mais indicados para trabalhar com pacientes com dores crônicas. O contexto que justifica esse posicionamento era pautado no próprio perfil do paciente, que demanda mais atenção subjetiva e mais tempo de atendimento.

Esse discurso também foi embasado no foco da formação profissional da ortopedia, pautado no aspecto biomecânico, cirúrgico, intervencionista e curativo. Assim, foi relatado nas entrevistas que os médicos que optam por essa especialização, também possuem essa preferência de assistência.

Esse achado reflete a visão que o ortopedista carrega sobre o propósito prático da sua especialidade profissional mas também expõe uma realidade mais ampla do cenário das práticas assistenciais em saúde no Brasil.

A compartimentação do homem enquanto objeto de estudo, por um lado torna o conhecimento mais didático e permite avanços inquestionáveis. Por outro lado, essa abordagem afunila o olhar para o corpo doente do indivíduo, desconsiderando a experiência do sofrimento

como integrante da relação profissional-paciente. Mudar essa realidade demanda um insistente e profundo confronto. Diante da ênfase tecnicista que é dada na formação do estudante da área da saúde, torna-se necessário o resgate da essência humana na relação de cuidado envolvido nas práticas em saúde. Ao que concerne à interdisciplinaridade, o curso de medicina avançou após as novas diretrizes curriculares, mas não acompanhou os avanços ocorridos paralelamente no SUS no que tange a visão humanística e histórico-social do indivíduo. A formação do médico brasileiro ainda tem raízes no modelo biomédico, seja em instituições de ensino públicas ou privadas <sup>(22,60)</sup>.

#### **V - O que gera o nocebo do ponto de vista do médico; VI - A Fala Impactante; e VII - A repercussão da comunicação médica no tratamento conservador**

Para os entrevistados no nosso estudo, o que poderia desencadear o efeito nocebo estava relacionado principalmente a comunicação verbal negativa do médico em relação aos exames de imagem, em relação à própria condição de dor do paciente e ao descrédito no tratamento fisioterapêutico.

Ao mesmo tempo em que os médicos do estudo foram capazes de apontar o que claramente é reconhecido como fonte de nocebo, o uso de uma fala impactante como recurso na comunicação expõe que o médico ortopedista ainda desconhece o impacto de seu discurso. Reconhecer possíveis fontes do nocebo no cotidiano clínico é importante pois permite minimizá-lo ou evitá-lo. <sup>(61)</sup> Ainda assim, pode-se notar uma incoerência no discurso acerca do seu conhecimento e divergentes opiniões sobre o assunto. Alguns médicos apontaram a fala impactante como fonte geradora de nocebo e outros a apresentaram como um recurso útil para causar mudanças no paciente.

Semelhantemente, os entrevistados expuseram que na fala de colegas cirurgiões de coluna era comum o discurso aos pacientes não elegíveis para cirurgia que o "seu caso não tem solução", como estando a solução atrelada à cirurgia. Ainda nos casos em que o tratamento conservador era a indicação, a fala comum era "você vai ter que aprender a conviver com essa dor". Assim, por meio da comunicação verbal, os médicos minavam a expectativa de melhora ao desacreditar os tratamentos não invasivos. Essa postura, mesmo que indiretamente, pode dificultar o trabalho fisioterapêutico na adesão e continuidade do tratamento. <sup>(19,56,62,63)</sup>

Os estudos sobre comunicação com pacientes com dores crônicas apontam que muitas das falas tidas como impactantes são contraproducentes quando se considera o efeito nocebo que podem acarretar, gerando um impacto negativo no tratamento do paciente uma vez que sugere que a condição de saúde em que o paciente se encontra é complicada em demasia e que somente medidas mais drásticas poderiam ter resultados. O conteúdo da informação a ser dada ao paciente nem sempre é agradável, mas a forma que se transmite, o teor da conversa e toda a linguagem não verbal implícita na mensagem carrega consigo a capacidade de gerar o nocebo, muitas vezes evitável <sup>(17,19,61)</sup>

Uma pesquisa apontou o desconhecimento de médicos sobre o efeito nocebo por meio de um estudo qualitativo do fenômeno nocebo envolvido na comunicação médico paciente <sup>(64)</sup>.

Em outro estudo qualitativo utilizando questionário, também investigou o efeito nocebo sob a perspectiva médica de anestesistas, apresentou que 100% dos médicos relataram que não conheciam o nocebo na prática clínica. <sup>(64)</sup>.

Estudos sobre o conhecimento dos médicos sobre essa questão ainda estão mais relacionados ao contexto hospitalar cirúrgico e procuram avaliar o efeito nocebo gerado pela fala médica antes de procedimentos invasivos pontuais como cirurgias gerais e procedimentos odontológicos <sup>(56)</sup>.

Considerando o contexto cultural do Brasil, sabe-se que o médico é o principal profissional na atenção à saúde da população brasileira. A consulta médica é um momento importante para os pacientes e o discurso do diagnóstico e prognóstico contribui para construir a autopercepção de seu estado de saúde e afeta expectativa de melhora do paciente com dor crônica musculoesquelética <sup>(65,66)</sup>.

Para atender às novas demandas sociais dentro do contexto de saúde pública, as velhas práticas na comunicação necessitam ser confrontadas bem como os pressupostos que as sustentam, revistos <sup>(66)</sup>.

A comunicação é o recurso que permite as interações humanas. Uma comunicação adequada entre profissionais e pacientes não tem um fim em si mesma, mas visa ser aliada no processo terapêutico do paciente, uma vez que quando bem estabelecida promove boa aliança terapêutica, engajamento e adesão às propostas de tratamento. <sup>(11)</sup>

Questionar a prática médica diante das habilidades de comunicação é relevante ainda pelo fato de que estas materializam questões que levantam as demandas de humanização em saúde. As reflexões e relações de humanização vão além da criação de práticas salutares e confortáveis. Sob esse cenário, olhar para a comunicação médico paciente sintoniza com as demandas de humanização pelo reconhecimento da importância de não trabalhar a saúde somente pelo ponto de vista instrumental, do que fazer e de como melhor fazer, mas também que esse "fazer" se faz dentro de um contexto ético político <sup>(22)</sup>.

O curso de medicina possui um currículo denso, ainda assim essa realidade não tira a importância de se promover conteúdos que fomentem o resgate da humanização na saúde e reflexões sobre o que baseia a atitude em comum na prática médica atual <sup>(66)</sup>.

Não é razoável exigir dos profissionais de saúde um domínio absoluto teórico-prático de todos os elementos que compõem a assistência em saúde dos pacientes, visto que todo conhecimento está sujeito às limitações da pessoa humana do profissional. Daí, a necessidade da educação permanente ser enfatizada.<sup>(20)</sup> Assim, elementos que permitem uma relação humanizada entre profissionais e pacientes podem ser destacados desde sua formação teórica e reforçados na vivência prática. Essa reflexão pode ser cabível à formação de outros profissionais de saúde <sup>(22)</sup>.

## 8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Não foi colhido feedback dos entrevistados após a coleta de dados.
- Os áudios transcritos foram analisados por apenas um pesquisador, o que pode conferir tendência na interpretação.

## 9. CONCLUSÃO

O estudo objetivou compreender como o médico ortopedista auto avalia suas habilidades comunicacionais com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas, sua influência na geração de nocebo e na repercussão de sua fala na prática de outros profissionais a partir de entrevistas semiestruturadas e da aplicação de um questionário on-line.

A partir de estudos qualitativos fenomenológicos pode-se aproximar os pesquisadores da origem dos fenômenos investigados e melhorar sua compreensão acerca deles. Comparando as fontes de dados, a entrevista semiestruturada se mostrou mais sensível ao fenômeno observado.

Com esse estudo foi possível identificar nas entrevistas os elementos motivadores e de sentido que fundamentam a fala médica geradora de nocebo em pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas e a partir disso contribuir para a formulação de ferramentas educativas que objetivem minimizar e prevenir o efeito nocebo no cotidiano clínico.

Outros estudos que observam a comunicação em saúde no Brasil são necessários, tendo em vista que ela permeia todas as etapas das relações em saúde, compõe o cenário contextual do atendimento terapêutico e também afeta de forma direta os desfechos mensuráveis do tratamento.

## 10. IMPACTOS PRÁTICOS DOS ACHADOS PARA A SOCIEDADE

A partir de estudos qualitativos fenomenológicos pode-se aproximar os pesquisadores da origem dos fenômenos investigados e melhorar sua compreensão acerca deles. Com esse estudo foi possível identificar nas entrevistas os elementos motivadores e de sentido que fundamentam a fala médica geradora de nocebo em pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas e a partir disso contribuir para a formulação de ferramentas e ações educativas que objetivem minimizar e prevenir o efeito nocebo no cotidiano clínico. Além da aplicabilidade em ambiente clínico do profissional que trabalha com pacientes com dores crônicas, os achados podem somar ao aparato científico que baseia a formulação de programas e ações voltadas para a humanização das práticas em saúde visando à humanização do SUS no Brasil.

Exemplos dos impactos práticos para a sociedade:

- Constitui base científica para inclusão de conteúdo sobre a prática comunicativa do profissional de saúde da matriz curricular dos cursos de graduação em medicina e outras áreas em saúde no Brasil;
- Constitui base científica para inclusão de conteúdo sobre a prática comunicativa do profissional de saúde em cursos, palestras e ferramentas de educação contínua dos profissionais em saúde sobre comunicação com pacientes com dores crônicas, comunicação sem nocebo, comunicação de más notícias e comunicação para melhor aliança terapêutica, prevenção quaternária em saúde, práticas humanizadas em saúde e humanização.
- O mesmo conteúdo ainda pode contribuir para criação de aplicativos, cartilhas informativas e vídeos educativos sobre melhor comunicação com pacientes, dentre outros recursos.

## AValiação da Qualidade da Dissertação

### Quanto à abrangência

A abrangência é internacional, visto que na discussão dos resultados em comparação com estudos publicados em outros países sobre o mesmo tema, os médicos ortopedistas de outros países apresentam dificuldades semelhantes às dos brasileiros que foram identificadas pelo presente estudo.

### Quanto à aplicabilidade

Pode-se considerar um estudo com média aplicabilidade, visto que pode-se utilizar os achados para construção de ferramentas para aprimorar a comunicação de diversos profissionais que lidam com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas, e principalmente com profissionais ainda em formação acadêmica e em aprimoramento profissional para trabalhar com essa população. Dentre eles estão: médicos ortopedistas, reumatologistas, clínico gerais, anestesistas, neurologistas, fisioterapeutas, terapêutas ocupacionais, educadores físicos e psicólogos que lidam com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas, dentre outros profissionais.

### Quanto à complexidade

Considera-se um produto de baixa complexidade visto que não é necessário envolvimento de muitos atores das áreas de conhecimento técnico científico e tecnológico para elaboração de produtos aplicáveis à sociedade para aplicação dos achados do estudo.

### Quanto à inovação

Pode-se classificar o estudo com baixo teor invasivo visto que utilizou-se do conhecimento já existente para melhor compreensão do fenômeno observado e estudado.

## REFERÊNCIAS

1. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020;396(10267):2006–17.
2. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 - *The Lancet* [Internet]. [citado 2022 dez 18]; Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32340-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32340-0/fulltext)
3. Zhuang J, Mei H, Fang F, Ma X. What Is New in Classification, Diagnosis and Management of Chronic Musculoskeletal Pain: A Narrative Review. *Front Pain Res* [Internet] 2022 [citado 2023 fev 13];3. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpain.2022.937004>
4. Aguiar DP, Souza CP de Q, Barbosa WJM, Santos-Júnior FFU, Oliveira AS de. Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. *BrJP* 2021;4:257–67.
5. Carregaro RL, Tottoli CR, Rodrigues D da S, Bosmans JE, da Silva EN, van Tulder M. Low back pain should be considered a health and research priority in Brazil: Lost productivity and healthcare costs between 2012 to 2016. *PloS One* 2020;15(4):e0230902.
6. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet* 2021;397(10289):2082–97.
7. Fullen B, Morlion B, Linton SJ, Roomes D, van Griensven J, Abraham L, et al. Management of chronic low back pain and the impact on patients' personal and professional lives: Results from an international patient survey. *Pain Pract Off J World Inst Pain* 2022;22(4):463–77.
8. Driscoll MA, Kerns RD. Integrated, Team-Based Chronic Pain Management: Bridges from Theory and Research to High Quality Patient Care. *Adv Exp Med Biol* 2016;904:131–47.
9. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol* 2014;69(2):119–30.
10. Fermino TZ, Carvalho EC de. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. *Cogitare Enferm* 2007;287–95.
11. Coriolano-Marinus MW de L, Queiroga BAM de, Ruiz-Moreno L, Lima LS de. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. *Saúde E Soc* 2014;23:1356–69.
12. Benz LN, Flynn TW. Placebo, Nocebo, and Expectations: Leveraging Positive Outcomes. *J Orthop Sports Phys Ther* 2013;43(7):439–41.
13. Isquierdo APR, Bilek ES, Guirro ÚB do P. Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. *Rev Bioét* 2021;29:344–53.
14. Sombra LL, Silva VLL, Lima CDC, Moura HT de M, Gonçalves ALM, Pires APB, et al. Habilidade de Comunicação da Má Notícia: o Estudante de Medicina Está Preparado? *Rev Bras Educ Médica* 2017;41:260–8.

15. Petersen GL, Finnerup NB, Colloca L, Amanzio M, Price DD, Jensen TS, et al. The magnitude of nocebo effects in pain: a meta-analysis. *Pain* 2014;155(8):1426–34.
16. Rossetini G, Carlino E, Testa M. Clinical relevance of contextual factors as triggers of placebo and nocebo effects in musculoskeletal pain. *BMC Musculoskelet Disord* 2018;19(1):27.
17. Evers AWM, Colloca L, Blease C, Annoni M, Atlas LY, Benedetti F, et al. Implications of Placebo and Nocebo Effects for Clinical Practice: Expert Consensus. *Psychother Psychosom* 2018;87(4):204–10.
18. O’Keeffe M, Cullinane P, Hurley J, Leahy I, Bunzli S, O’Sullivan PB, et al. What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther* 2016;96(5):609–22.
19. Fagundes FRC, Reis FJJ, Cabral CMN. Nocebo e dor: os efeitos adversos do excesso de informação. *Rev Dor* 2016;17:157–8.
20. Marco MAD. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente [Internet]. [citado 2023 fev 13]; Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/63Ck5wPNn4gxyN39SZfCZsv/?lang=pt>
21. Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev Bras Educ Médica* 2009;33:253–61.
22. Goulart BNG de, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15:255–68.
23. Caprara A, Franco AL e S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública* 1999;15:647–54.
24. Moreira RB, Souza AM de. Contribuições do método fenomenológico empírico para estudos em psicologia no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Rev NUFEN* 2016;8(1):1–10.
25. Silva RV, Oliveira WF de. O método fenomenológico nas pesquisas em saúde no Brasil: uma análise de produção científica. *Trab Educ E Saúde* 2018;16:1421–41.
26. Henriques CM da G, Botelho MAR, Catarino H da CP. A fenomenologia como método aplicado à ciência de enfermagem: estudo de investigação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021;26:511–9.
27. Gomes WB. A Entrevista Fenomenológica e o Estudo da Experiência Consciente. *Psicol USP* 1997;8(2):305–36.
28. Andrade CC, Holanda AF. Notes on qualitative research and empirical phenomenological research. *Estud Psicol Camp* 2010;27(2):259–68.
29. Dubois MY, Follett KA. Pain Medicine: The Case for an Independent Medical Specialty and Training Programs. *Acad Med* 2014;89(6):863.
30. DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO de, Correia LMF, Oliveira CM de, Fonseca PRB da. Definição de dor revisada após quatro décadas. *BrJP* 2020;3:197–8.
31. Kp G, Fm F. The difference between acute and chronic pain. *Mt Sinai J Med N Y* [Internet] 1991 [citado 2023 fev 14];58(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1875958/>
32. Mills S, Torrance N, Smith BH. Identification and Management of Chronic Pain in Primary Care: a Review. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18(2):22.

33. Perrot S, Cohen M, Barke A, Korwisi B, Rief W, Treede RD, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary musculoskeletal pain. *Pain* 2019;160(1):77–82.
34. Almeida MSC, Sousa Filho LF de, Rabello PM, Santiago BM. Classificação Internacional das Doenças - 11ª revisão: da concepção à implementação. *Rev Saúde Pública* [Internet] 2020 [citado 2023 fev 14];54. Available from: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/dsS4mjDwZsNQ4BGZRnpXjSs/?lang=pt>
35. Melo C de F, Magalhães MR de AL, Meneses LMS de, Alves RSF, Magalhães JJC. Comunicação de más notícias no trabalho médico: um olhar do paciente com prognóstico reservado. *Trab Educ E Saúde* [Internet] 2022 [citado 2023 fev 14];20. Available from: <http://www.scielo.br/j/tes/a/tBt3dFSSVV8NDSLbZnZ3yhk/?lang=pt>
36. Kleine-Borgmann J, Bingel U. Nocebo effects: neurobiological mechanisms and strategies for prevention and optimizing treatment. Em: *International review of neurobiology*. Elsevier; 2018. página 271–83.
37. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F, Benedetti F. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet Lond Engl* 2010;375(9715):686–95.
38. Carvalho MS de. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988 | *Revista de Direito Sanitário*. 2015 [citado 2023 fev 14]; Available from: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>
39. Saúde M da, organizador. *Política Nacional de Humanização - PNH*. 2013;
40. Brazil, organizador. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a. ed., 2a. reimpressão. Brasília, DF: Editora MS; 2009.
41. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros E de O, Batista JBV, Duarte MCS. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20:3231–42.
42. Minayo MC de S. *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. *Pesqui Soc Teor Método E Criatividade* 1994;21:9–29.
43. Rocha LB. Fenomenologia, semiótica e geografia da percepção: Alternativas para analisar o espaço geográfico. *Rev Casa Geogr Sobral* 2002;4(1):2.
44. Giorgi A, Sousa D. *Método fenomenológico de investigação em psicologia*. *Lisb Fim Século* 2010;25:73–91.
45. Branco PCC. Diálogo entre análise de conteúdo e método fenomenológico empírico: percursos históricos e metodológicos. *Rev Abordagem Gestáltica* 2014;20(2):189–97.
46. Castro TG de, Gomes WB. Movimento fenomenológico: controvérsias e perspectivas na pesquisa psicológica. *Psicol Teor E Pesqui* 2011;27:233–40.
47. Castro TG de. *Lógica e técnica na redução fenomenológica : da filosofia à empiria em psicologia*. 2009 [citado 2023 fev 15]; Available from: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/17228>
48. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm* [Internet] 2021 [citado 2023 fev 15];34. Available from: <http://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/>
49. Minayo MC de S, Assis SG de, Souza ER de, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz; 2005.

50. França AA, dos Santos V, Lordelo Filho R, Pires KF, Lagoa KF, Martins WR. ‘It’s very complicated’: Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in Brazil. *Musculoskelet Sci Pract* 2019;42:84–9.
51. Naylor MJ, Boyes C, Killingback C. “You’ve broken the patient”: Physiotherapists’ lived experience of incivility within the healthcare team - An Interpretative Phenomenological Analysis. *Physiotherapy* 2022;117:89–96.
52. Rost S, Van Ryckeghem DML, Koval P, Sütterlin S, Vögele C, Crombez G. Affective instability in patients with chronic pain: a diary approach. *PAIN* 2016;157(8):1783.
53. Clauw DJ, Essex MN, Pitman V, Jones KD. Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgrad Med* 2019;131(3):185–98.
54. Jiang Y, Wang Y, Wang R, Zhang X, Wang X. Differences in pain, disability, and psychological function in low back pain patients with and without anxiety. *Front Physiol* 2022;13:906461.
55. Mills SE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth* 2019;123(2):e273–83.
56. Rossetini G, Camerone EM, Carlino E, Benedetti F, Testa M. Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. *Arch Physiother* 2020;10:11.
57. Teal CR, Street RL. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: a review and model. *Soc Sci Med* 1982 2009;68(3):533–43.
58. Lim YZ, Chou L, Au RT, Seneviwickrama KMD, Cicuttini FM, Briggs AM, et al. People with low back pain want clear, consistent and personalised information on prognosis, treatment options and self-management strategies: a systematic review. *J Physiother* 2019;65(3):124–35.
59. Lundine K, Buckley R, Hutchison C, Lockyer J. Communication skills training in orthopaedics. *J Bone Joint Surg Am* 2008;90(6):1393–400.
60. Meireles MA de C, Fernandes C do CP, Silva LS e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. *Rev Bras Educ Médica* 2019;43:67–78.
61. Manaï M, van Middendorp H, Veldhuijzen DS, Huizinga TWJ, Evers AWM. How to prevent, minimize, or extinguish nocebo effects in pain: a narrative review on mechanisms, predictors, and interventions. *Pain Rep [Internet]* 2019 [citado 2020 set 7];4(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6749907/>
62. Colloca L. How do placebo effects and patient-clinician relationships influence behaviors and clinical outcomes? *Pain Rep* 2019;4(3).
63. Blasini M, Corsi N, Klinger R, Colloca L. Nocebo and pain: an overview of the psychoneurobiological mechanisms. *Pain Rep* 2017;2(2).
64. Ashraf B, Saaïq M, Zaman KU. Qualitative study of Nocebo Phenomenon (NP) involved in doctor-patient communication. *Int J Health Policy Manag* 2014;3(1):23–7.
65. Comes Y, Trindade J de S, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios

- inscritos no Programa Mais Médicos. Ciênc Saúde Coletiva 2016;21:2749–59.
66. Pazinato MM. A relação médico-paciente na perspectiva da Recomendação CFM 1/2016. Rev Bioét 2019;27:234–43.

## APÊNDICE I



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM CIÊNCIAS DA  
REABILITAÇÃO – PPG-CR

### *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE*

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “**A COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE DORES CRÔNICAS MUSCULOESQUELÉTICAS - ESTUDO**

**FENOMENOLÓGICO COM MÉDICOS**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Andressa Alves França. O projeto visa contribuir para melhorias na comunicação entre profissionais e pacientes.

O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos atribuídos por médicos sobre a comunicação no diagnóstico e tratamento de dores crônicas musculoesqueléticas e faz parte do programa de mestrado da pesquisadora.

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 será por meio de uma única entrevista com a pesquisadora Andressa Alves França em uma sala do hospital que proporcione privacidade e em uma data e horário combinados com tempo estimado de 30 minutos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são sentir-se invadido, constrangido ou exposto com as perguntas da entrevista. Se isso ocorrer, você pode pular a pergunta, respondê-la no final ou, se preferir, descontinuar a entrevista. O tempo médio estimado para a entrevista é de 30 minutos, o que pode gerar cansaço físico e mental. Caso queira fazer uma pausa para descanso, beber água ou ir ao banheiro, a entrevista pode ser brevemente interrompida e retomada logo em seguida. Se você aceitar participar, contribuirá para uma melhor comunicação entre profissionais e pacientes.

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. Se existir quaisquer despesas adicionais relacionadas diretamente à sua participação na pesquisa (tais como passagem para o local da entrevista ou alimentação no local da entrevista) as mesmas serão absorvidas pelo orçamento da pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos

legais vigentes no Brasil. Caso você/senhor(a) sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, o(a) senhor(a) pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Os dados coletados (gravações das entrevistas) serão utilizados somente para a pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Os resultados da pesquisa poderão conter trechos das entrevistas transcritas (sem identificação dos participantes) e ainda poderão ser utilizados na versão final do trabalho acadêmico da pesquisadora para fim de obtenção de grau acadêmico. O trabalho final será disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, tornando-o público para outros estudantes e/ou pesquisadores. Os resultados também poderão ser usados para produção de material acadêmico, inclusive aulas, apresentações em congressos e eventos científicos por meio oral (conferências) e/ou impresso (pôsteres ou painéis) bem como para publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Andressa Alves França, no telefone (61) 98220-9375, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou por e-mail [190007168@aluno.unb.br](mailto:190007168@aluno.unb.br); ou para Wagner Rodrigues Martins, no telefone (61) 99943-3865, disponível inclusive para ligação a cobrar, ou por e-mail [wagnermartins@unb.br](mailto:wagnermartins@unb.br).

Esta pesquisa foi aprovada 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 sobre os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-8434 ou por e-mail [cep.fce@gmail.com](mailto:cep.fce@gmail.com), 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 a pesquisadora responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

---

Nome/ assinatura

---

Pesquisadora Responsável  
Nome e assinatura  
CPF: 029.382.141-03

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_.

## APÊNDICE II



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU 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 “*A COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE DORES CRÔNICAS MUSCULOESQUELÉTICAS - ESTUDO*

*FENOMENOLÓGICO COM MÉDICOS*”, sob responsabilidade de *Andressa Alves França* vinculada ao *Programa de Pós-Graduação Ciências da Reabilitação (PPG-CR) da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília*.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para análise pela equipe de pesquisa. Os resultados da pesquisa poderão ser usados e publicados em atividades de ensino e pesquisa, eventos acadêmicos e artigos científicos.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e 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 da pesquisadora 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 a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Estou ciente de que meu nome ou quaisquer informações que permitam me identificar não serão expostos e ficarão sob sigilo.

---

Assinatura do (a) participante

---

Nome e Assinatura do (a)  
pesquisador (a) CPF:  
029.382.141-03

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_

## APÊNDICE III



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM CIÊNCIAS DA  
REABILITAÇÃO – PPG-CR

### **TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DA VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS**

Por meio deste termo, \_\_\_\_, participante do estudo “*A COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE DORES CRÔNICAS MUSCULOESQUELÉTICAS – ESTUDO FENOMENOLÓGICO COM MÉDICOS*”, cede o direito de uso das imagens pessoais e/ou do som da sua voz que foram adquiridas durante a realização do tratamento clínico a que foi submetido ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior. Dessa forma, autoriza a Pesquisadora *Andressa Alves França*, vinculada ao *Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-CR) da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília*, responsável pelo trabalho a:

- (a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou som da sua voz obtidas durante seu tratamento clínico ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior na(o) dissertação de mestrado do *Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPG-CR)*, para fim de obtenção de grau acadêmico (ou divulgação científica), sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo. Está garantida a ocultação da sua identidade, incluindo a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;
- (b) veicular as fotografias, vídeos e/ou som da sua voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na Internet, assim tornando-as públicas para outros estudantes e/ou pesquisadores;
- (c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou som da sua voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) e/ou impresso (pôsteres ou painéis);
- (d) utilizar as imagens, vídeos e/ou som da sua voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

- (e) No caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.
- (f) No caso do som da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

Não haverá restituição financeira de qualquer natureza neste ou a qualquer momento pela cessão das imagens.

É vedado ao pesquisador utilizar as imagens para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o pesquisador assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante ou seu responsável.

Local e data: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Participante do estudo ou seu responsável legal: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE IV



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM CIÊNCIAS DA  
REABILITAÇÃO – PPG-CR

### **ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

- Como a prática médica de ortopedistas pode gerar efeitos negativos no tratamento de pacientes com dor crônica musculoesquelética?
- Como você explica os exames de imagem para o paciente?
- Como você explica a causa da dor ao paciente?
- Como você maneja a dor relatada pelo paciente?
- Como você orienta o paciente em relação aos cuidados que ele deve ter nas atividades diárias?
- O modo como você fala sobre a dor do paciente pode gerar algum malefício a ele?
- Como você avalia sua habilidade comunicacional diagnóstica e de tratamento com pacientes com dor crônica musculoesquelética?
- Como é a sua experiência de trabalho com pacientes com dor crônica na coluna? Cite um exemplo.
- Na sua percepção, como a sua comunicação do diagnóstico ao paciente pode interferir no trabalho do fisioterapeuta?
- Você gostaria de falar mais alguma coisa?

# APÊNDICE V

## COMUNICAÇÃO E DOR PERSISTENTE

Caro ortopedista ou médico especialista em dor,

Os dados e as análises provenientes da sua contribuição serão utilizados para fins acadêmicos, respeitando o anonimato. O preenchimento de todo o questionário é voluntário e levará em torno de 10 minutos.

Suas respostas são totalmente anônimas e serão usadas apenas para os fins desta pesquisa.

Ao responder este questionário, você declara que está manifestando concordância com os termos éticos da pesquisa.

### **1: Termo de concordância.**

Concordo em responder o questionário e com os termos éticos da pesquisa.

<https://drive.google.com/drive/folders/1y4z2M8xDnkAJUT63-MijKKt6VgIC21pa?usp=sharing>

## COMUNICAÇÃO E DOR PERSISTENTE

### QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

**3: Visando garantir que esta pesquisa será respondida apenas por médicos, solicitamos que informem o número do CRM.**

---

### **4: Seu gênero**

Masculino

Feminino

### **5: Informe sua idade.**

---

### **6: Há quanto tempo atua como médico ortopedista?**

---

### **7: Em qual cidade e Estado do Brasil ou do exterior você trabalha?**

---

### **8: Qual é o sistema de atendimento do seu local trabalho?**

Ambiente de saúde pública

Ambiente de saúde privado

Ambos

### **9: Qual é o seu tipo de relação trabalhista?**

- Funcionário
- Autônomo
- Proprietário / Sócio-proprietário

**10: Qual é a faixa de idade de seus pacientes:**

- Pediatria (<18 anos)
- Adulto (18-60 anos)
- Idoso (>60 ano)

**11: Qual é, em média, a sua carga horária de trabalho semanal?**

- 1-15 horas
- 16-30 horas
- 31-45 horas
- 46-60 horas
- >60 horas

**12: Qual é o seu principal foco de intervenção? Descreva (Ex: cirurgia, joelho, coluna, etc)**

---

---

**13: Com que frequência você se atualiza?**

- Me atualizo semanalmente
- Me atualizo mensalmente
- Me atualizo semestralmente
- Me atualizo anualmente
- Me atualizo sem uma frequência específica
- Não me atualizo

**14: Caso você se atualize, como o faz?**

- Cursos presenciais
- Cursos online
- Leitura de Artigos científicos
- Congressos científicos

Livros

## QUESTÕES SOBRE COMUNICAÇÃO COM INDIVÍDUOS COM DORES PERSISTENTES

Caro ortopedista,

Esta pesquisa visa esclarecer o papel da comunicação entre o médico e o paciente no tratamento de dores persistentes musculoesqueléticas. A comunicação entre médicos e pacientes vem sendo estudada e os efeitos relacionados a uma má comunicação são considerados como "nocebos" no tratamento. Os nocebos representam os "eventos adversos inespecíficos causados pelo contexto psicossocial negativo em torno da terapia".

Consideramos importante estudá-los com a finalidade de evitá-los, pois os efeitos relacionados ao nocebo determinam uma redução da eficácia e eficiência das estratégias de tratamento adotadas para pacientes com dores persistentes musculoesqueléticas.

Responda às seguintes perguntas com base em sua experiência clínica pessoal.

**15: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por uma fraca reputação profissional (por exemplo: qualificação insuficiente, pouca experiência do médico)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**16: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de uniforme (por exemplo: jaleco branco)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**17: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela expectativa negativa do paciente em relação ao recurso adotado (por exemplo: o medicamento adotado pelo médico no tratamento)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**18: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela experiência negativa anterior do paciente (por exemplo: em relação a um tratamento anterior da ortopedia)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**19: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por atitudes negativas e comportamento pessimista do médico (por exemplo: em relação às disfunções de um paciente)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**20: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela comunicação não verbal negativa do médico (por exemplo: postura fechada, gestos, ausência de contato visual, expressões faciais)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**21: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela comunicação verbal negativa do médico (por exemplo: linguagem técnica, falta de mensagens positivas associadas ao tratamento)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**22: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de aliança terapêutica empática com o paciente (por exemplo: falta de escuta ativa)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**23: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por informações dadas por outros pacientes sobre a terapia administrada (por exemplo: respostas negativas comunicadas ou observadas)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**24: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por informações sobre a terapia na mídia (por exemplo: internet, mídia social, notícias de televisão)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**25: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por terapia oculta (por exemplo: impossibilidade para o paciente ver quando a terapia é administrada)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**26: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela interrupção repentina da terapia (por exemplo: para atender outros pacientes ou colegas)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**27: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pelo marketing da terapia (por exemplo: custo, marca, cor, forma)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**28: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de familiaridade do paciente com a terapia (por exemplo: nova terapia)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**29: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de abordagem centrada no paciente (por exemplo: decisão não compartilhada do tratamento)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**30: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pelo contato físico inadequado com o paciente (por exemplo: invasividade do toque)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**31: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de ambiente confortável (por exemplo: iluminação inadequada, temperatura)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**32: Com que frequência você atende indivíduos com dor persistente musculoesquelética?**

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

**33: Quais diferenças/ características você identifica no indivíduo com dor persistente que outros não apresentam?**

---

---

**34: Geralmente, como você lida com essas diferenças/ características?**

---

---

**35: Em sua formação básica ou complementar, você já teve orientação sobre comunicação de más notícias ou temas relacionados à comunicação em geral?**

- Sim
- Não
- Talvez

**36: Você sente necessidade de melhorar sua comunicação com esses indivíduos?**

- Não.
- Sim.
- Talvez.

**37: Caso tenha respondido "Sim" no item anterior, detalhe em quais aspectos você sente necessidade de melhorar sua comunicação com esses indivíduos.**

---

---

**38: Descreva como você avalia sua habilidade comunicacional diagnóstica e de tratamento com indivíduos com dor crônica musculoesquelética?**

---

---

**39: Em sua opinião, o modo como ortopedistas falam sobre a dor com o indivíduo com dor persistente pode gerar algum malefício a esses indivíduos? Se sim, qual (quais)?**

---

---

**40: Na sua percepção, a comunicação do ortopedista sobre o quadro de saúde do indivíduo com dor persistente pode dificultar/ influenciar negativamente no trabalho do fisioterapeuta?**

---

---

**41: Como você fala sobre dor? Utiliza algum recurso além da comunicação verbal? Cite um exemplo.**

---

---

**42: Como geralmente você avalia a dor relatada pelo indivíduo com dor persistente?**

- Uso questionário próprio
- Uso questionário validado
- Uso um algômetro ou outro aparelho semelhante
- Uso escalas de dor (visual analógica, categórica numérica, etc)
- Não costumo usar instrumentos

**43: Quando um paciente está ansioso para saber o significado dos laudos dos exames de imagem, geralmente você esclarece dizendo:**

---

---

**44: Quando um paciente está aflito para saber o prognóstico de seu tratamento, geralmente você esclarece dizendo:**

---

---

**45: Marque o que mais se aproxima de sua realidade clínica:**

- Ao falar com indivíduo com dor persistente considero seu estado emocional;

- Ao falar com o indivíduo, geralmente estou atento a linguagem corporal dele (expressões faciais, tom de voz, postura, gestos);
- Durante o atendimento, geralmente estou digitando as informações que ele relata e não me atento a sua linguagem não verbal;
- Tenho dificuldade em equilibrar o que é necessário falar e o que pode ser prejudicial;
- Ao falar o provável diagnóstico e prognóstico, procuro ser direto;
- Ao falar o diagnóstico e prognóstico procuro ser impactante para gerar melhor adesão ao tratamento;

46: Gostaria de contribuir com algum comentário a respeito do tema da pesquisa (Comunicação com indivíduos com dor persistente musculoesquelética)?

---

---

#### QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

**47: Visando garantir que esta pesquisa será respondida apenas por médicos, solicitamos que informem o número do CRM.**

---

**48: Seu gênero**

- Masculino
- Feminino

**49: Informe sua idade.**

---

**50: Há quanto tempo atua como médico ortopedista?**

---

**51: Em qual cidade e Estado do Brasil ou do exterior você trabalha?**

---

**52: Qual é o sistema de atendimento do seu local trabalho?**

- Ambiente de saúde pública
- Ambiente de saúde privado
- Ambos

**53: Qual é o seu tipo de relação trabalhista?**

- Funcionário
- Autônomo
- Proprietário / Sócio-proprietário

**54: Qual é a faixa de idade de seus pacientes:**

- Pediatria (<18 anos)
- Adulto (18-60 anos)
- Idoso (>60 ano)

**55: Qual é, em média, a sua carga horária de trabalho semanal?**

- 1-15 horas
- 16-30 horas
- 31-45 horas
- 46-60 horas
- >60 horas

**56: Qual é o seu principal foco de intervenção? Descreva (Ex: cirurgia, joelho, coluna, etc)**

---

---

**57: Com que frequência você se atualiza?**

- Me atualizo semanalmente
- Me atualizo mensalmente
- Me atualizo semestralmente
- Me atualizo anualmente
- Me atualizo sem uma frequência específica
- Não me atualizo

**58: Caso você se atualize, como o faz?**

- Cursos presenciais
- Cursos online
- Leitura de Artigos científicos
- Congressos científicos

Livros

## QUESTÕES SOBRE COMUNICAÇÃO COM INDIVÍDUOS COM DORES PERSISTENTES

Caro ortopedista,

Esta pesquisa visa esclarecer o papel da comunicação entre o médico e o paciente no tratamento de dores persistentes musculoesqueléticas. A comunicação entre médicos e pacientes vem sendo estudada e os efeitos relacionados a uma má comunicação são considerados como "nocebos" no tratamento. Os nocebos representam os "eventos adversos inespecíficos causados pelo contexto psicossocial negativo em torno da terapia".

Consideramos importante estudá-los com a finalidade de evitá-los, pois os efeitos relacionados ao nocebo determinam uma redução da eficácia e eficiência das estratégias de tratamento adotadas para pacientes com dores persistentes musculoesqueléticas.

Responda às seguintes perguntas com base em sua experiência clínica pessoal.

**59: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por uma fraca reputação profissional (por exemplo: qualificação insuficiente, pouca experiência do médico)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**60: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de uniforme (por exemplo: jaleco branco)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**61: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela expectativa negativa do paciente em relação ao recurso adotado (por exemplo: o medicamento adotado pelo médico no tratamento)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**62: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela experiência negativa anterior do paciente (por exemplo: em relação a um tratamento anterior da ortopedia)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**63: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por atitudes negativas e comportamento pessimista do médico (por exemplo: em relação às disfunções de um paciente)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**64: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela comunicação não verbal negativa do médico (por exemplo: postura fechada, gestos, ausência de contato visual, expressões faciais)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**65: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela comunicação verbal negativa do médico (por exemplo: linguagem técnica, falta de mensagens positivas associadas ao tratamento)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**66: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de aliança terapêutica empática com o paciente (por exemplo: falta de escuta ativa)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**67: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por informações dadas por outros pacientes sobre a terapia administrada (por exemplo: respostas negativas comunicadas ou observadas)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**68: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por informações sobre a terapia na mídia (por exemplo: internet, mídia social, notícias de televisão)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**69: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados por terapia oculta (por exemplo: impossibilidade para o paciente ver quando a terapia é administrada)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**70: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela interrupção repentina da terapia (por exemplo: para atender outros pacientes ou colegas)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**71: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pelo marketing da terapia (por exemplo: custo, marca, cor, forma)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**72: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de familiaridade do paciente com a terapia (por exemplo: nova terapia)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**73: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de abordagem centrada no paciente (por exemplo: decisão não compartilhada do tratamento)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**74: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pelo contato físico inadequado com o paciente (por exemplo: invasividade do toque)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**75: O quanto você acredita que os efeitos relacionados ao nocebo podem ser desencadeados pela falta de ambiente confortável (por exemplo: iluminação inadequada, temperatura)?**

ACREDITO TOTALMENTE  1  2  3  4  5 NÃO ACREDITO

**76: Com que frequência você atende indivíduos com dor persistente musculoesquelética?**

- Sempre
- Quase sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

**77: Quais diferenças/ características você identifica no indivíduo com dor persistente que outros não apresentam?**

---

---

**78: Geralmente, como você lida com essas diferenças/ características?**

---

---

**79: Em sua formação básica ou complementar, você já teve orientação sobre comunicação de más notícias ou temas relacionados à comunicação em geral?**

- Sim
- Não
- Talvez

**80: Você sente necessidade de melhorar sua comunicação com esses indivíduos?**

- Não.
- Sim.
- Talvez.

**81: Caso tenha respondido "Sim" no item anterior, detalhe em quais aspectos você sente necessidade de melhorar sua comunicação com esses indivíduos.**

---

---

**82: Descreva como você avalia sua habilidade comunicacional diagnóstica e de tratamento com indivíduos com dor crônica musculoesquelética?**

---

---

**83: Em sua opinião, o modo como ortopedistas falam sobre a dor com o indivíduo com dor persistente pode gerar algum malefício a esses indivíduos? Se sim, qual (quais)?**

---

---

**84: Na sua percepção, a comunicação do ortopedista sobre o quadro de saúde do indivíduo com dor persistente pode dificultar/ influenciar negativamente no trabalho do fisioterapeuta?**

---

---

**85: Como você fala sobre dor? Utiliza algum recurso além da comunicação verbal? Cite um exemplo.**

---

---

**86: Como geralmente você avalia a dor relatada pelo indivíduo com dor persistente?**

- Uso questionário próprio
- Uso questionário validado
- Uso um algômetro ou outro aparelho semelhante
- Uso escalas de dor (visual analógica, categórica numérica, etc)
- Não costumo usar instrumentos

**87: Quando um paciente está ansioso para saber o significado dos laudos dos exames de imagem, geralmente você esclarece dizendo:**

---

---

**88: Quando um paciente está aflito para saber o prognóstico de seu tratamento, geralmente você esclarece dizendo:**

---

---

**89: Marque o que mais se aproxima de sua realidade clínica:**

- Ao falar com indivíduo com dor persistente considero seu estado emocional;

- Ao falar com o indivíduo, geralmente estou atento a linguagem corporal dele (expressões faciais, tom de voz, postura, gestos);
- Durante o atendimento, geralmente estou digitando as informações que ele relata e não me atento a sua linguagem não verbal;
- Tenho dificuldade em equilibrar o que é necessário falar e o que pode ser prejudicial;
- Ao falar o provável diagnóstico e prognóstico, procuro ser direto;
- Ao falar o diagnóstico e prognóstico procuro ser impactante para gerar melhor adesão ao tratamento;

90: Gostaria de contribuir com algum comentário a respeito do tema da pesquisa (Comunicação com indivíduos com dor persistente musculoesquelética)?

---

---

## ANEXO I

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A COMUNICAÇÃO NO TRATAMENTO DE DORES CRÔNICAS MUSCULOESQUELÉTICAS - ESTUDO FENOMENOLÓGICO COM MÉDICOS

**Pesquisador:** ANDRESSA ALVES FRANCA

**Área temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 42178020.5.0000.8093

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ceilândia - FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.625.788

#### **Apresentação do Projeto:**

"Este projeto de pesquisa de mestrado está vinculado ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação - PPG-CR, da Faculdade de Ceilândia - FCE, Universidade de Brasília - UnB. A pesquisa procura entender como a comunicação diagnóstica e de tratamento fornecida por médicos ortopedistas é absorvida por indivíduos com dores crônicas musculoesqueléticas e se essa comunicação se comporta como barreira ou facilitador no tratamento. A dor crônica é uma importante fonte de sofrimento humano e incapacidade com prevalência de 20% na população mundial. Diversos fatores podem influenciar o desfecho do tratamento de um indivíduo com dor crônica musculoesquelética. Esses fatores podem envolver questões biológicas, psicológicas e sociais mas também fatores contextuais relacionados aos serviços de saúde tem se mostrado como influenciadores desse tratamento de forma a facilitar ou dificultar o processo, mais especificamente a comunicação profissional-paciente. Objetivo: Compreender o sentido da experiência de médicos sobre o efeito nocebo gerado pela comunicação no tratamento de dores crônicas musculoesqueléticas. Método: Será desenvolvido um estudo qualitativo sob a perspectiva teórica da Fenomenologia Empírica de caráter preliminar. Trata-se de um estudo descritivo de experiências pelo fenômeno experienciado por médicos em relação aos aspectos comunicacionais do tratamento de dores crônicas musculoesqueléticas. O

método fenomenológico foi eleito por ser um protocolo consolidado de auto relatos de uma atuação. Serão participantes considerados elegíveis para o estudo médico(a)s ortopedistas que trabalhem diretamente com pacientes com dor crônica musculoesquelética em serviços de saúde públicos. Intenciona-se perfilar de 6 a 8 participantes que serão selecionados por conveniência. Para resguardar o sigilo de suas identidades, eles serão denominados como M1, M2, M3 e assim por diante. O estudo não se dará em um local físico específico pois dependerá da preferência e disponibilidade do participante. Os participantes serão convidados a participar do estudo por meio de convite eletrônico enviado por e-mail, mídias sociais e cartazes de divulgação da pesquisa. Para o envio dos convites por e-mail, poderá ser consultado o Conselho Regional de Medicina e Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. A coleta de dados (entrevistas) será realizada por videoconferência em local de preferência do participante que proporcione privacidade e estrutura física adequados, por meio de entrevista semi-estruturada. O convite a participar será feito virtualmente por e-mail. Em caso de aceite, a pesquisadora entrará em contato com o participante e fará uma breve apresentação pessoal e do tema da pesquisa. Será entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Termo de Concessão de uso de Voz e Imagem, ambos para leitura e assinatura à mão ou assinatura eletrônica. A pesquisadora poderá sanar eventuais dúvidas a respeito da pesquisa e conteúdo dos termos para assinatura. Ressalta-se que a entrevista poderá ser realizada no mesmo dia do convite inicial ou agendada para um momento oportuno ao participante. A gravação bem como a entrevista poderão ser interrompidos a qualquer momento caso assim deseje o participante. Ao finalizar o diálogo, será interrompida a gravação e a pesquisadora agradecerá a participação e se colocará à disposição para esclarecimento de eventuais dúvidas. Ressalta-se que a pesquisa seguirá as Normas e Diretrizes Brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Os áudios serão transcritos e revisados por um segundo pesquisador. Após a transcrição, os textos serão analisados sistematicamente a partir de quatro etapas próprias do método fenomenológico empírico. A hipótese do trabalho é de que a comunicação entre profissional e paciente pode se comportar como uma barreira, afetando a percepção do diagnóstico e a adesão ao tratamento fisioterápico de doenças crônicas músculo esqueléticas; e com a seguinte pergunta-problema: "Como os médicos envolvidos no tratamento de dores musculoesqueléticas percebem a geração do efeito nocebo pela comunicação?". Riscos: O tempo médio estimado para a entrevista é de 30 minutos, o que pode gerar cansaço físico e mental para o participante. Caso o participante queira fazer uma pausa para descanso, beber água ou ir ao banheiro, a entrevista pode ser

brevemente interrompida e retomada logo em seguida. A entrevistadora (pesquisadora principal) tem experiência prévia com o estudo fenomenológico que utiliza a entrevista como forma de coleta de dados e as questões elaboradas no roteiro foram revisadas por três pesquisadores do grupo visando proporcionar um diálogo produtivo, sem tendenciosidade ou constrangimento para ambas as partes. Ainda assim, é possível que o entrevistado sintasse ameaçado, invadido, constrangido, exposto ou descontente com as perguntas elencadas no roteiro, fazendo-o desistir de prosseguir com a entrevista(33). Benefícios: A entrevista é um recurso que promove a reflexão e diálogo aprofundado sobre determinado tema. É uma oportunidade para falar e ser ouvido sobre um conhecimento nunca antes exposto numa narrativa. O momento pode proporcionar ao participante a organização de seus pensamentos em relação ao tema de uma forma inédita para ele mesmo. Esse novo conhecimento pode despertar uma autoanálise de sua postura profissional e mudanças benéficas no cotidiano clínico. Também é possível que o participante veja a entrevista como uma deferência à sua pessoa, sintasse confortável em compartilhar experiências de sua vivência profissional sabendo que estará contribuindo para o avanço do conhecimento e fomentando melhorias para a sociedade. Resultados esperados: Com esse estudo se espera identificar nas entrevistas se há nocebo na fala dos profissionais e se houver, identificar os elementos de sentido e que fundamentam a fala geradora de nocebo, como ela pode ser percebida por eles. A partir disso, espera-se contribuir para a formulação de ferramentas educativas que objetivem minimizar e prevenir o efeito nocebo no cotidiano clínico."

**Critério de Inclusão:** "Médicos(a) ortopedistas que trabalhem diretamente com pacientes com dores crônicas musculoesqueléticas em serviços de saúde pública."

**"Critério de Exclusão:** Profissionais com menos de cinco anos de experiência clínica. Entende-se que os participantes com menos de 5 anos de prática podem apresentar uma experiência válida porém com menos variedade de casos clínicos de pacientes com dores crônicas do que os profissionais com mais anos de experiência. Como o número de participantes a ser entrevistado não é massivo, é interessante oportunizar aqueles que têm mais possibilidade de ter acompanhado diferentes casos de pacientes com dores crônicas para se identificar com mais facilidade o fenômeno pesquisado e enriquecer mais o trabalho".

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: "Compreender o sentido da experiência de médicos sobre o efeito nocebo gerado pela comunicação no tratamento de dores crônicas músculo esqueléticas." Específicos: "Definir a noção de dor e nocebo em seus aspectos comunicacionais; Empregar um roteiro semiestruturado de entrevista em médicos que tratam de dores musculoesqueléticas crônicas. Analisar fenomenologicamente os sentidos sobre o efeito nocebo no tratamento de dores crônicas músculo esqueléticas."

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: "O tempo médio estimado para a entrevista é de 30 minutos, o que pode gerar cansaço físico e mental para o participante. Caso o participante queira fazer uma pausa para descanso, beber água ou ir ao banheiro, a entrevista pode ser brevemente interrompida e retomada logo em seguida. A entrevistadora (pesquisadora principal) tem experiência prévia com o estudo fenomenológico que utiliza a entrevista como forma de coleta de dados e as questões elaboradas no roteiro foram revisadas por três pesquisadores do grupo visando proporcionar um diálogo produtivo, sem tendenciosidade ou constrangimento para ambas as partes. Ainda assim, é possível que o entrevistado sinta-se ameaçado, invadido, constrangido, exposto ou descontente com as perguntas elencadas no roteiro, fazendo-o desistir de prosseguir com a entrevista."

Benefícios: "A entrevista é um recurso que promove a reflexão e diálogo aprofundado sobre determinado tema. É uma oportunidade para falar e ser ouvido sobre um conhecimento nunca antes exposto numa narrativa. O momento pode proporcionar ao participante a organização de seus pensamentos em relação ao tema de uma forma inédita para ele mesmo. Esse novo conhecimento pode despertar uma autoanálise de sua postura profissional e mudanças benéficas no cotidiano clínico. Também é possível que o participante veja a entrevista como uma deferência à sua pessoa, sinta-se confortável em compartilhar experiências de sua vivência profissional sabendo que estará contribuindo para o avanço do conhecimento e fomentando melhorias para a sociedade."

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de mestrado, da pesquisadora Andressa Alves França, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, da Faculdade de Ceilândia (FCE) da UnB.

O estudo prevê 8 participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram satisfatoriamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram atendidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1605634.pdf	22/03/2021 16:32:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorrigidopendencia.doc	22/03/2021 16:28:57	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Outros	2103cartarespostapendencia.pdf	22/03/2021 16:25:31	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Cronograma	cronogramapendencia.pdf	22/03/2021 16:21:09	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_04_03.docx	04/03/2021 17:23:06	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Outros	CESSAOsom_e_voz.doc	04/03/2021 11:16:58	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Outros	Lattes_wagner.pdf	04/03/2021 11:14:25	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Outros	LATTES_ANDRESSA.pdf	11/01/2021 14:34:17	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito

Outros	carta_encaminham.pdf	11/01/2021 14:29:49	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.pdf	11/01/2021 14:26:09	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Outros	assinatura_eletronica_folha.pdf	11/01/2021	ANDRESSA ALVES	Aceito
Outros	assinatura_eletronica_folha.pdf	14:24:57	FRANCA	Aceito
Outros	termo_som_e_voz.doc	11/01/2021 14:24:09	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/01/2021 14:05:09	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Declaração de concordância	concordanciaproponenteassinada.pdf	16/12/2020 14:43:58	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito
Orçamento	orcamento.doc	16/12/2020 14:41:02	ANDRESSA ALVES FRANCA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASÍLIA, 01 de Abril de 2021

---

Assinado por:  
**MARIANA SODARIO CRUZ**  
**(Coordenador(a))**

# ANEXO II

## CARTA DE SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

The screenshot shows a web interface for managing manuscript submissions. At the top, the journal name 'Musculoskeletal Science and Practice' is displayed, along with the user's name 'Andressa França' and a 'Logout' link. A navigation menu includes 'Home', 'Main Menu', 'Submit a Manuscript', 'About', and 'Help'. The main heading is 'Submissions Being Processed for Author'. Below this, there are pagination controls showing 'Page: 1 of 1 (1 total submissions)' and 'Results per page: 10'. A table lists the submission details:

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
<a href="#">View Submission</a> <a href="#">View Reference Checking Results</a> <a href="#">Send E-mail</a>		Is there nocebo in communication between orthopedists and patients with chronic pain? A phenomenological study	Dec 20, 2022	Dec 20, 2022	Submitted to Journal

At the bottom right, there is a small notification bubble with the number '5' and a question mark icon.

## ANEXO III

### PRODUTOS EDUCACIONAIS

Participação como membro da comissão organizadora de eventos científicos:

- “1º CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA”, de 17 a 18 de abril de 2021;
- “3º SIMPÓSIO DO GRUPO DE PESQUISA EM REEDUCAÇÃO FUNCIONAL E DESEMPENHO HUMANO”, 6 e de março de 2021. Realização “Grupo Acolher e Cuidar”;
- “1º SIMPÓSIO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO”, 20 de novembro de 2021.



## CERTIFICADO DE ORGANIZAÇÃO

CERTIFICAMOS QUE

*Andressa Alves França*

participou do **I Simpósio Interdisciplinar em Ciências da Reabilitação (SIMReab)**, realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de Brasília (PPGCR-UnB), no dia 20 de novembro de 2021, com carga horária de 10 horas, na qualidade de membro da COMISSÃO ORGANIZADORA DISCENTE.

**ALINE MARTINS DE TOLEDO**  
Coordenadora do PPGCR

**MARIA AUGUSTA DE A. MOTA**  
Presidente do SIMReab

ORGANIZAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

REALIZAÇÃO



APOIO



## COMISSÃO ORGANIZADORA DISCENTE

- ALESSANDRA MARTINS MELO DE SOUSA
- ANDRESSA ALVES FRANÇA
- FERNANDA XAVIER SAMPAIO
- RAPHAELA XAVIER SAMPAIO
- REBECA SOARES DE SOUZA ARAUJO
- TAIS LUCIANA LACERDA

CERTIFICADO EMITIDO EM CONFORMIDADE COM O DECRETO FEDERAL Nº 5.154/04.

ORGANIZAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO

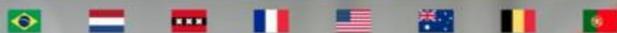
REALIZAÇÃO



APOIO



# COFIME

  
**1º CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL  
FISIOTERAPIA MÚSCULOESQUELÉTICA**

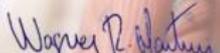
## *Certificado de Comissão Organizadora*

Certificamos que a equipe abaixo, participou como membro da comissão organizadora do:

**“1º CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL DE FISIOTERAPIA MÚSCULOESQUELÉTICA”**, de 17 a 18 de abril de 2021;

**“3º SIMPÓSIO DO GRUPO DE PESQUISA EM REEDUCAÇÃO FUNCIONAL E DESEMPENHO HUMANO”**, 6 e de março de 2021.

Realização **“Grupo Acolher e Cuidar”**.

  
**Wagner Rodrigues Martins**  
Presidente do COFIME

REALIZAÇÃO:



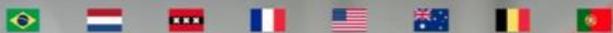
APOIADORES:



EDUCAÇÃO E PESQUISA

[www.cofime.com.br](http://www.cofime.com.br)

# COFIME

  
**1º CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL  
FISIOTERAPIA MÚSCULOESQUELÉTICA**

## **Equipe:**

André Luiz Maia do Vale  
Arlane Carvalho de Oliveira  
Daniele Bueno Godinho Ribeiro  
Guido Fregapani Agner  
Me. Joana Marcela Sales de Lucena  
Lilian Carolina Rodrigues Batista  
Mariana do Carmo Pinto Oliveira Barros  
Oriel Messias da Fonseca  
Rafaela Silva de Souza  
Thais Brasil Cardoso  
Wilson Luís Aires da Rocha  
Maria Augusta de Araújo Mota

Andressa Alves França  
Daltro Izaias Pelozato de Oliveira  
Felipe Alves Machado  
Igor Barreto Carvalho  
Karina Lisboa Correia  
Lorrane Freitas Campos  
Nataline Coutinho Lopes  
Correia Poliana Alves de Oliveira  
Sacha Clael  
Vanessa Barros da Conceição

[www.cofime.com.br](http://www.cofime.com.br)