



ARTIGO ORIGINAL

Função, atividade e participação na percepção do paciente com dor lombar crônica: estudo em um grupo focal

Function, activity and participation in perception of patients with chronic low back pain: a focus group

Sheila Aparecida da Silva¹, Victor Silva Alves², Lara Andrade Souza³, Marina Andrade Donzeli³, Dornival Bertoncello^{4,*}

¹Prefeitura de Uberaba, MG. ²Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP. ³Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG. ⁴Departamento de Fisioterapia Aplicada da UFTM, Uberaba, MG.

INFORMAÇÕES GERAIS

Recebido em 28 de janeiro de 2020
Aceito em 22 de maio de 2020

Palavras-Chave

Dor lombar
Fisioterapia
Pesquisa qualitativa

Keywords

Low back pain
Physical therapy specialty
Qualitative research

RESUMO

Objetivo: Identificar a percepção da dor lombar (DL) crônica em usuários de uma unidade de reabilitação fisioterapêutica de um município de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva e qualitativa. Realizaram-se grupos focais com usuários do serviço de saúde de ambos os sexos com idade superior a 18 anos, diagnóstico médico de DL crônica, e em reabilitação física. As unidades norteadoras foram: conversando sobre dor e tratamentos prévios para alívio da dor, programadas por roteiro semiestruturado. Emergiram as unidades: fala dos profissionais de saúde e a fala dos colegas de trabalho e familiares. As falas foram gravadas, transcritas e analisadas utilizando a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado. Utilizou-se o escore de dor do Índice de Incapacidade de Oswestry (IIO) e o IIO completo para avaliação da dor e da funcionalidade. **Resultados:** 14 pacientes (média de idade 52 ± 3 anos), na maioria mulheres, relataram DL crônica em média há 5 ± 5 anos. O valor médio do escore de dor foi de 1,37 ± 1,72 e média de incapacidade de 21,96% (IC95% 15,43 - 28,50%). Os relatos sobre a dor foram: 'um incômodo', 'uma doença', 'incapacidade', tratada com remédios e Fisioterapia; profissionais da saúde demonstram 'negligência', 'agressão' ou 'proibição'; enquanto família e colegas de trabalho demonstram 'desprezo', 'represália' ou 'apoio'. **Conclusão:** A percepção da DL crônica equivale a incômodo, desconforto, doença, restrições, agressão, negligência, desprezo, represália ou apoio a um misto de sensações físicas e psicológicas.

ABSTRACT

Objective: Identify the perception of chronic low back pain (LBP) in users of a physical therapy rehabilitation unit in a city in Minas Gerais, Brazil. **Methods:** This is a descriptive and qualitative exploratory research. Focus groups were held with users of the health service of both genres, above 18 years old, with a medical diagnosis of chronic LBP, and in physical rehabilitation. The guiding units were talking about pain and previous pain relief treatments, programmed by a semi-structured script. The units that emerged were the speech of health professionals and the speech of co-workers and family members. The statements were recorded, transcribed and analyzed using the Elaboration Technique and Analysis of Units of Meaning. The Oswestry Disability Index (ODI) pain score and the complete ODI were used to assess pain and functionality. **Results:** 14 patients (mean age 52 ± 3 years), mostly women, reported chronic LBP on average for 5 ± 5 years. The mean value of the pain score was 1.37 ± 1.72 and the mean disability was 21.96% (95% CI 15.43 - 28.50%). The reports on pain were: 'a nuisance', 'a disease', 'disability', treated with medication and physiotherapy; health professionals demonstrate 'neglect', 'aggression' or 'ban'; while family and co-workers demonstrate 'contempt', 'retaliation' or 'support'. **Conclusion:** The perception of chronic LBP is equivalent to distress, discomfort, illness, restrictions, aggression, neglect, contempt, reprisal or support to a mix of physical and psychological sensations.

***Correspondência:**

Depto de Fisioterapia Aplicada, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).
Rua Vigário Carlos, 100, 4º andar, sala 406. Uberaba - MG | CEP 38025-350
Telefone: (34) 99105-8114
e-mail: dornival.bertoncello@uftm.edu.br

Introdução

A dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais, sendo sempre subjetiva, e cada indivíduo aprende e utiliza este termo a partir de suas experiências¹. O processo doloroso que dura ou se repete por mais de três meses é conhecido como dor crônica, que deve receber maior atenção como uma prioridade global de saúde, pois o tratamento adequado da dor é direito humano, e fornecê-lo é o dever de qualquer sistema de saúde².

A dor lombar (DL) pode ser definida como dor ou desconforto localizada abaixo do arco costal e acima das pregas glúteas^{3,4}. A DL crônica foi classificada como dor primária crônica, ou seja, dor em uma ou mais regiões anatômicas que persiste por mais de três meses associada à angústia emocional significativa ou deficiência funcional de milhões de pessoas². Pode afetar de modo negativo a qualidade de vida do indivíduo, interferindo na qualidade do sono, na capacidade física e mental, tendo como consequência a fadiga física geral e localizada, depressão e a limitação da produtividade, interferindo nas atividades rotineiras, laborais e participação na vida social do usuário^{2,3}.

A DL afeta cerca de 100 milhões de adultos nos Estados Unidos da América, com um custo anual estimado em 635 bilhões de dólares, incluindo despesas médicas diretas e perda de produtividade. Sua prevalência mundial estimada é de 20%². Na população brasileira, os níveis epidemiológicos atingidos devido à DL indicam um problema de saúde pública, influenciando na incapacidade funcional e diminuição da produtividade⁵. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 revela prevalência de 10,5% de queixas relacionadas a problemas crônicos de coluna⁶. Além disso, a prevalência de dor lombar crônica foi registrada em 59,85% em 27.345 indivíduos em um universo de 60.202 indivíduos maiores de 18 anos⁷.

De acordo com recomendações atuais para DL crônica, médicos e pacientes inicialmente devem selecionar o tratamento não farmacológico com exercícios físicos, reabilitação multidisciplinar, acupuntura, redução do estresse com base na atenção plena, que apresentam evidência de qualidade moderada. *Tai chi*, ioga, exercícios de controle motor, relaxamento progressivo, *biofeedback* eletromiográfico, terapia a laser de baixo nível, terapia operante, terapia cognitivo-comportamental ou manipulação espinal, por sua vez, apresentam baixo grau de evidência⁸.

Devido à complexidade da DL crônica e os impactos individuais e coletivos que esse diagnóstico implica, a reabilitação desses usuários baseia-se no modelo biopsicossocial, como tem sido recomendado pela literatura⁹⁻¹¹. Diante do exposto acima, sendo um problema de saúde pública, o objetivo do presente trabalho foi identificar a percepção da DL crônica em usuários de uma unidade de reabilitação de um município de médio porte de Minas Gerais.

Métodos

Esse trabalho faz parte de uma pesquisa cujo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)

na Plataforma Brasil foi de número 40072314.8.0000.5154 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/UFTM) sob o parecer número 1.058.194 de 27/03/2015. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após as devidas informações sobre o estudo.

As pesquisas qualitativas têm como objeto explicações para um pequeno número de casos com foco na especificidade desse conjunto e em suas peculiaridades. A metodologia qualitativa¹² procura entender como os fenômenos acontecem, buscando a profundidade dos fatos e a incorporação de processos sociais e da subjetividade à abordagem, ligando-se crenças, motivações e pensamentos da população estudada. Permite que as pessoas revelem a complexidade e intensidade de seus sentimentos, o modo como falam sobre suas vidas, a linguagem usada e as conexões realizadas revelam sua percepção de mundo. O critério de cientificidade é a intersubjetividade, pois o conhecimento é construído pelos sujeitos e o objeto de observação numa relação dialética. Na pesquisa qualitativa utilizam-se descrições e as conexões causais para fundamentar as interpretações^{13,14}.

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, de natureza predominantemente qualitativa, onde foi utilizada a técnica de grupo focal. O grupo focal reúne pessoas com intuito de discutir um tema específico e relevante. Os participantes geralmente apresentam características ou experiências comuns, o que proporciona o debate de ideias, sentimentos, pensamentos expressos verbalmente ou não^{12,15}. Esses grupos constituem um método de examinar as experiências das pessoas a respeito de doenças e serviços de saúde, além de explorar atitudes e a necessidade pessoal¹².

A avaliação da incapacitação e da DL crônica foi realizada por meio do Índice de Incapacidade de Oswestry (IIO)¹⁶. Esta escala consiste em 10 questões com seis alternativas cada, cujo valor varia de 0 a 5 (valor mínimo de 0 e máximo de 50). A primeira pergunta do índice se refere à intensidade da dor, e pode variar de 0 (sem dor) a 5 (pior dor imaginável), e foi analisada também como resultado isolado do escore global. O valor do escore total foi dividido pelo escore máximo, 50 pontos. O resultado desta divisão foi multiplicado por 100 e os valores finais foram apresentados em porcentagens¹⁷. O IIO é classificado em incapacidade mínima (0 - 20%), incapacidade moderada (21- 40%), incapacidade severa (41 - 60%), paciente que apresenta-se inválido (61-80%), e indivíduo restrito ao leito (81-100%)¹⁷.

Esses grupos foram conduzidos pelo fisioterapeuta orientador da pesquisa (moderador) treinado previamente como participante e moderador de outros grupos focais, de acordo com questionário semiestruturado (Quadro 1). Foram constituídos dois grupos, com duração de 70 e 90 minutos. As falas foram gravadas por meio audiovisual e de áudio somente. Os grupos foram conduzidos pelo moderador, acompanhado por, no mínimo, dois observadores também fisioterapeutas. As falas foram transcritas integralmente por um dos observadores e analisadas pelos demais pesquisadores. Os pacientes não tiveram acesso às transcrições, pois a conclusão das transcrições deu-se após as altas fisioterapêuticas. Em cada grupo, os mesmos

profissionais participaram tanto da coleta de informações quanto do direcionamento da reunião. Foram convidados a participar dos grupos focais 18 indivíduos com diagnóstico médico de DL crônica e que participavam de reabilitação física na Unidade Especializada Reabilitação “Vimerson Hilário de Paiva”, que está vinculada ao Departamento de Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba - MG, com idade superior a 18 anos, que já haviam realizado no mínimo 10 consultas fisioterapêuticas para reabilitação da DL crônica baseadas em exercícios terapêuticos. A unidade de reabilitação em questão é conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e responsável pela reabilitação física em geral, de baixa e média complexidade do município. É constituída por equipe multiprofissional: Fisioterapeutas, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo e Psicólogo. Está localizada na parte central da cidade, facilitando o acesso aos participantes. É um ambiente com privacidade, iluminação e temperatura adequada. Nas datas preestabelecidas para realização dos grupos focais compareceram 14 participantes (formando-se um grupo de nove e outro de cinco). As reuniões com os grupos foram realizadas em uma sala ampla, onde os assentos foram organizados de forma circular, em que os participantes, moderador e observadores fizessem parte de um mesmo campo de visão, com espaço para organização de lanche e conversas coletivas. As unidades norteadoras foram: conversando sobre dor; tratamentos prévios para alívio da dor; a fala dos profissionais de saúde e a fala dos colegas de trabalho e familiares.

Quadro 1 – Questionário semiestruturado dos grupos focais.

Conversando sobre dor	O que é dor para vocês? Onde você sente dor? Há quanto tempo?
Tratamentos prévios para dor	Como você tratou sua dor antes de chegar aqui na fisioterapia (remédios, tratamentos alternativos...)?

No tratamento dos dados utilizou-se a Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado¹⁸, conduzida em três momentos: pré-análise dos dados obtidos, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. As categorias formadas foram interpretadas como unidades de análise^{12,13,15}. Para análise, os temas foram transcritos e categorizados a fim de nortear as percepções dos voluntários. Os dados numéricos foram descritos como média \pm desvio padrão ou intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Resultados

Participaram dessa pesquisa 14 pacientes com média de idade 52 ± 3 anos, sendo a maioria do sexo feminino (10 mulheres e 4 homens), com tempo médio de escolaridade de 10 ± 9 anos, tempo médio de dor lombar de 5 ± 5 anos. A maioria (80%) encontrava-se em atividade

ocupacional (relataram trabalhar como costureira, agente de Correios, impressor gráfico, auxiliares de serviços gerais, diarista, balconista, eletricista, feirante, auxiliar administrativo ou comerciários). A média de dor pelo IIO foi de $1,37 \pm 1,72$, enquanto a média de incapacidade de 21,96% (IC95% 15,43 – 28,50%). No momento do tratamento, relatavam utilizar menos remédios para alívio da dor que no início do tratamento.

Em relação à unidade “conversando sobre dor”, as falas convergiram para incômodo, doença e incapacidade (Quadro 2). Quando interpellados sobre quais tratamentos foram realizados previamente para alívio da dor, as respostas convergiram para as subunidades remédios ou sessões de Fisioterapia (Quadro 3). Durante a realização dos grupos focais, duas unidades emergiram: fala dos profissionais de saúde (Quadro 4) e fala dos familiares e colegas de trabalho (Quadro 5). Na unidade fala dos profissionais de saúde, a percepção dos participantes demonstrou que, em atendimentos anteriores, foram negligenciados, proibidos de fazer alguma atividade ou mesmo agredidos. Dessa forma as falas convergiram para as seguintes subunidades: restrições, subestimação da queixa e agressão. Quanto ao atendimento fisioterapêutico atual, as falas convergiram para as subunidades Fisioterapia e o fisioterapeuta (Quadro 6).

Discussão

Esta pesquisa constatou que a DL crônica é percebida como doença, incômodo ou incapacidade pelos participantes que, no universo deles, tem sido tratada com remédios e Fisioterapia. As falas que ouvem dos profissionais de saúde ou de familiares contêm expressões como restrições, agressões, desprezo, represália, subestimação da queixa de dor e apoio. Quanto ao tratamento atual, a Fisioterapia, segundo eles, alivia a dor, melhora a funcionalidade e reduz o consumo de remédios analgésicos, enquanto o fisioterapeuta demonstra rigidez com a execução dos exercícios e flexibilidade quanto à capacidade individual. O objetivo central foi alcançado à medida que os relatos fluíram durante as conversas com os indivíduos.

Uma revisão sistemática qualitativa das experiências de dor crônica dos pacientes, foco deste estudo, demonstrou que pacientes com dor crônica, muitas vezes, não acreditam que sua dor é compreendida. Desse fato desprende-se que isso aumenta o sofrimento por eles vivenciado¹⁹. O que é materializado nas falas demonstra que a dor está além dos conceitos disponíveis na literatura, sendo percebida subjetivamente por cada indivíduo. A condição da dor crônica limita, adoce e prejudica a execução das atividades de vida diária².

As falas identificadas na Quadro 2 materializam o modelo biomédico em assistência que, de acordo com a literatura, necessita ser superado principalmente no tratamento de indivíduos com diagnóstico de DL crônica^{4,11,19}. Quanto ao campo de atuação do fisioterapeuta, reflete-se grave realidade, de que todo

Quadro 2 – Conversando sobre dor.

Incômodo	Usuário 11 “Posso dizer que ela incomoda muito.” Usuário 5 “Pra mim ela significa um importuno muito grande. Porque cê vai dormir tá doendo, cê levanta tá doendo, cê anda tá doendo. Cê vai viajar tá doendo. Então dor é um importuno, um atrapalho muito grande.”
Doença	Usuário 10 “Já fui diagnosticada com fibromialgia, condromalácia patelar, síndrome do túnel do carpo, rompimento parcial do supra-espinhoso, a escápula tá me arrebatando aqui agora.” Usuário 6 “Eu tenho artrose, artrite, osteopenite; no ombro. Então é assim, eu já aprendi a conviver com a dor. Porque o médico falô assim que não tem cura. Que eu tenho que fazê? Fazê exercício pra pode né aliviá.”
Incapacidade	Usuário 12 “Eu tava andando mancando, eu andava como um amigo nosso que manca. Eu tava andando igualzinho o Batata.” Usuário 4 “Tinha dia que tava arrastando a perna. Falei, Meu Deus do céu, vou ter que acostumar com isso, com essa dor.”

Quadro 3 – Tratamentos prévios para dor.

Remédios	Usuário 8 “Já tem uns três anos, eu descobri que tô com problema de hérnia de disco, e já tomei muito remédio, muito anti-inflamatório, mas muito.” Usuário 4 “Já tomei muito remédio.”
Fisioterapia	Usuário 8 “Aí foi quando passou a fisioterapia. Era um negócio, uma máquina, que dava uns choquinhos, passava gel. Aí eu fiz várias vezes, várias sessões. Eu fazia, melhorava, depois voltava.” Usuário 10 “10 sessões de fisioterapia. Não melhora nada... Eu já fiz um monte. Eu senti melhora na minha hérnia de disco (...) aqui.” Usuário 1 “Porque antes eu fazia, na fisioterapia particular, só choquinho, a luz quente, aquele de massage. Só isso que eu fazia.” Usuário 6 “Terapia de exercício assim, é a primeira vez que eu faço. Eu já fiz fisioterapia do joelho, da coluna, mas só com choque. Nunca com exercício. E era aqui que eu fiz”

Quadro 4 – A fala dos profissionais de saúde.

Restrições	Usuário 10 “O médico falou pra mim, os dois que eu vou, que eu só posso na água. Só a água. Caminhada eu não posso fazer. Andar de bicicleta eu não posso mais.” Usuário 1 “O médico proibiu eu de caminhar.” Usuário 2 “Não pode fazer isso, aquilo. Não pode lavar roupas, limpar a casa” “A gente escuta é isso mesmo dos médicos.” Usuário 5 “Os médicos diz: Cê num pode limpá a casa, num pode lavá roupa, cê num pode isso, num pode aquilo...A chefe de fisioterapia do centro de reabilitação do hospital escola quando viu os meus exame, minha ressonância, ... ela me deu uma folhinha com um tantão de desenho de exercício que eu posso fazê. Aquele de estica, ela riscô, disse que eu não posso fazê...” Usuário 6 “Meu ortopedista disse que eu não posso fazê musculação, não posso fazê exercício.”
Subestimação da queixa	Usuário 8 “Os médicos, os peritos do INSS sempre falou isso: “Você tem que trabalhar com a dor, conviver com a dor.” Usuário 10 “Eles nunca te... te acolhem. Só te põem pra baixo.” “Eu tive no ortopedista, igualzinho falô pra ele. E tava ruim... Ele falou que eu tinha que acostumar com a dor. Tinha dia que tava arrastando a perna. Falei, Meu Deus do céu, vou ter que acostumar com isso, com essa dor.” Usuário 12 “Que que eu faço? Vou ter que conviver com ela. Eu escuto os outros falando “Você tem que conviver com a dor.” Usuário 5 “Os meus médico fala você vai administrá a dor. Cê vai acostumar a convivê com a dor. Nos vamo te ensiná a convivê com a dor. Eu por exemplo: por tanto tempo sentindo dor... Eu ouvi, eu já ouvi o médico fala: não, daqui cinco anos cê tá na cadeira de rodas (abaixa o tom de voz e se emociona). Eu já sai do consultório chorando depois de ouvi isso... Outras coisas que te desanima, né?! Tipo: Isso não tem cura. A gente desanima. Entendeu? Ah! O médico do INSS falou pra mim: mas pro problema da senhora não tem fisioterapia não. Cê vai piorá sua situação. Quando eu falei pra ele que ia fazê fisioterapia. Quer dizê o perito do INSS me falou isso. Ai assim né?! Parece que cê tomou uma pancada né? Na cabeça. Cê sai se achando incapaz.”
Agressão	Usuário 10 “Ele (o médico) falou pra uma amiga minha assim: “Pega ela, manda ela andar de bicicleta, tirar a blusa e descer gritando de braços abertos e gritando, que ela sara... “O outro (médico) que me atendeu, que olha o meu joelho... Ele me fez chorar, ele falou assim: “Você some daqui. Você sumiu daqui. Eu sei que sua mãe morreu mas aí por isso que você tem que abandonar a gente?!” (Demonstra-se nervosa e começa a chorar). E ele gritou e falou: “A bengala da sua mãe tá lá? A cadeira de rodas da sua mãe tá em casa?” Eu falei: tá. Ele disse: “Então você vai precisar”, ele disse desse jeito. Ele viu que eu fiquei mal. Quando ele pôs a mão no meu joelho eu gritei, eu queria dar um soco nele de dor. Ele falou “Eu não ponho a mão no seu joelho, tá horrível!”

Quadro 5 – A fala dos familiares e colegas de trabalho.

Desprezo e represália	<p>Usuário 10 “... Os superiores (gerentes) chegam pra mim. Eu falo “Tô bem, tô firme.”. Porque se eu falar que tô mal...”</p> <p>Usuário 3 “Uns diz que é moleza. Agora minha filha fala que eu tô assim porque eu sou muito agitada.”</p> <p>Usuário 7 “Eu sinto incapaz. Eu sinto muito incapaz. Ai eles fala que é moleza. Então eu parei de reclamar. Se doi, se não doi eu não falo. Agora eu dô conta de fazê as coisa.”</p>
Apoio	<p>Usuário 5 “Meus familiares são acostumados eu reclamo dor o dia inteiro, mas o dia inteiro eu trabalho. Entendeu? Então eles me entendem.”</p> <p>Usuário 4 “Eles, os meus filho me ajudam. São complacentes comigo. Me ajudam.”</p>

Quadro 6 – Fisioterapia atual.

Fisioterapia	<p>Usuário 9 “Tá sendo muito bom, não tô sentindo mais dor, até voltei a trabalhar normal, tá sendo muito bom.”</p> <p>Usuário 10 “Não melhora nada... Eu já fiz um monte antes. Eu senti melhora na minha hérnia de disco (...) aqui.”</p> <p>Usuário 1 “Porque eu achei que eu não ia dá conta. Quando eu fiz a avaliação, (...). Mas ai a gente foi devagar. Ela começa devagar, se a gente sente cansada, pode sentar.”</p> <p>Usuário 4 “E eu não acreditava em fisioterapia. E depois que eu comecei a fazer a fisioterapia, com dez sessões eu já conseguia agachar assim, [mostra com as mãos] dobrando os joelhos...”</p> <p>Usuário 6 “Antes de entrar na fisioterapia, eu tinha que levantar de manhã pra tomá o remédio pra trabalha ... Intão eu acho que exercício é sempre bão. Agora, as fisioterapia que eu fiz, é a primeira que eu faço exercício.”</p>
Fisioterapeuta	<p>Usuário 8 “Porque se fizer a coisa errada, ela [a fisioterapeuta] é muito rígida, ela fica brava com a gente: Tá errado, vamos repetir porque não fez direito. Agora a gente já vai pegando o ritmo certinho, aí ela elogia também.”</p> <p>Usuário 1 “A [fisioterapeuta] falô assim: olha primeiro, depois cê faz. Ai eu olhei assim: A falei meu Deus! É isso?”</p> <p>Usuário 5 “Acredita em você, vai até onde você pode ir. Tal...Isso é muito importante. Isso é muito importante. Dá pessoa falá pra você vai até onde você dá conta, porque ai cê sabe que a pessoa intende a sua limitação. Porque isso é importante pra nós, eu creio que pra todo mundo.”</p>

processo de intervenção fisioterapêutica tem sido reduzido às sessões de eletroterapia ou termoterapia, que são recursos analgésicos, não aliviando a gênese da DL^{19,20}. Tem sido amplamente demonstrado pela literatura que pacientes com DL devem ser reabilitados em programas de exercícios físicos ou terapia manual²¹ preferencialmente multimodais, como sessões de fisioterapia combinadas à terapia cognitivo-comportamental e remédios¹⁹⁻²². Ou seja, os recursos eletrotermoterápicos são utilizados em momentos de agudização da dor, mas não devem ser os únicos a serem utilizados no tratamento de usuários com diagnóstico de DL crônica. Tal reflexão nos chama atenção quanto à fragmentação do cuidado no usuário com DL crônica⁴.

Quando se verifica possível negligência, identificada pelos voluntários, em atendimentos prévios, pode-se inferir a importância de suas falas e o impacto bastante negativo na vida dos indivíduos. Esse impacto é emocional e desencadeia sofrimento, ou serve de apoio ao tratamento e compreensão do próprio sofrimento.

Ao considerar a dor relatada como ‘fingimento’ ou ‘somatização’, pensa-se em simplificar o problema, pois quer esteja ligada a lesão tecidual, inflamação ou incapacidade funcional, a dor é mediada pelo sistema nervoso. Nesse sentido, toda dor é física, independentemente da sua origem. Tal dor pode resultar em hipervigilância, avaliações de ameaças, reações emocionais e comportamento de esquivas, portanto, neste

sentido, toda a dor é psicológica²³⁻²⁶. Pesquisadores buscam categorizar a experiência da dor, mas, no cérebro, todas essas categorias são discutíveis porque a dor é essencialmente um fenômeno biopsicofisiológico²⁷.

Diante desses dados, os profissionais de saúde precisam refletir sobre o peso de valor que suas falas exercem sobre os usuários, pois o médico ou o fisioterapeuta, profissionais citados, são aqueles que possuem o saber científico. Isso fica ainda mais evidente quando uma participante relata que “uma fisioterapeuta riscou em uma folha os exercícios que ela não deveria fazer”, isso há aproximadamente 15 anos. E, mesmo assim, a usuária nem tentava executar pois a fisioterapeuta havia proibido. As citações das falas dos médicos repletas de restrições, menosprezo e culminando com agressão, são materializadas na fala do usuário 10, que afirma que médico gritou com ele “E ele gritou e falou”. Deve-se refletir, portanto, que a Medicina pode ser considerada uma técnica política de intervenção que produz efeitos de poder próprios e capacidade de produzir efeitos disciplinares e regulamentadores²⁸. Esse comportamento é identificado também com outros profissionais de saúde, aqui materializados nos fisioterapeutas e médicos, mas também investigados em outras áreas do saber, como na Enfermagem²⁹.

Na unidade ‘falas da família’ e de ‘colegas de trabalho’ é possível identificar, mais uma vez, sensação de

menosprezo. Além do isolamento social experimentado pelo usuário com DL, o isolamento familiar é materializado como no trabalho qualitativo de Bruns et al³⁰. Os familiares e colegas de trabalho, por sua vez, também exercem apoio aos usuários e isso os encoraja. Esse papel parece ser exercido também por grupos terapêuticos com abordagem integrativa²⁸ e modelo cognitivo comportamental³¹ em pacientes com dores crônicas.

As citações dos participantes convergem para o que relata a literatura, ou seja, programas de exercícios específicos para tratamento de DL crônica, incluindo fortalecimento dos músculos paravertebrais, glúteos, assoalho pélvico e transversos do abdome, foram descritos como eficazes no tratamento do problema^{24,32,33}. Novamente, outro participante relatou que já fez tratamento fisioterapêutico, mas é a primeira vez que fizera exercícios durante as sessões de fisioterapia (Usuário 6), sem, no entanto, conseguir total remissão do processo doloroso.

A subunidade Fisioterapeuta mostra o quanto é preciso aliar o modelo biomédico à subjetividade e a outras terapêuticas, possivelmente adotando práticas que entendam o outro como ser integral que é na 'sua dor', no seu viver. Esse é um desafio inerente à formação do Fisioterapeuta que, na prática, é basicamente embasada no modelo biomédico, eficiente, mas fragmentário^{34,35}, mas que dessa forma não consegue atender as necessidades de usuários com diagnóstico de DL crônica^{9,10}. Fica constatado que a percepção de resolutividade dos exercícios pôde ser evidenciada pelos participantes demonstrando que a execução sistematizada dos exercícios é importante, bem como atuação humanizada do profissional responsável pelo atendimento. Os relatos dos indivíduos revelam, portanto, a execução de protocolos pré-determinados para o tratamento da dor crônica, sem especificidade e também sem a busca por outras alternativas.

Para entender a dor e ser capaz de aliviá-la no processo da cura, deve-se considerá-la em um contexto mais amplo, que inclui as atitudes e expectativas mentais do paciente. Entender o universo da DL crônica é importante para reabilitar essa população considerando o

usuário como o ser biopsicossocial que é. Para tanto é importante conhecer e refletir sobre as percepções desses usuários. De acordo com eles, a DL crônica é desconfortável, incômoda e doença que foi tratada anteriormente com remédios e Fisioterapia baseada apenas em recursos termoterápicos e eletroterápicos. Os profissionais que os atenderam anteriormente menosprezaram suas queixas bem com os familiares que exercem importante papel de apoio. No cuidado da DL crônica é necessário estar atento à cronicidade da lesão e todo impacto da dor na vida do usuário: as lesões nas estruturas físicas e psíquicas do corpo, as deficiências advindas desse quadro, a dificuldade de participação em atividades sociais e execução de atividades físicas; as restrições físicas e psíquicas impostas pelo usuário e pela sociedade e aos fatores ambientais que compõem o universo de vida desse usuário.

Como limitações do estudo podemos mencionar que os pacientes não tiveram acesso ou revisaram a transcrição das falas, uma vez que já tinham recebido alta fisioterapêutica no momento desta fase do trabalho. Além disso, não foi realizada nova reunião de grupo focal dois meses após, a fim de ter resultados de *follow-up* e fazer comparação com o período de tratamento, o que seria uma sugestão para trabalhos futuros.

Conclusão

A DL crônica é percebida como incômodo, desconforto, doença, consumo de anti-inflamatórios, negligência, proibição, restrições, agressão, desprezo, represália ou apoio, o que denota a complexidade dessa condição de saúde que mescla percepções físicas e psicológicas concomitantes.

Agradecimentos

À Prefeitura do município de Uberaba – MG, pela disponibilidade do espaço e por permitir a realização da pesquisa com os pacientes locais.

Referências

1. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalence of chronic pain in adult workers. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(4):509-13. doi: [10.1590/S0034-71672006000400007](https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007)
2. Aziz Q, Barke A, Bennett MI, Benoliel R, Cohen M, Evers S, et al. A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain.* 2015;156(6):1003-7. doi: [10.1097/j.pain.000000000000160](https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160)
3. Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet.* 2018;391(10137):2356-67. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)
4. Buchbinder R, van Tulder M, Öberg B, Costa LM, Woolf A, Schoene M, et al. Low back pain: a call for action. *Lancet.* 2018;391(10137):2384-8. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)30488-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4)
5. Korelo RIG, Ragasson CAP, Lerner CE, Morais JC, Cossa JBN, Krauczuk C. Efeito de um programa cinesioterapêutico de grupo, aliado à escola de postura, na lombalgia crônica. *Fisioter em Mov [Internet].* 2013 [cited 2020 May 10];26(2):389-94. Available from:

www.scielo.br/pdf/fm/v26n2/16.pdf

6. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [Internet]. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [cited 2020 May 10]. Available from: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf
7. Carvalho RC, Maglioni CB, Machado GB, Araújo JE, Silva JRT, Silva ML. Prevalence and characteristics of chronic pain in Brazil: a national internet-based survey study. *Brazilian J Pain.* 2018;1(4):331-8. doi: [10.5935/2595-0118.20180063](https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180063)
8. Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forcica MA, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):514-530. doi: [10.7326/M16-2367](https://doi.org/10.7326/M16-2367)
9. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J,

- Kovacs F, et al. Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15(Suppl 2):s192-s300. doi: [10.1007/s00586-006-1072-1](https://doi.org/10.1007/s00586-006-1072-1)
10. Dreisinger TE. Exercise in the management of chronic back pain. *Ochsner J* [Internet]. 2014 [cited 2020 May 10];14(1):101-7. Available from: www.ochsnerjournal.org/content/ochjnl/14/1/101.full.pdf
11. Desconsi MB, Bartz PT, Fiegenbaum TR, Candotti CT, Vieira A. Tratamento de pacientes com dor lombar crônica inespecífica por fisioterapeutas: um estudo transversal. *Fisioter Pesqui*. 2019;26(1):15-21. doi: [10.1590/1809-2950/17003626012019](https://doi.org/10.1590/1809-2950/17003626012019)
12. Kitzinger J. Grupos focais. In: *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3º ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
13. Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):44-57. doi: [10.1590/S0104-12902004000300006](https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006)
14. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. 9º ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.
15. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. 1º ed. Brasília: Líber livro; 2005.
16. Vigatto R, Alexandre NM, Correa Filho HR. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(4):481-6. doi: [10.1097/01.brs.0000255075.11496.47](https://doi.org/10.1097/01.brs.0000255075.11496.47)
17. Falavigna A, Teles AR, Braga GL, Barazzeti DO, Lazzaretti L, Tregnago AC. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. *Coluna/Columna*. 2011;10(1)62-7. doi: [10.1590/S1808-18512011000100012](https://doi.org/10.1590/S1808-18512011000100012)
18. Moreira WW, Simões R, Porto E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. *R Bras Ci Mov* [Internet]. 2005 [cited 2020 May 10];13(4):107-114. Available from: portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/665/676
19. Verbeek J, Sengers MJ, Riemens L HJ. Patient expectations of treatment for back pain: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29(20):2309-18. doi: [10.1097/01.brs.0000142007.38256.f](https://doi.org/10.1097/01.brs.0000142007.38256.f)
20. Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Lombalgia inespecífica crônica: reabilitação. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [cited 2020 May 10];59(6):536-53. doi: doi.org/10.1016/j.ramb.2013.10.003
21. Franco YR, Liebano RE, Moura KF, Oliveira NTB, Myamoto GC, Santos MO, Cabral CNM. Efficacy of the addition of interferential current to Pilates method in patients with low back pain: a protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:420. doi: doi.org/10.1186/1471-2474-15-420
22. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Andrews J, et al. A meta-ethnography of patients' experience of chronic non-malignant musculoskeletal pain. *Heal Serv Deliv Res*. 2013;1(12):1-190. doi: [10.3310/hsdr01120](https://doi.org/10.3310/hsdr01120)
23. Gomes-Neto M, Lopes JM, Conceição CS, Araujo A, Brasileiro A, Sousa C, et al. Stabilization exercise compared to general exercises or manual therapy for the management of low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Phys Ther Sport*. 2017;23:136-42. doi: [10.1016/j.ptsp.2016.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2016.08.004)
24. Kisner C, Colby LA, editors. *A coluna: intervenção com exercícios para o pescoço e o tronco*. In: *Exercícios terapêuticos fundamentos e técnicas*. 4º ed. Barueri: Manole; 2005. p. 649-76.
25. Delitto A, George SZ, Dillen LV, Whitman JM, Gwendolyn AS, Shekelle P, et al. Low back pain. *J Orthop Sport Phys Ther* [Internet]. 2012;42(4):A1-57. doi: [10.2519/jospt.2012.42.4.A1](https://doi.org/10.2519/jospt.2012.42.4.A1)
26. Patel VB, Wasserman R, Imani F. Interventional therapies for chronic low back pain: A focused review (efficacy and outcomes). *Anesth Pain Med*. 2015;5(4):e29716. doi: [10.5812/aapm.29716](https://doi.org/10.5812/aapm.29716)
27. Garland EL. Pain Processing in the nervous system: A selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. *Prim Care*. 2013;39(3):561-71. doi: [10.1016/j.pop.2012.06.013](https://doi.org/10.1016/j.pop.2012.06.013)
28. Ribeiro ACL, Ferla AA. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. *Psicol Rev* [Internet]. 2016 [cited 2020 May 10];22(2):294-314. Available from: pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v22n2/v22n2a04.pdf
29. Baptista MKS, Santos RM dos, Duarte SJH, Comassetto I, Trezza MCSF. The patient and the relation between power-knowledge and care by nursing professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(4):e20170064. doi: [10.1590/2177-9465-ean-2017-0064](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0064)
30. Bruns EB, Befus D, Wismer B, Knight K, Adler SR, Leonoudakis-Watts K, et al. Vulnerable patients' psychosocial experiences in a group-based, integrative pain management program. *J Altern Complement Med*. 2019;25(7):719-26. doi: [10.1089/acm.2019.0074](https://doi.org/10.1089/acm.2019.0074)
31. Shaygan M, Böger A, Kröner-Herwig B. How does reduction in pain lead to reduction in disability in patients with musculoskeletal pain? *J Pain Res*. 2019;12:1879-90. doi: [10.2147/JPR.S197533](https://doi.org/10.2147/JPR.S197533)
32. Sung PS. Disability and back muscle fatigability changes following two therapeutic exercise interventions in participants with recurrent low back pain. *Med Sci Monit*. 2013;19:40-8. doi: [10.12659/msm.883735](https://doi.org/10.12659/msm.883735)
33. Cho YK, Kim DY, Jung SY, Seong JH. Synergistic effect of a rehabilitation program and treadmill exercise on pain and dysfunction in patients with chronic low back pain. *J Phys Ther Sci*. 2015;27(4):1187-90. doi: [10.1589/jpts.27.1187](https://doi.org/10.1589/jpts.27.1187)
34. Barra LYL. O fisioterapeuta, o paciente e a doença [Dissertação de Mestrado]. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo; 2006. Available from: tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1328
35. Moser AD, Scharan K. O olhar biopsicossocial na Fisioterapia: ferramentas disponíveis para sua operacionalização. *Fisioter em Mov*. 2018;31:e003136. doi: [10.1590/1980-5918.031.ed01](https://doi.org/10.1590/1980-5918.031.ed01)

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Contribuições específicas de cada autor:

Concepção e desenho do estudo: SAS, DB
 Análise e interpretação dos dados: SAS, LAS, DB
 Coleta de dados: SAS, VSA, MAD
 Redação do manuscrito: SAS, MAD, LAS
 Revisão crítica do texto: LAS, DB
 Aprovação final do manuscrito: SAS, MAD, LAS, DB
 Análise estatística: DB
 Responsabilidade geral pelo estudo: SAS, DB

Informações de Financiamento: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Bolsas de Mestrado, financiamento pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).