

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO

Curso de Fisioterapia

Carolina Fragoso da Silva

Guilherme Berretella da Silva

**MÉTODO DE PADRONIZAÇÃO DE SINTOMAS (MPS): ANÁLISE DE PERFIL E
GESTÃO DE PACIENTES NA FILA DE ESPERA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA
MUSCULOESQUELÉTICA EM UMA CLÍNICA ESCOLA DA CIDADE DE SÃO PAULO**

São Paulo

2024

Método de Padronização de Sintomas (Mps): Análise de Perfil e Gestão de Pacientes na Fila de Espera do Serviço de Fisioterapia Musculoesquelética em uma Clínica Escola da Cidade de São Paulo.¹

Carolina Fragoso da Silva²

Guilherme Berretella da Silva³

Francine Lopes Barretto Gondo⁴

INTRODUÇÃO: Compreender o perfil dos indivíduos aguardando tratamento pode contribuir para a gestão do serviço, reduzindo o tempo de espera e piora do quadro de saúde em âmbito biopsicossocial. **OBJETIVOS:** Desenvolver e verificar aplicabilidade de uma ferramenta digital de coleta de dados para requalificar a lista de espera do serviço de Fisioterapia Musculoesquelética. **MÉTODOS:** Estudo de característica transversal. Coleta de dados realizada através de ligação telefônica e aplicação de questionário autoral com 21 perguntas, destinadas a identificar sintomas e fatores associados. **RESULTADOS:** A ferramenta desenvolvida com base no Excel disponibiliza um Gráfico de Radar contendo o perfil de dor de cada sujeito, disposto em 7 domínios, Entrada Nociceptiva (EN), Neuropatia Periférica (NP), Alteração Nociplástica Central (NC), Desregulação ou Patologia Emocional (DE), Crenças ou Cognitiones Mal Adaptativas (CM), Contexto Socioambiental (CS) e Desintegração Sensoriomotora (DS). 32 pacientes foram classificados como baixa prioridade (EN, NP e DS em evidência), 35 como moderada (CM, EN e DE) e 13 como alta (CM, EN, CS e DE). 93,75% dos sujeitos demonstraram interesse em receber vídeos com estratégias para manejo de sintomas, entretanto, apenas 33,33% foram considerados elegíveis, e receberam orientações. Na categoria “Realocar / Encaminhar setor”, 2 pacientes foram direcionados para o setor de Fisioterapia Dermatofuncional, 2 para a Neurofuncional, 1 para Reabilitação Vestibular, 1 para Reabilitação Cardiopulmonar e 1 para Gerontologia. **CONCLUSÃO:** A ferramenta desenvolvida pode contribuir para o processo de anamnese do aluno, identificação e interpretação dos fatores que influenciam a dor dos pacientes, viabilizando estabelecimento de prioridades pelos supervisores de estágio, e encaminhamentos a outros serviços.

Palavras-chave: dor; gerenciamento de dados; listas de espera.

¹Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, orientado pela Profa. Francine Lopes Barretto Gondo

²Graduanda em Fisioterapia – Email: fragosocarols@gmail.com

³Graduando em Fisioterapia – Email: gberretella@gmail.com

⁴Professora Orientadora. Mestre. E-mail: francine.gondo@prof.saocamilo-sp.br

1 INTRODUÇÃO

No cenário mundial, a dor crônica apresenta alta prevalência e custo de tratamento, representando uma série de desafios e prejuízos para a sociedade ao estar associada a quadros de sofrimento psicossocial e incapacidade física (Mann, *et al.* 2013). A média nacional de brasileiros com dor crônica, segundo Aguiar *et al.* (2021) está em torno de 45,59%. Na cidade de São Paulo, o percentual de adultos moradores com dor é de em média de 31%. Além disso, observa-se a prevalência de dores possivelmente nociceptivas de 36,7%, neuropáticas de 14,5% e nociplásticas de 12,5%, com a região lombar como local de maior prevalência de dor crônica.

A compreensão da dor, assim como as tecnologias, está progressivamente evoluindo no decorrer dos anos, enquanto algumas esferas no âmbito do acesso e qualidade de serviços de saúde pela população brasileira não conseguem acompanhar. Frente ao precário cenário de saúde brasileiro, as clínicas-escola surgem como uma alternativa para o atendimento da população menos favorecida contribuindo, segundo Cerqueira *et al.* 2022, para o aumento da resolução dos quadros clínicos e para a aplicação dos conhecimentos teóricos obtidos pelos alunos durante seu período de graduação. Para isso, as clínicas-escolas atuam como projeto de extensão de instituições de nível superior através de unidades de atendimento gratuito, enquanto para o aluno, oferta diferentes perfis epidemiológicos, sociais e culturais, que agregam a sua formação teórica, prática e interpessoal.

Paralelamente à prevalência de diferentes perfis de dor, encontram-se uma série de distúrbios do sistema musculoesquelético, que se traduzem em um ciclo vicioso entre aumento das filas e do tempo de espera, absenteísmo, piora do quadro de saúde em âmbito biopsicossocial e maior oneração do sistema de saúde público e previdenciário. Neste sentido, destaca-se a necessidade de entender o perfil da demanda de pacientes reprimida na lista de espera, para que, através de uma gestão eficaz, atinja-se as necessidades dos pacientes de maneira integral e em tempo oportuno, maximizando o processo de recuperação e prevenindo a instalação de doenças e piora do quadro clínico (Farias, *et al.* 2019; Pereira, *et al.* 2022).

Este panorama pode ser visualizado em diversas esferas, como descrito por de Amorim *et al.* (2013), ao verificar a dificuldade de acesso dos idosos com dor lombar aos serviços de saúde, mesmo com encaminhamento médico. A insatisfação socioeconômica e o baixo grau de instrução escolar são exemplos destacados de como diferentes aspectos podem influenciar negativamente este acesso, para aqueles que se encontram em filas de espera há pelo menos 3 meses.

A clínica-escola objeto de estudo desta pesquisa oferece uma série de serviços assistenciais destinados a população em situação de vulnerabilidade, para melhorar a qualidade de vida, saúde e bem-estar. Da mesma forma, esta oportunidade de prestação de serviço contribui para o desenvolvimento das competências técnicas e comportamentais dos discentes em formação. Dada sua característica de serviços multiprofissionais ofertados, está sujeita a uma alta demanda de pacientes e conseqüentemente filas de espera para os atendimentos.

A identificação do perfil dos inscritos na fila de espera poderia otimizar a seleção de pacientes para serviços dessa natureza, que devem considerar, além do aspecto assistencial, o didático-pedagógico. Para tal, a proposta de teletriagem, ou seja, a triagem realizada à distância, pode ser utilizada como estratégia auxiliadora ao processo de anamnese pelo estagiário que receberá o paciente no serviço, aumentando a resolubilidade de desfechos clínicos, verificar a possibilidade de orientação via tecnologias de informação e comunicação, atreladas a estratégias de educação em saúde para promover autogerenciamento de sintomas durante o período de espera pela vaga no serviço, realocação na prioridade de atendimento, além de possibilitar a identificação e efetivação de encaminhamentos necessários a outros serviços ou especialidades da própria Fisioterapia.

2 OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo geral desenvolver uma ferramenta digital de coleta de dados para aprimorar a gestão da lista de espera do serviço de Fisioterapia Musculoesquelética de uma clínica escola no estado de São Paulo, para assim informar previamente o perfil de dor da demanda reprimida dos pacientes em espera para atendimento e identificar indivíduos elegíveis para autogerenciamento de sintomas através da realização de exercícios domiciliares guiados por vídeos específicos, enquanto aguardam sua avaliação. O objetivo específico desta pesquisa é verificar a aplicabilidade da ferramenta para organizar a lista de espera por ordem de prioridade de atendimento, além de verificar a necessidade de desligamento e encaminhamento aos outros serviços.

3 MÉTODO

Esse estudo é de característica transversal a fim de identificar o perfil de dor dos pacientes na fila de espera da clínica escola, a possibilidade de autogerenciamento de seus sintomas e reorganização da lista. Após autorização da coordenação do curso de Fisioterapia, da direção da clínica escola (ANEXO A) e posterior aprovação do projeto pelo Comitê de Ética (Parecer 6.299.284), os pesquisadores iniciaram o contato por telefone com os pacientes com 18 anos ou mais cadastrados na lista de espera do setor de Fisioterapia musculoesquelética.

A lista inicial contava com 311 pacientes cadastrados até a data de 27 de novembro de 2023. Após análise, foram excluídos 35 pacientes com menos de 18 anos, 12 duplicados e 1 com informações incompletas, restando 263 elegíveis para a realização da pesquisa. De acordo com a organização estabelecida, cada paciente elegível recebeu o máximo de duas tentativas de contato telefônico por parte dos pesquisadores em datas diferentes, com a possibilidade de agendamento de uma nova ligação para realização da coleta, caso ele não tivesse disponibilidade no momento da primeira ou segunda ligação. Ao atender a ligação, eles foram convidados a participar da pesquisa, e, aqueles que aceitaram, receberam via WhatsApp um link para preenchimento do formulário eletrônico contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). O formulário foi preenchido antes do início da entrevista e ao concordar e selecionar a caixa de opção, cada participante recebeu para guarda uma cópia do TCLE automaticamente através do e-mail informado.

Após preenchimento do TCLE, foi aplicado durante a ligação telefônica o questionário de perfil de dor (APÊNDICE B), que conta com 21 perguntas, adaptado através da intersecção entre 7 domínios “Entrada Nociceptiva”, “Neuropatia Periférica”, “Alteração Nociceptiva Central”, “Desregulação ou Patologia Emocional”, “Crenças ou Crenças Mal Adaptativas”, “Contexto Socioambiental” e “Desintegração Sensoriomotora”, e 3 entradas de informação, “Histórico da Queixa”, “Narrativa do Paciente” e “Outras Observações”, presentes no ANEXO B, em confluência com questionários dispostos na literatura, com caráter complementar às questões. As perguntas tinham o intuito de coletar informações sobre a queixa do paciente, mecanismo de lesão, relação com fármacos e outros tratamentos, intensidade e característica dos sintomas, influência de aspectos emocionais e socioambientais.

Após a aplicação do questionário de perfil de dor, as informações obtidas foram organizadas em domínios pré-definidos e posteriormente quantificados em três níveis - baixo, moderado e alto – a partir da atribuição de uma pontuação, variando de 1 a 3 pontos para cada domínio, de acordo com a disposição apresentada no quadro 1. A análise das pontuações embasou os critérios para determinar a prioridade de atendimento, a partir da escolha de 3 domínios: Desregulação ou Patologia Emocional, Crenças ou Crenças Mal Adaptativas e Contexto Socioambiental. A partir deles, os pesquisadores somaram suas pontuações, de modo que valores entre 0 e 3 se enquadraram como baixa prioridade, 4 e 6, média prioridade e 7 e 9, alta prioridade.

Quadro 1 – Critérios de pontuação por domínios do questionário de Perfil de Dor

DOMÍNIO	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
ENTRADA NOCICEPTIVA	Questões 1 e 2: relação fisiopatológica entre diagnóstico, histórico de lesão e presença de sintomas nos últimos 12 meses.	2 pontos
	Questão 3: apresenta melhora do quadro de dor com intervenção farmacológica	1 ponto
NEUROPATIA PERIFÉRICA	Questão 4: 1 ponto para cada aspecto relatado	2 pontos
	Questão 5: 1 ponto para cada aspecto relatado	1 ponto

DOMÍNIO	CRITÉRIO DE PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
ALTERAÇÃO NOCIPLÁSTICA CENTRAL	Questões 6, 7 e 8: 1 ponto para cada aspecto relatado	1 ponto para cada questão
DESREGULAÇÃO OU PATOLOGIA EMOCIONAL	Questões 9 e 10: 1 ponto caso a resposta esteja entre 0 e 7	1 ponto para cada questão
	Questão 11: pontua apenas se apresentar psicopatologia e tiver resposta entre 0 e 3 nas questões 9 e 10	1 ponto
CRENÇAS OU COGNIÇÕES MAL ADAPTATIVAS	Questões 12 e 13: pontua quando todas as respostas estiverem entre 0 e 7	1 ponto para cada questão
	Questão 14: pontua quando a resposta for "sim" para todas as perguntas	1 ponto
	Questão 15: pontua quando a resposta for "não e sim" ou "sim e sim" para as perguntas	1 ponto
CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL	Questões 16, 17 e 18: cada aspecto relatado vale 1 ponto	1 ponto para cada questão
	Questão 19: pontua se a resposta for "sim e não"	1 ponto
DESINTEGRAÇÃO SENSORIOMOTORA	Questão 20: pontua se a resposta for sim	1 ponto
	Questão 21: cada aspecto relatado vale 1 ponto	2 pontos

Nota: apesar de pontuar no máximo 3, domínios como Cognição e Crenças Mal Adaptativas e Contexto Socioambiental possuem 4 perguntas cada. Sendo assim, caso o paciente já tenha atingido a pontuação máxima antes de realizar a 4ª questão, ela passará a ter caráter complementar na análise dos resultados, sem alterar a pontuação final.

Os dados foram organizados em planilha do Excel e deram origem a um gráfico de radar que permite a identificação do perfil de dor do paciente dentro dos domínios apresentados. Para isso, os pesquisadores desenvolveram um modelo de ferramenta digital no Excel para a visualização do gráfico de radar de cada paciente de forma dinâmica.

Ao final da entrevista foi oferecido aos participantes a possibilidade de receber um vídeo personalizado e individualizado com estratégias para controle de seus sintomas, a fim de melhorar sua qualidade de vida até que sejam chamados para avaliação pelo serviço de Fisioterapia. A disponibilização dos vídeos foi feita após interesse prévio sinalizado pelo paciente, mediante preenchimento do questionário ‘PAR-Q’ (ANEXO C) ao final da entrevista. A aplicação do “PAR-Q”, teve como objetivo identificar a necessidade de avaliação médica antes do início ou aumento do nível de atividade física, e só receberam os vídeos aqueles que estavam aptos após avaliação do questionário.

Os participantes aprovados no questionário anterior receberam um formulário eletrônico (APÊNDICE C) por WhatsApp, com perguntas direcionadas sobre seus sintomas, para especificação e produção dos vídeos. Após análise das respostas dos formulários, os pesquisadores gravaram e encaminharam vídeos com exercícios de fácil realização para cada um dos pacientes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

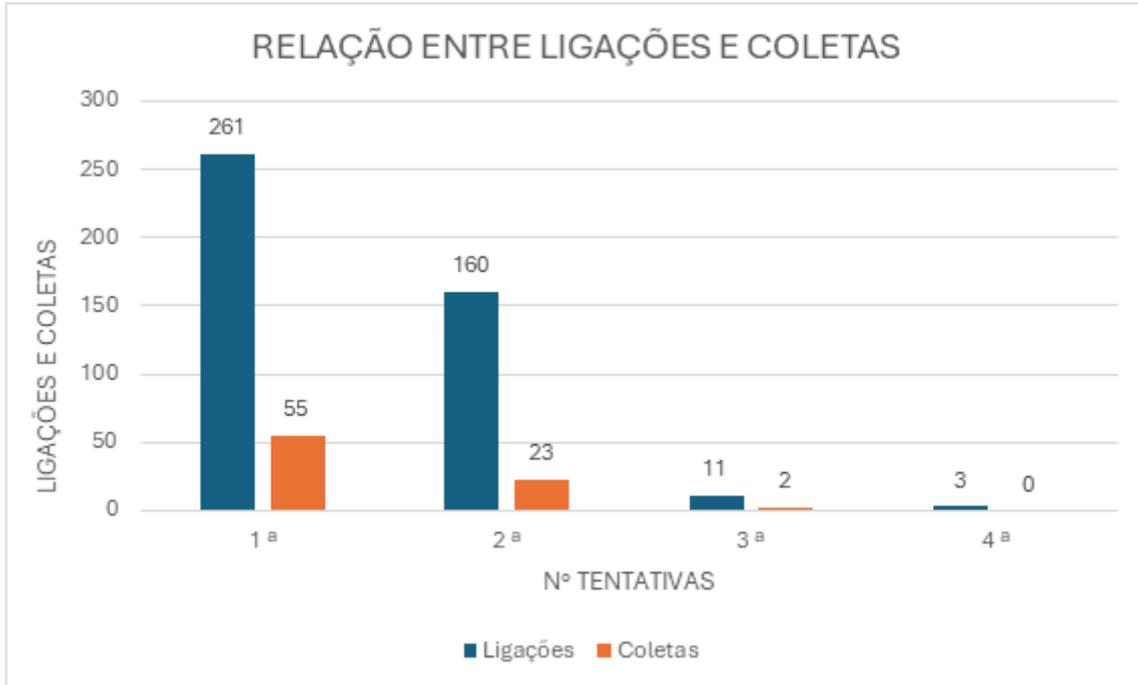
Para o desenvolvimento desta pesquisa, a lista interna de pacientes na fila de espera da clínica escola foi utilizada para o levantamento e interpretação dos dados. A partir da aplicação dos filtros descritos na metodologia, o número total de sujeitos deste trabalho passou de 311 para 263, com exclusão de dois sujeitos ao ser verificado sua alocação incorreta na lista de espera interna, pois a pesquisa no sistema não retornou suas informações pessoais, caracterizando esses como inexistentes, totalizando 261.

Quadro 2 – Caracterização da amostra

Gênero	Masculino	14
	Feminino	66
Idade	<20 anos	1
	20 a 40 anos	10
	40 a 60 anos	47
	>60 anos	22
	Média	51,6 anos
Já realizou fisioterapia antes?	Sim	55
	Não	25
Tempo cadastrado na lista de espera no momento da coleta	+ 2 anos	2
	De 1 a 2 anos	33
	De 6 meses a 1 ano	44
	Menos de 6 meses	1

Deste modo, com o estabelecimento do número total de participantes, foram realizadas 435 ligações, resultando ao final do período de coletas: 103 insucessos, 43 recusas, 20 exclusões da lista de espera (decorrente de desistência da vaga pelo sujeito, atendimento particular, atendimento prévio com recebimento de alta na clínica escola ou tratamento em andamento), 17 casos diversos (impossibilidade ou recusa em assinar o TCLE e contato telefônico não condizente com o do participante), resultando em 80 coletas, realizadas em no mínimo 2 tentativas, conforme o gráfico 1.

Gráfico 1 - Relação entre número de ligações e coletas realizadas.

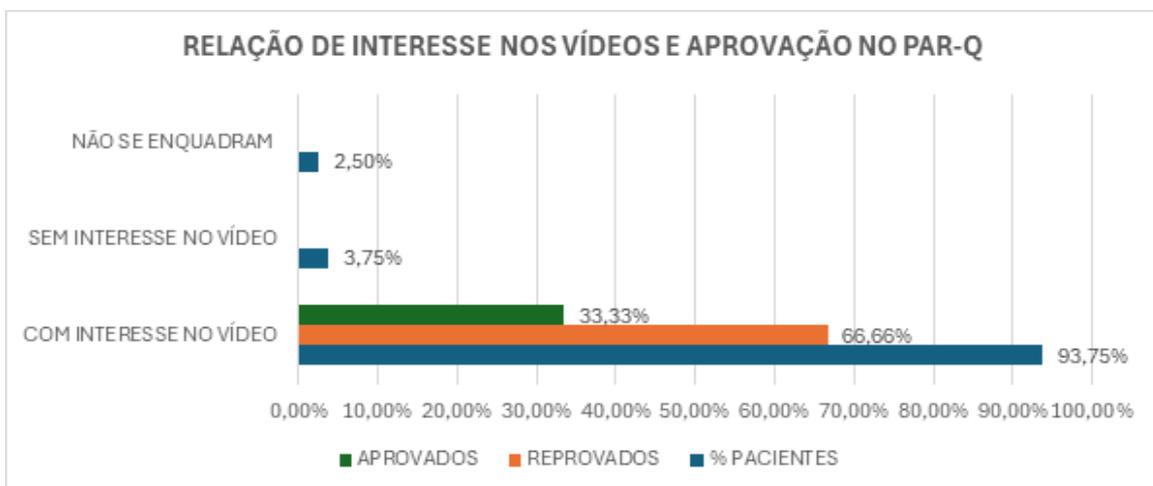


Vale destacar a presença de 24 nomes e 5 números de telefone em desacordo com o sistema e 18 números de telefone que necessitaram de confirmação pelos pacientes, pois se encontravam indisponíveis ou quando atendidos, não correspondiam ao nome cadastrado na lista.

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa e tiveram a coleta de dados validada, receberam a oferta de um conjunto de vídeos com orientações para autogerenciamento de sintomas e foram filtrados a partir da aplicação do Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) para poderem recebê-los.

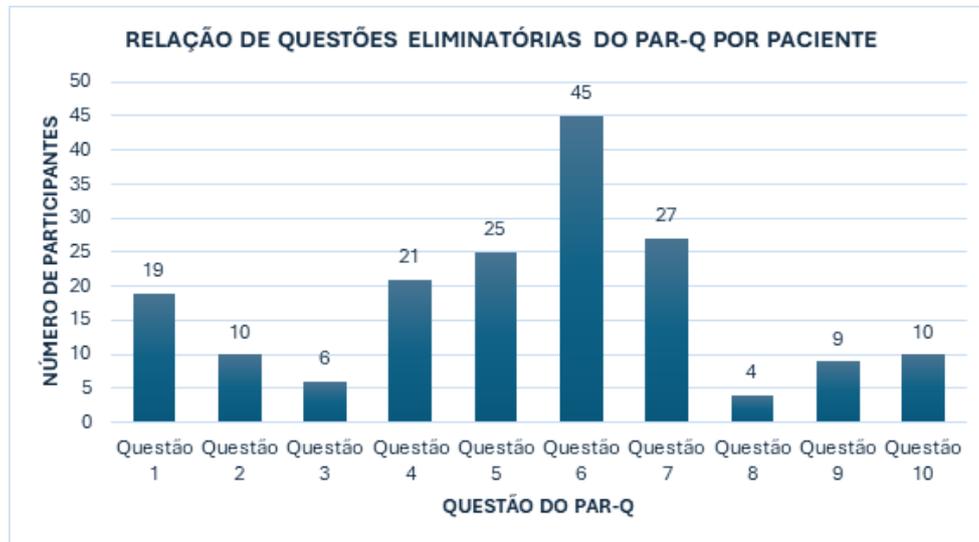
Dentre os 80 sujeitos da pesquisa, 25 foram considerados elegíveis para a realização de exercícios domiciliares, 50 reprovados, 3 não possuíam interesse em receber vídeos e 2 não apresentavam sintomas e solicitaram exclusão da lista de espera, conforme apresentado no gráfico 2.

Gráfico 2 – Relação entre pacientes interessados no vídeo e aprovação no Par-Q.



A quantidade total de pacientes reprovados se dá pela característica interpretativa da aplicação do questionário PAR-Q, em que a presença de resposta positiva para uma ou mais perguntas indica a necessidade de procurar um médico para o início ou aumento do nível atual de atividade física, inviabilizando a utilização das estratégias mencionadas para o envio de vídeos de autogerenciamento de sintomas pelos pesquisadores e sua realização pelos pacientes. O gráfico 3 demonstra a distribuição das respostas “sim” na amostra avaliada.

Gráfico 3 – Relação de questões eliminatórias do Par-Q por paciente.



A ferramenta criada neste trabalho é um sistema com base no Excel, que disponibiliza um Gráfico de Radar contendo o perfil de dor de cada sujeito, conforme exemplo (APÊNDICE D), disposto em 7 domínios que Walton e Elliott (2018) enquadram como potenciais influenciadores da dor e que podem ser úteis para avaliação clínica e tomada de decisão, embasando a escolha para serem adotados pelos pesquisadores deste trabalho: Entrada Nociceptiva; Neuropatia Periférica; Alteração Nociplástica Central; Desregulação ou Patologia Emocional; Crenças ou Cognitiones Mal Adaptativas; Contexto Socioambiental; Desintegração Sensoriomotora. Além do gráfico, a ferramenta disponibiliza os valores dos diferentes domínios para análise e quantificação dos dados, e a indicação do grau de prioridade de atendimento, de acordo com a severidade do impacto dos sintomas em âmbito pessoal, conforme exemplo (APÊNDICE E). Esta ferramenta não substitui a anamnese, tampouco visa diagnosticar as condições dos sujeitos, mas sua estrutura permite identificar a relevância dos principais fatores atrelados a dor. Acerca destes fatores, seu entendimento se faz necessário para o estabelecimento de estratégias que confluem de acordo com o melhor prognóstico possível, respaldadas pela literatura.

O primeiro domínio, Entrada Nociceptiva, corresponde a dor produzida a partir do estímulo de nociceptores periféricos após contato mecânico, químico ou térmico acima do seu limiar de ativação. A Neuropatia Periférica, possui como mecanismo de dor a afecção do sistema nervoso a partir de uma lesão, doença ou disfunção de modo geral. Ao analisar a alteração Nociplástica Central, percebe-se um efeito cascata, em que a dor é resultado da amplificação dos sinais aferentes captados pelos neurônios nociceptivos, gerando uma sensibilização do Sistema Nervoso Central.

A Desregulação ou Patologia Emocional, refletida em doenças como depressão, ansiedade e transtornos de humor e personalidade, influencia a interpretação da dor, assim como a dor contribui para o seu desenvolvimento e agrave. De modo semelhante, as Crenças ou Cognitiones Mal Adaptativas, também contribuem negativamente para o quadro doloroso, entretanto, este domínio não é expresso em doenças, apesar de ser precursor em alguns casos, mas sim em pensamentos ou comportamento irracionais, como medo e catastrofização, resultantes da experiência dolorosa e estratégias de tratamento ineficazes, que pioram seu quadro através do sofrimento emocional.

Na esfera dos fatores contextuais que afetam a experiência de dor, como sua piora em determinados ambientes, sensação de vigilância constante e interrupção de suas atividades físicas decorrente baixo acesso aos cuidados, tratamentos, meios de transporte e condições socioeconômicas, pode-se visualizar a influência do Contexto Socioambiental, como domínio capaz de contribuir no entendimento da experiência dolorosa. Por fim, a Desintegração Sensoriomotora se revela como um problema de interocepção, ou seja, a partir de uma incongruência na interpretação dos sinais aferentes pelo SNC, gerando uma discordância entre a sensação e a posição, mais frequente em portadores de dor crônica.

Após a aplicação dos questionários e encerramento do período de coleta, os 80 sujeitos foco do estudo foram classificados mediante seu grau de prioridade de atendimento e necessidade de encaminhamento para outros setores de Fisioterapia oferecidos pela clínica escola. Destes, 64 sujeitos estavam livres de pendências, 4 apresentavam nome em desacordo com o sistema e 5, apesar de aceitarem participar da pesquisa, receberam indicação de exclusão da lista, dada ausência de sintomas e / ou desistência da vaga na lista de espera.

Por apresentarem uma série de sintomas característicos de outras especialidades fisioterapêuticas, 7 pacientes foram agrupados na categoria “Realocar / Encaminhar setor”. Os pesquisadores propuseram que, dentro da categoria “Realocar / Encaminhar setor”, 2 pacientes fossem direcionados para a lista de espera do setor de Fisioterapia Dermatofuncional, 2 para a Neurofuncional, 1 para Reabilitação Vestibular, 1 para Reabilitação Cardiopulmonar e 1 para Gerontologia. Destaca-se que em 3 desses casos há indicação de encaminhamento somente após a resolução do quadro ortopédico atual, enquanto para os demais o encaminhamento foi automático, mediante ausência de sintomas que justifiquem sua continuidade na lista do setor de fisioterapia musculoesquelética.

Com relação a sua classificação mediante grau de prioridade de atendimento, 32 pacientes se enquadram como baixa prioridade, 35 como moderada e 13 como alta. Após a classificação e ponderação das médias das pontuações dos domínios para cada paciente, é possível visualizar o seu perfil de sintomas através do gráfico de radar gerado, alcançando um maior nível de entendimento referente as afecções de cada prioridade de atendimento, como visto no gráfico 4, gerado a partir das informações presentes no quadro 3. Quanto a predominância dos domínios apresentados e as variações entre a ordem que aparecem dentro de cada grupo de prioridade, o gráfico 5 permite a sua visualização mediante a obtenção dos valores e de suas medidas.

Quadro 3 – Médias dos valores dos domínios segundos ordem de prioridade.

DOMÍNIOS	MÉDIA GLOBAL	BAIXA PRIORIDADE	MODERADA PRIORIDADE	ALTA PRIORIDADE
ENTRADA NOCICEPTIVA	1,95	1,5	2,17	2,46
NEUROPATIA PERIFÉRICA	1,44	1,13	1,63	1,69
ALTERAÇÃO NOCIPLÁSTICA CENTRAL	1,09	0,72	1,26	1,54
DESREGULAÇÃO OU PATOLOGIA EMOCIONAL	1,53	0,81	1,89	2,31
CRENÇAS OU COGNIÇÕES MAL DAPTATIVAS	1,81	0,78	2,37	2,85
CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL	0,8	0,31	0,69	2,31
DESINTEGRAÇÃO SENSORIOMOTORA	1,18	0,94	1,31	1,38

Gráfico 4 – Média da pontuação do questionário Perfil de Dor segundo ordem de prioridade.

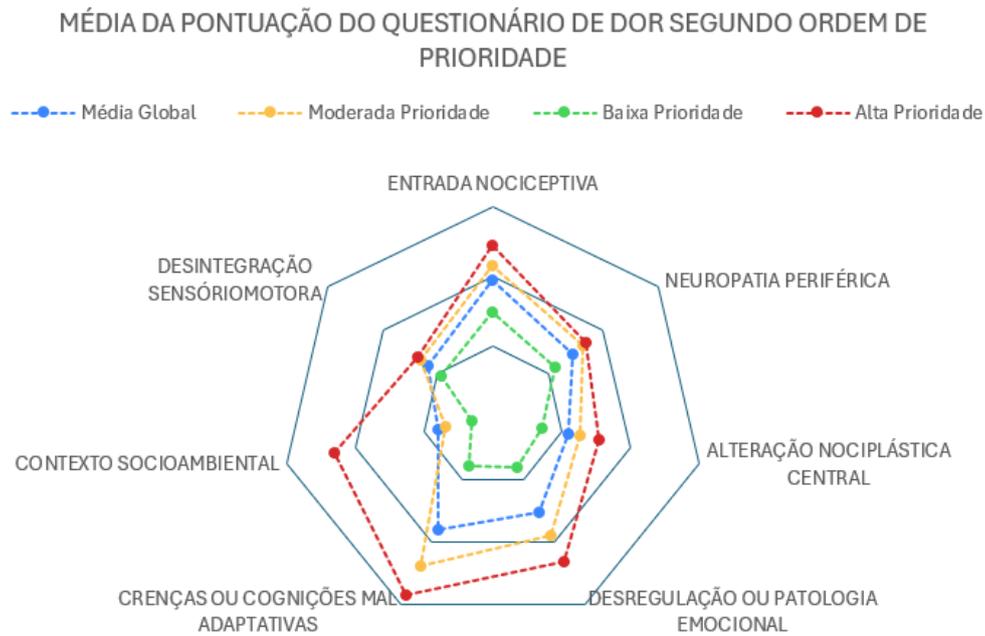
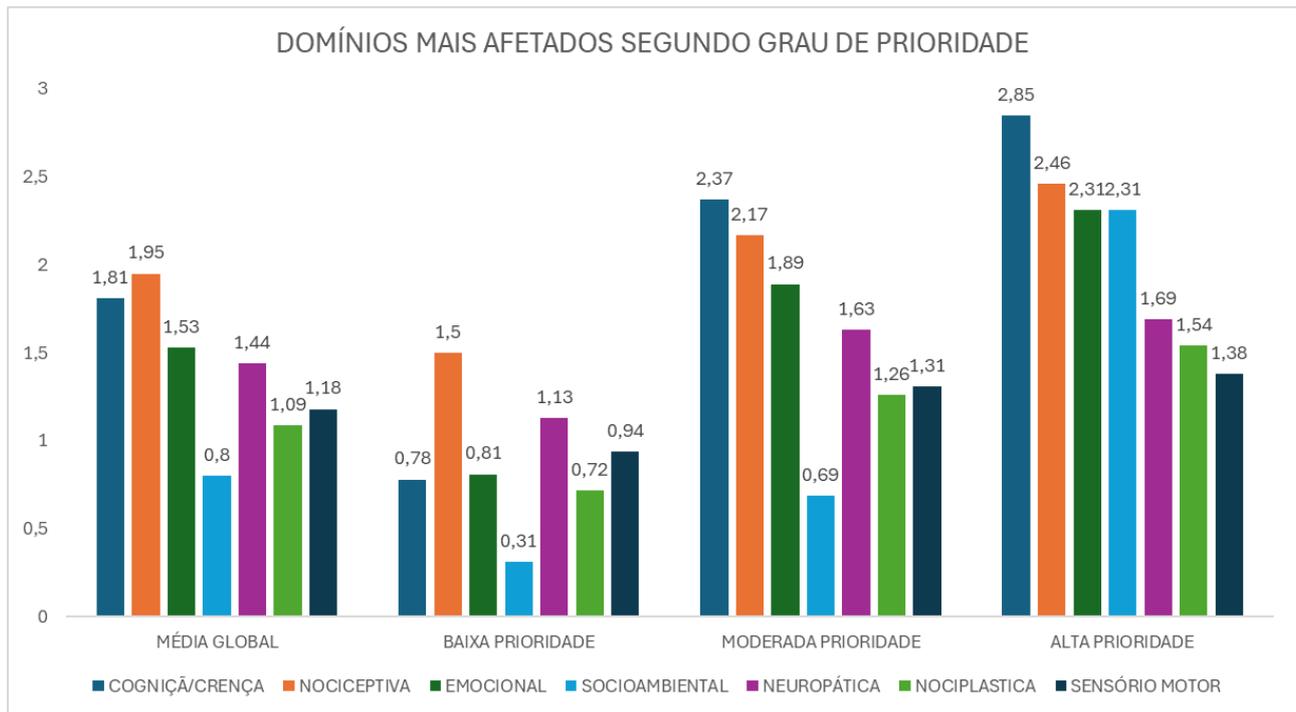


Gráfico 5 – Domínios mais afetados em cada grau de prioridade.



4.1 ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO A DISTÂNCIA NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO

Ao passo em que a literatura aumenta seu acervo científico referente ao entendimento de diferentes patologias e o desenvolvimento de novas estratégias de intervenção, seu acompanhamento por parte dos profissionais deve ser realizado para que as boas práticas se mantenham respaldadas. De maneira complementar, o reconhecimento de padrões por meio de ferramentas digitais pode auxiliar o processo de anamnese e tomada de decisão, especialmente para os profissionais iniciantes

ou ainda em graduação, contribuindo para o aumento da resolubilidade dos quadros clínicos de diferentes complexidades e o seu desenvolvimento profissional.

A aplicação do questionário retornou dados acerca da possibilidade de integrar, permanentemente, estratégias de educação em saúde que viabilizem o autogerenciamento de sintomas através de orientações via tecnologias de informação e comunicação. Neste contexto, 93,75% dos sujeitos da pesquisa demonstraram interesse na disponibilização de vídeos com estratégias para manejo de seus sintomas, entretanto, apenas 33,33% foram aprovados e receberam orientações. O alto interesse dos sujeitos retoma a necessidade de encarar as possibilidades para variar as formas de atendimento, aderindo às estratégias de comunicação online, como analisado por Hinman *et al.* (2017), que demonstra as experiências de sujeitos e terapeutas referente a um tratamento para osteoartrite de joelho através de supervisão online. Neste estudo, destacam-se como desfechos positivos a facilidade para utilização da ferramenta digital proposta, maior autonomia e adesão no autogerenciamento de sintomas pelos sujeitos, estreitamento do vínculo entre terapeuta e sujeito, maior satisfação com o atendimento, autopercepção de melhora e mudanças no ambiente através de estratégias de educação em saúde.

Conforme Seron *et al.* (2021), a telerreabilitação, ou seja, o monitoramento da reabilitação de maneira remota, surge como um modelo alternativo e eficaz, advindo de um ramo da telessaúde em contraproposta a um cenário em que a reabilitação se faz necessária de maneira inversamente proporcional à sua disponibilidade, alcançando resultados comparáveis a reabilitação presencial ou melhor do que nenhuma intervenção para uma série de condições. Concomitantemente ao desenvolvimento e implementação de novas tecnologias, a utilização de estratégias voltadas para a telerreabilitação vêm sendo adotadas, de modo que seus efeitos não se restrinjam exclusivamente ao tratamento de doenças, mas também ao processo de democratização e acesso aos recursos da fisioterapia para pessoas com barreiras socioeconômicas que inviabilizem seu alcance (Nuñez-Cortés, *et al.* 2024).

O baixo percentual se deve ao método escolhido para filtrar os sujeitos elegíveis para a realização de exercícios domiciliares sem avaliação médica prévia, através da aplicação do questionário PAR-Q, composto por 10 perguntas que eliminam o sujeito ao ter “Sim” como resposta para qualquer uma delas. Deste modo, o estabelecimento das principais questões de exclusão se mostra importante para aumentar o número de sujeitos aptos a receberem orientações de exercícios domiciliares, ao disponibilizar previamente para os médicos uma relação das perguntas que os reprovaram inicialmente, facilitando a análise da situação de cada caso. É possível verificar reprovações para todos os itens que constituem o questionário, entretanto a questão 6 recebeu 45 respostas positivas, caracterizando a amostra como consumidora de medicação de uso contínuo, uma vez que 56,25 % dos sujeitos foram considerados inelegíveis para a proposta de autogerenciamento dos sintomas.

4.2 LISTAS DE ESPERA, ABSENTEÍSMO E IMPACTO BIOPSISSOCIAL

Com o passar dos anos, a dificuldade de agendamento e o tempo de espera excessivo para atendimento em consultas e exames, constituíram uma demanda reprimida que afeta diretamente o sistema público de saúde no Brasil e gera um ciclo vicioso entre absenteísmo e tempo de espera. As repercussões dessa relação não se restringem exclusivamente a insatisfação do usuário com relação ao sistema de saúde, mas englobam atrasos no diagnóstico, piora do prognóstico, aumento da ansiedade, baixa adesão e diminuição da efetividade de tratamento (Farias, *et al.* 2019).

Em concordância com o estudo analisado, Pereira *et al.* (2022), voltado ao acesso dos serviços de fisioterapia, analisa o tempo de espera, absenteísmo, e identifica o perfil de usuários que precisaram de fisioterapia no SUS em Campo Grande/MS entre dezembro de 2017 e janeiro de 2019. Com uma amostra de 31.400 usuários agendados para os serviços de fisioterapia, sendo 1.424 de demanda reprimida em 2019, relata um tempo de espera de cerca de 2,5 meses e aumento anual entre

solicitação, autorização e agendamento, estabelecendo correlação direta entre absenteísmo e tempo de espera excessivo entre solicitação e agendamento.

De encontro com a literatura, o levantamento dos dados a partir da aplicação das entrevistas destacou a necessidade de exclusão de 27 sujeitos na lista de espera, esta, efetivada somente após análise dos responsáveis técnicos ou supervisores de estágio, decorrente uma série de fatores, como: desistência da vaga por tempo de espera excessivo, ausência de sintomas, atendimento particular em andamento, atendimento prévio com recebimento de alta na clínica escola ou tratamento na clínica escola em andamento. Uma vez identificados através da iniciativa de entrevistá-los via telefone, descarta-se o potencial de atraso de agendamentos dos demais interessados na lista de espera e previne-se absenteísmo, ao filtrar previamente este perfil de sujeitos desinteressados, otimizando o fluxo da lista de espera para os serviços de fisioterapia musculoesquelética, o tempo do setor de agendamento e minimizando a ociosidade dos estudantes em estágio.

4.3 CRITÉRIOS PARA O ESTABELECIMENTO DO GRAU DE PRIORIDADE

Mediante os resultados obtidos, foi realizada uma análise do grau de severidade individualizado, com vistas a planejar, em caráter inicial, uma reformulação da ordem de prioridade para atendimento da lista de espera a partir do potencial de interferência do quadro doloroso na qualidade de vida dos sujeitos. Foram eleitos 3 domínios para embasar a prioridade de atendimento considerando a individualidade de cada sujeito, sendo eles, Desregulação ou Patologia Emocional, Crenças ou Crenças Mal Adaptativas e Contexto Socioambiental.

Apesar de não ter um mecanismo completamente definido, a associação entre Desregulações ou Patologias Emocionais com os quadros de dores crônicas na população mundial, vêm sendo objeto de estudo ao longo dos anos, o que justifica a escolha como um domínio para o entendimento da variabilidade de quadros dos sujeitos. Assim como analisado por Gormsen *et al.* (2010), distúrbios de saúde mental como depressão e ansiedade, por exemplo, estão frequentemente relacionados a piora da qualidade de vida de sujeitos com dores crônicas. Paralelamente, Means-Christensen *et al.* (2008), referem que sujeitos dos cuidados primários são 2,5 a 10 vezes mais propensos a transtornos de pânico, ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático, com maiores interferências da dor em sua vida, quando comparados a indivíduos saudáveis.

Com relação as Crenças ou Crenças Mal Adaptativas, seu entendimento conflui de acordo com Moraes *et al.* (2014), que entende as crenças como noções pré-existentes adquiridas ao longo da vida, com potencial para influir nas diversas esferas relacionadas ao quadro algico, da aceitação ao prognóstico. A partir de uma lesão e instalação de um quadro doloroso, há risco para desenvolver pensamentos catastróficos e conseqüentemente reduzir a execução de movimentos. Neste contexto, o conhecimento restrito sobre cura, controle de sintomas, autopercepção de funcionalidade e cinesiofobia, por exemplo, acentuam hábitos sedentários, dependência de terceiros e imobilidade, com grandes prejuízos biopsicossociais. A identificação destes sujeitos permite a compreensão das diferenças entre a severidade de cada quadro e o ajuste da crença com melhora do quadro de imobilidade.

No Contexto Socioambiental, as análises são amplas e profundas, capazes de elucidar as repercussões biopsicossociais dos sujeitos, como sugerido por Walton e Elliott (2018), através das características do ambiente atrelado a experiência dolorosa, da percepção de vigilância constante a partir do ambiente em questão, das características comportamentais dos sujeitos inseridos neles e os fatores que impossibilitam a continuidade de atividades físicas. Sustentando esta linha de pensamento, Raichle, Romano e Jensen (2011) verificam o impacto das respostas de terceiros aos comportamentos de dor dos sujeitos, estabelecendo uma correlação entre a piora do quadro doloroso e funcional, a partir de respostas negativas aos seus comportamentos de dor e do aumento da dependência em atividades cotidianas.

4.4 ANÁLISE DO GRÁFICO DE RADAR

A organização dos dados coletados a partir da aplicação do questionário, em gráfico de radar, permite a visualização dos domínios mais influentes para cada sujeito, e eventualmente, cada grau de prioridade, colaborando na tomada de decisão, uma vez que indica quanto cada um dos 7 domínios está presente, destacando as diferentes necessidades e possibilidades de atuação, da anamnese à prescrição da terapia. Nesta esfera, ressalta-se o estudo de Chimenti, Frey-Law e Sluka (2018) acerca da abordagem de fisioterapeutas baseada em mecanismos para tratamento de dores, estabelecendo em seu estudo 5 categorias de dor divididas em âmbito biológico e psicossocial, corroborando os 7 domínios objeto de estudo deste trabalho, estabelecidos por Walton e Elliott (2018).

A aproximação de um sujeito em direção a cada um dos domínios exige diferentes estratégias de intervenção, e elas se tornam passíveis de serem direcionadas corretamente através da interpretação da disposição dos domínios nos gráficos. A partir dessas informações, antes do encontro presencial com os sujeitos, os profissionais podem pré-selecionar ferramentas específicas para colaborar na tomada de decisão para alívio da dor no momento da avaliação, priorizando e direcionando intervenções específicas como exercícios físicos, mobilização tecidual, recursos eletrotermofototerapêuticos, estratégias de educação em saúde baseada em orientações domiciliares, indicações de atendimentos multiprofissionais e o acionamento de políticas públicas que possam auxiliar o caso.

Após a determinação do grau de severidade de cada grupo, a análise dos gráficos retornou que o perfil de baixa prioridade apresenta como os 3 principais domínios a Entrada Nociceptiva, Neuropatia Periférica e Desintegração Sensoriomotora, enquanto os perfis de moderada e alta prioridade demonstraram predomínio das Crenças ou Cognitiones Mal Adaptativas, seguidas da Entrada Nociceptiva. Enfatiza-se que nos sujeitos com alta prioridade, os domínios de Contexto Socioambiental e Desregulação ou Patologia emocional apresentaram as mesmas pontuações, enquanto a moderada prioridade ficou restrita a Desregulação ou Patologia emocional ocupando a terceira maior influência no quadro doloroso segundo o gráfico de radar.

4.5 DOMÍNIOS BIOLÓGICOS: ENTRADA NOCICEPTIVA, NEUROPATIA PERIFÉRICA E ALTERAÇÃO NOCIPLÁSTICA CENTRAL

Sujeitos que se aproximam do domínio da Entrada Nociceptiva, como destacado por Chimenti, Frey-Law e Sluka (2018), têm seu quadro doloroso caracterizado principalmente através da ativação de nociceptores periféricos, que resultam em dor aguda localizada. Nesse sentido, durante a anamnese e exame físico, o fisioterapeuta pode começar a investigação através da análise do local lesionado, verificando seu mecanismo de lesão, correlação temporal e tempo de cicatrização, além de aplicar inquéritos como Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, Inventário Breve de Dor, Questionário McGill de Dor e Escala visual analógica (EVA) para dor, dada sua fácil aplicação e interpretação de resultados dentro do contexto de distúrbios osteomusculares (Martinez, *et al.* 2011; Pinheiro, *et al.* 2002).

Quando os nervos são afetados por mecanismos de lesão diretos, como ferimentos por trações, ou indiretos como doenças metabólicas, seu conjunto de características aproximam os sujeitos do domínio Neuropático. Nele, normalmente a dor é descrita como queimação ou choque elétrico, sendo mais grave e com resultados limitados aos tratamentos convencionais quando comparados aos mecanismos nociceptivo e inflamatório (Katz; Rosenbloom; Fashler, 2015). Questionários e testes sensoriais como o “painDETECT”, podem ser ferramentas iniciais para avaliar sintomas neurais como parestesia, disestesia, queimação, choque elétrico, alteração de cor e perda de sensibilidade, por exemplo (Chimenti; Frey-Law; Sluka, 2018; Freynhagen, *et al.* 2006).

As alterações no processamento nociceptivo a que estão submetidos os sujeitos que se aproximam do domínio Nociplástico, como a excitabilidade central aumentada ou a inibição central

diminuída, apresentam características de dor crônica e disseminada. Para priorizar tratamentos mais direcionados aos sujeitos que se aproximam deste domínio, o fisioterapeuta pode dispor de estratégias de investigação por sintomas amplos, que extrapolam o Sistema Nervoso Central (SNC), como fadiga, sono desregulado e dor generalizada por exemplo, para complementar os resultados que indicam alterações do processamento da dor, através dos testes sensoriais potencialmente quantitativos (QST), do teste de modulação condicionada da dor (CPM), que indica alterações em seus limiares (Chimenti, Frey-Law e Sluka, 2018) e da aplicação do questionário de sensibilização central. (Caumo, *et al.* 2017)

Desta forma, a aplicação de intervenções como exercícios físicos, terapia manual, recursos eletroterapêuticos e o processo de educação em saúde se destacam para o arsenal de estratégias e abordagens destes sujeitos. A adesão de exercícios físicos dentro do contexto nociceptivo se faz necessária, dado seu potencial de ativação dos mecanismos endógenos para controle de dor, via liberação de substâncias analgésicas endógenas, além da estimulação de um movimento sendo realizado dentro dos padrões de normalidade, diminuindo a irritabilidade tecidual e aumentando a produção de líquido sinovial (Macedo, *et al.* 2008; Souza, *et al.* 2009). No contexto do domínio neuropático, a adesão a exercícios regulares está relacionada a processos de recuperação de tecidos lesionados, como visto por Kluding *et al.* (2012), ao descrever uma melhora na ramificação de fibras nervosas em pessoas com neuropatia periférica diabética. Já nas alterações nociplásticas, o exercício atua através da ativação de sistemas inibitórios e liberação de substâncias endógenas, diminuindo a influência de neurotransmissores excitatórios e da excitabilidade do SNC (Lima; Abner; Sluka, 2017).

A terapia manual por sua vez, como descrito por Dayana *et al.* (2018), atua na diminuição do quadro doloroso e melhora da função prejudicada, através de técnicas como manipulação, mobilização passiva e neuromuscular, ao aumentar a inibição central e periférica, e diminuir a excitabilidade central e de nociceptores (Chimenti, Frey-Law e Sluka, 2018). Com relação à Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), segundo Santana *et al.* (2024), a intervenção baseia na aplicação de corrente elétrica de baixa frequência para manejo de quadros algícos, tanto em repouso quanto em movimento, através da ativação das vias de inibição da dor e da diminuição da excitabilidade neural em nível periférico e central. Quando associada à exercícios físicos, seus efeitos na redução da hiperalgesia primária e secundária, e na intensidade da dor em repouso e em movimento, são ampliados quando analisados no contexto de sujeitos com características de dor nociceptiva e nociplástica, como pontuado por Jesus *et al.* (2023), enquanto no âmbito das neuropatias, Fiusa *et al.* (2023) aponta que, além da redução do quadro algíco através da configuração do TENS no modo acupuntura quando associado a exercícios físicos, estudos em animais apresentam resultados promissores ao demonstrar que essa modalidade terapêutica implementa melhores desfechos funcionais em quadros de lesão nervosa, através do aumento e velocidade da recuperação funcional e motora, além da quantidade e o diâmetro dos axônios (Alarcón, *et al.* 2022).

4.6 INFLUÊNCIA DA DESREGULAÇÃO OU PATOLOGIA EMOCIONAL

Apesar de Katz, Rosenbloom e Fashler, (2015), estabelecerem que a neuroplasticidade “negativa” é a responsável por estímulos dolorosos que não se enquadrem nos contextos fisiopatológicos convencionais antes atribuídos à processos psicopatológicos, a relação entre dor e doenças como depressão, ansiedade e transtorno de humor não pode ser negligenciada. Sujeitos que se aproximam do domínio de Desregulação ou Patologia Emocional, tendem a demonstrar uma piora do quadro de dor e incapacidade a partir da correlação entre seu estado psicológico alterado e seus sintomas. Neste domínio, há o estabelecimento de uma relação diretamente proporcional entre incapacidade autorrelatada e intensidade da dor, com quadros de doenças como ansiedade e depressão, por exemplo (Dimitriadis, *et al.* 2015). Na mesma direção, Li (2015) destaca uma alta prevalência de dor em sujeitos com depressão, além do aumento da chance de desenvolver ou agravar um estado psicológico alterado em indivíduos com quadros dolorosos crônicos, como depressão, raiva, anedonia, declínio cognitivo e pensamentos suicidas (Simons; Elman; Borsook, 2014).

Dentro do contexto analisado, cabe ao fisioterapeuta realizar uma investigação minuciosa acerca dos hábitos e rotina do sujeito, para compreender as repercussões negativas advindas da relação entre possíveis efeitos adversos da medicação psiquiátrica e do isolamento em âmbito osteomioarticular. Para isso, o fisioterapeuta pode dispor de ferramentas como o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e Short Form-36 (SF-36) para melhor compreender o grau de atividade física e a qualidade de vida dos sujeitos em questão. A partir deste ponto, o encaminhamento para profissionais da saúde mental como psicólogos e psiquiatras se mostra necessário, além da integração de exercícios físicos através da fisioterapia para atuar na manutenção da capacidade física do sujeito, dado seu caráter potencial para modificar diversos aspectos biopsicossociais, tendo em vista que o sedentarismo está relacionado com o desenvolvimento ou agravamento de alterações cardiovasculares, metabólicas e psicocomportamentais.

4.7 A ESFERA DAS CRENÇAS OU COGNIÇÕES MAL ADAPTATIVAS

A catastrofização e a cinesiofobia quando identificadas, aproximam os sujeitos do domínio de Crenças ou Cognições Mal Adaptativas. De acordo com Hotta *et al.* (2022), a principal maneira de intervir positivamente nessas barreiras psicossociais é através de abordagens cognitivo-comportamentais adequadas ao contexto de cada sujeito. A partir de uma lesão, o indivíduo pode entrar no ciclo de medo e evitação da dor proposto por Vlaeyen, Crombez e Linton (2016), criando o entendimento que a dor afeta diretamente a integridade corporal, e que, portanto, deve ser evitada a qualquer custo, logo, consolida a catastrofização a partir de um processo cognitivo e emocional negativo (Edwards, *et al.* 2016). Em seguida, gera-se os sintomas de hipervigilância e evitação de movimentos, podendo levar ao agravamento do quadro algico e ao desenvolvimento de psicopatologias (Meulders, *et al.* 2019).

Em confluência com os achados desse estudo, Hotta *et al.* (2022) e Egniew *et al.* (2018), destacam que durante a anamnese os profissionais devem realizar uma escuta ativa, que priorize a identificação de atividades e movimentos que são entendidos como perigosos ou ameaçadores, estabelecendo junto ao sujeito uma hierarquia deste risco atrelado ao movimento (De Jong, *et al.* 2005). Neste contexto o profissional pode dispor da aplicação de instrumentos com a apresentação de fotos, para que o sujeito as gradue mediante sua percepção de lesão para condições específicas, como o Photograph Series of Daily Activities (PHODA) para a coluna lombar, Pictorial Fear of Activity Scale-Cervical (PFActS-C) e o Avoidance Daily Activities Photo Scale (ADAP-Shoulder), para a coluna cervical e ombros, respectivamente (Ansanello *et al.* 2022; Leeuw *et al.* 2007).

A utilização de outras escalas que busquem identificar a crença de que alguma atividade ou movimento são considerados perigosos e de que podem agravar o quadro clínico ou provocar lesão, podem auxiliar na identificação dos fatores afetados no cotidiano, além de complementar as informações de questionários de avaliação referentes as relações entre medo, dor e imobilidade. São indicados os seguintes questionários: *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (FABQ), Escala Tampa de Cinesiofobia, Escala de Catastrofização da dor (PCS) e Questionário de Medo da Dor (Fear of Pain Questionnaire - FOPQ) (Abreu, *et al.* 2008; Berniger, *et al.* 2019; Hotta, *et al.* 2022; Sardá, *et al.* 2007; Souza, *et al.* 2008).

Para fins práticos, de acordo com Hotta *et al.* (2022), o terapeuta pode dispor das estratégias de educação voltadas à dor e a exposição gradual aos movimentos e atividades, com o objetivo de modificar o padrão disfuncional e a autopercepção de incapacidade de movimentos. O processo de educação voltado à dor é conhecido na literatura como Educação em Neurociência da Dor (END) e considera aspectos educacionais para explicar todos os fatores relevantes atrelados à sua experiência dolorosa, prevenindo crenças e comportamentos disfuncionais. Entretanto, sua aplicação isolada não demonstra resultados tão favoráveis quanto sua realização em conjunto com exercícios, como analisado por Watson *et al.* (2019), com desfechos positivos nos quadros dolorosos, cinesiofóbicos e nos pensamentos disfuncionais. De acordo com Meulders *et al.* (2020), a exposição ao movimento se

baseia na inibição de respostas condicionadas, de modo que o sujeito não sinta mais dor em determinado contexto de atividade, ou, quando o contexto antes entendido como negativo, seja sobreposto com uma experiência positiva. Partindo desse pressuposto, deve-se retomar os dados obtidos referentes a hierarquia das atividades e verificar o grau de irritabilidade tecidual atingido, para iniciar a exposição dos movimentos de acordo com o contexto identificado de cada sujeito na anamnese.

4.8 IMPACTOS DO CONTEXTO SOCIOAMBIENTAL

A relação entre dor e função depende de fatores que extrapolam o próprio indivíduo, como o ambiente em que se está inserido, as pessoas ao seu redor e o aprendizado relacionado as lesões. Quando a dor de um indivíduo acontece dentro de um determinado ambiente, não é incomum a mesma ser afetada ao adentrar em locais com características semelhantes. Como visto por Harvie *et al.* (2020), desde que seletivos e apropriados, a prevenção de eventos preditores de danos e o aprendizado de comportamentos em determinados contextos, podem confluir positivamente no desfecho funcional dos sujeitos, logo, a identificação de locais que disponham de características que possam desencadear ou piorar o quadro doloroso, são importantes para que o fisioterapeuta possa atuar nos determinantes desse processo, através de estratégias de educação em saúde com intervenções em hábitos posturais, padrão de marcha, atividades repetitivas e a escolha de determinados grupos musculares ou movimentos a serem trabalhados nas sessões para a diminuição dos sintomas no ambiente em questão.

Com isso, emergem os conceitos de barreiras e facilitadores, assim como seu potencial de influenciar no desfecho de cada caso. Estes conceitos estão diretamente relacionados com a adesão ou continuidade de atividades físicas, sendo as barreiras os fatores que impedem ou dificultam, enquanto os facilitadores, fatores que incentivam ou promovem seu desenvolvimento (Grande; Silva, 2014). A presença de barreiras como falta de tempo decorrente das rotinas e demandas diárias, interfere na adesão e manutenção de atividades físicas, como visto por Borges *et al.* (2023), fazendo com que os sujeitos diminuam ou cessem suas atividades até que algum padrão favorável mude em suas vidas. A partir da análise do autor, em confluência com os achados de Damsgard *et al.* (2011), Vader *et al.* (2019) e Saner *et al.* (2018), a percepção dos benefícios atrelados a realização de exercícios físicos e em outro momento, ao prazer advindo de sua realização, como visto por Matias (2019), parecem estar associados a maior adesão e manutenção da prática de atividades e exercícios físicos. Neste sentido, cabe ao fisioterapeuta maximizar o ambiente terapêutico com condições que favoreçam a adesão do sujeito ao tratamento, através de um intenso processo de educação em saúde para conscientizá-lo acerca de sua importância, assim como o envolvimento e integração dos sujeitos no processo de tomada de decisões, dado seu potencial de aumentar a adesão às intervenções propostas, pois segundo Krist *et al.* (2017), este processo é de suma importância para melhorar os resultados do tratamento, bem como a satisfação pessoal de cada indivíduo.

No contexto ocupacional, o fisioterapeuta pode direcionar sua atenção para o desenvolvimento de intervenções voltadas para a atividade laboral ou de reorganização do ambiente de trabalho, como proposto por Takahashi *et al.* (2010), transformando-o em um ambiente seguro e saudável. Destaca-se a possibilidade de encaminhamento ao setor de psiquiatria e psicologia ao ser suspeitado durante a anamnese, a presença de sintomas psicossociais voltados ao ambiente de trabalho ou decorrente da pressão dos componentes da família, círculo social e do ambiente laboral, para que retornem às suas atividades em questão. O estabelecimento desses tópicos conflui para que seja possível a identificação de sujeitos dentro do domínio do Contexto Socioambiental, e uma vez elevado, indica a necessidade de direcionar a anamnese para questões sociodemográficas e econômicas, além de um potencial desenvolvimento e agrave de crenças inapropriadas e patologias psicocomportamentais.

4.9 DESINTEGRAÇÃO SENSORIOMOTORA E A INTERPRETAÇÃO CORPORAL

As alterações na percepção e interpretação corporal vêm sendo relacionadas com quadros de dores crônicas ao longo das últimas décadas, de modo que sua compreensão se faz necessária para o estabelecimento de estratégias de intervenções complementares às propostas de tratamentos dispostas na literatura para as mais diversas condições, justificando a criação de um domínio relacionado a Desintegração Sensoriomotora, para a identificação destas características nos pacientes triados. Indivíduos com dor crônica tendem a ter alterações na percepção espacial referentes ao ambiente externo e ao próprio corpo, além de apresentarem com o passar do tempo, sintomas de heminegligência com relação ao membro afetado, neste caso, entendida como diminuição da função e sensação de desconexão da parte afetada com o restante do corpo (Simons; Elman; Borsook, 2014).

Neste grupo caracterizado, o fisioterapeuta pode fazer uso de avaliações tradicionais baseadas na identificação da negligência espacial, como testes de papel e lápis para riscar, ler ou perceber estímulos. Entretanto, Perez-Marcos *et al.* (2023) destaca que apesar de serem amplamente utilizadas, apresentam uma série de limitações e baixo grau de sensibilidade, logo, em confluência com Pedrolí *et al.* (2015) e Ogourtsova *et al.* (2017), propõe a utilização de realidade virtual para auxiliar na avaliação e reabilitação destes pacientes de maneira segura e controlada.

5 CONCLUSÃO

O estabelecimento do método de padronização de sintomas proposto pelos pesquisadores deu margem à requalificação da lista de espera, em caráter inicial, identificando possibilidades de atuação com estratégias voltadas para o perfil de dor dos sujeitos, sua priorização de acordo com o grau de impacto das repercussões de seus sintomas no seu cotidiano, manejo de sintomas em âmbito virtual, identificação de desinteresse na vaga para atendimento e necessidade de realocação setorial. Esse recurso pode otimizar a seleção de pacientes para serviços dessa natureza, que, devem considerar além do aspecto assistencial, o didático-pedagógico, pois, a ferramenta desenvolvida pode contribuir para o processo de anamnese do aluno, identificação e interpretação dos diferentes fatores que influenciam a dor dos pacientes, viabilizando estabelecimento de prioridades pelos supervisores de estágio, e encaminhamentos a outros serviços ou especialidades, otimizando a assistência prestada pela clínica- escola.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Ana Maria de; FARIA, Christina Danielli Coelho de Moraes; CARDOSO, Sônia Maria Vicente; *et al.* Versão brasileira do Fear Avoidance Beliefs Questionnaire. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 615–623, 2008.
- AGUIAR, Débora Pinheiro; SOUZA, Cleanis Pereira de Queiroz; BARBOSA, Wania Justina Miranda; *et al.* Prevalence of chronic pain in Brazil: systematic review. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 4, n. 3, 2021.
- ALARCÓN, Josefa Belén; CHUHUAICURA, Priscila Belén; SLUKA, Kathleen Anne; *et al.* Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Nerve Regeneration: A Systematic Review of In Vivo Animal Model Studies. **Neuromodulation: Journal of the International Neuromodulation Society**, v. 25, n. 8, p. 1248–1258, 2022.
- AMORIM, Juleimar Soares Coelho; SILVA, Silvia Lanzotti Azevedo; PEREIRA, Leani Souza Máximo; *et al.* ConScientiae Saúde. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 4, p. 528–535, 2013.
- ANSANELLO, Walter; REIS, Felipe José Jandré; TOZZO, Marcela Camargo; *et al.* Development of the Avoidance Daily Activities Photo Scale for Patients With Shoulder Pain. **Physical Therapy**, v. 102, n. 2, 2021.
- BERNIGER ROMARIZ, José Ary; NONNEMACHER, Cássio; ABREU, Mylena; *et al.* The Fear of Pain Questionnaire: psychometric properties of a Brazilian version for adolescents and its relationship with brain-derived neurotrophic factor (BDNF). **Journal of Pain Research**, v. 12, p. 2487–2502, 2019.
- BORGES, Paula Andrade; KOERICH, Micheline Henrique Araujo Luz; WENGERKIEVICZ, Karina Correa; *et al.* Barreiras e facilitadores para adesão à prática de exercícios por pessoas com dor crônica na Atenção Primária à Saúde: estudo qualitativo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33019, 2023.
- CAUMO, Wolnei; ANTUNES, Luciana; LORENZZI ELKFURY, Jéssica; *et al.* The Central Sensitization Inventory validated and adapted for a Brazilian population: psychometric properties and its relationship with brain-derived neurotrophic factor. **Journal of Pain Research**, v. 10, p. 2109–2122, 2017.
- CERQUEIRA, Cecília Santos; AMORIM, Patricia Brandão; RIBEIRO, Cristiane Neves; *et al.* PRINCIPAIS DISTÚRBIOS TRAUMATO-ORTOPÉDICOS ATENDIDOS EM CLÍNICA-ESCOLA DE FISIOTERAPIA. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218**, v. 3, n. 10, p. e3102166–e3102166, 2022.
- CHIMENTI, Ruth L; FREY-LAW, Laura A; SLUKA, Kathleen A. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. **Physical Therapy**, v. 98, n. 5, p. 302–314, 2018.

- DAMSGÅRD, Elin; DEWAR, Anne; RØE, Cecilie; *et al.* Staying active despite pain: Pain beliefs and experiences with activity-related pain in patients with chronic musculoskeletal pain. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 25, n. 1, p. 108–116, 2011.
- DE JONG, Jeroen R.; VLAHEYEN, Johan W.S.; ONGHENA, Patrick; *et al.* Reduction of pain-related fear in complex regional pain syndrome type I: The application of graded exposure in vivo. **Pain**, v. 116, n. 3, p. 264–275, 2005.
- DIMITRIADIS, Zacharias; KAPRELI, Eleni; STRIMPAKOS, Nikolaos; *et al.* Do psychological states associate with pain and disability in chronic neck pain patients? **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 28, n. 4, p. 797–802, 2015.
- EDWARDS, Robert R.; DWORKIN, Robert H.; SULLIVAN, Mark D.; *et al.* The Role of Psychosocial Processes in the Development and Maintenance of Chronic Pain. **The Journal of Pain**, v. 17, n. 9, p. T70–T92, 2016.
- EGNEW, Thomas R. A Narrative Approach to Healing Chronic Illness. **The Annals of Family Medicine**, v. 16, n. 2, p. 160–165, 2018.
- FARIAS, Cynthia Moura Louzada; GIOVANELLA, Ligia; OLIVEIRA, Aduino Emmerich; *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 5, p. 190–204, 2019.
- FIUSA, Jessika Mehret; KNAUT, Sibeles de Andrade Melo; CARRARO, Emerson. Rehabilitation protocols in neuropathic pain: bibliometric review. **BrJP**, v. 6, p. 448–453, 2023.
- FREYNHAGEN, Rainer; BARON, Ralf; GOCKEL, Ulrich; *et al.* painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. **Current Medical Research and Opinion**, v. 22, n. 10, p. 1911–1920, 2006.
- GORMSEN, Lise; ROSENBERG, Raben; BACH, Flemming W.; *et al.* Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. **European Journal of Pain**, v. 14, n. 2, p. 127.e1–127.e8, 2010.
- GRANDE, Antonio José; SILVA, Valter. Barreiras e facilitadores para a adesão à prática de atividade física no ambiente de trabalho. **O Mundo da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 204–209, 2014.
- HARVIE, Daniel S; JEROEN WEERMEIJER; OLTHOF, Nick; *et al.* Learning to predict pain: differences in people with persistent neck pain and pain-free controls. **PeerJ**, v. 8, p. e9345–e9345, 2020.
- HINMAN, R. S.; NELLIGAN, R. K.; BENNELL, K. L.; *et al.* “Sounds a Bit Crazy, But It Was Almost More Personal:” A Qualitative Study of Patient and Clinician Experiences of Physical Therapist-Prescribed Exercise For Knee Osteoarthritis Via Skype. **Arthritis Care & Research**, v. 69, n. 12, p. 1834–1844, 2017.

- HOTTA, Gisele Harumi; OLIVEIRA, Anamaria Siriani de; ALAITI, Rafael Krasic; *et al.* Therapeutic approach to pain-related fear and avoidance in adults with chronic musculoskeletal pain: an integrative review and a roadmap for clinicians. **BrJP**, v. 5, p. 72–79, 2022.
- JESUS, Beatriz M.; RODRIGUES, Ingrid Kyelli L.; AZEVEDO-SANTOS, Isabela F.; *et al.* Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on pain-related quantitative sensory tests in chronic musculoskeletal pain and acute experimental pain: systematic review and meta-analysis. **The Journal of Pain**, v. 24, n. 8, 2023.
- KATZ, Joel; ROSENBLOOM, Brittany N; FASHLER, Samantha. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 60, n. 4, p. 160–167, 2015.
- KLUDING, Patricia M.; PASNOOR, Mamatha; SINGH, Rupali; *et al.* The effect of exercise on neuropathic symptoms, nerve function, and cutaneous innervation in people with diabetic peripheral neuropathy. **Journal of Diabetes and its Complications**, v. 26, n. 5, p. 424–429, 2012.
- KRIST, Alex H.; TONG, Sebastian T.; AYCOCK, Rebecca A.; *et al.* Engaging Patients in decision-making and Behavior Change to Promote Prevention. **Studies in Health Technology and Informatics**, v. 240, n. 1, p. 284–302, 2017.
- LEEUW, Maaïke; GOOSSENS, Mariëlle E.J.B.; VAN BREUKELEN, Gerard J.P.; *et al.* Measuring Perceived Harmfulness of Physical Activities in Patients With Chronic Low Back Pain: The Photograph Series of Daily Activities—Short Electronic Version. **The Journal of Pain**, v. 8, n. 11, p. 840–849, 2007.
- LI, Jun-Xu. Pain and depression comorbidity: A preclinical perspective. **Behavioural Brain Research**, v. 276, p. 92–98, 2015.
- LIMA, Lucas V.; ABNER, Thiago S. S.; SLUKA, Kathleen A. Does exercise increase or decrease pain? Central mechanisms underlying these two phenomena. **The Journal of Physiology**, v. 595, n. 13, p. 4141–4150, 2017.
- MACEDO, Luciana G; MAHER, Christopher G; LATIMER, Jane; *et al.* Motor Control Exercise for Persistent, Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review. **Physical Therapy**, v. 89, n. 1, p. 9–25, 2009.
- MANN, Elizabeth G; LEFORT, Sandra; VANDENKERKHOF, Elizabeth G. Self-management Interventions for Chronic Pain. **Pain Management**, v. 3, n. 3, p. 211–222, 2013.
- MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise Da Aplicabilidade De Três Instrumentos De Avaliação De Dor Em Distintas Unidades De atendimento: ambulatório, Enfermaria E Urgência. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, p. 304–308, 2011.
- MATIAS, Thiago Sousa. **Motivação, atividade física e mudança de comportamento: teoria e prática**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2019.

- MEANS-CHRISTENSEN, Adrienne J.; ROY-BYRNE, Peter P.; SHERBOURNE, Cathy D.; *et al.* Relationships among pain, anxiety, and Depression in Primary Care. **Depression and Anxiety**, v. 25, n. 7, p. 593–600, 2008.
- MEULDERS, Ann. Fear in the context of pain: Lessons learned from 100 years of fear conditioning research. **Behaviour Research and Therapy**, v. 131, p. 103635, 2020.
- MEULDERS, Ann. From fear of movement-related pain and avoidance to chronic pain disability: a state-of-the-art review. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 26, p. 130–136, 2019.
- MORAES, Érica Brandão de; PIMENTA, Cibele Andrucioli de Mattos. Chronic pain, fear of pain and movement avoidance belief. **Revista Dor**, v. 15, n. 2, 2014.
- NÚÑEZ-CORTÉS, Rodrigo; LLUCH, Enrique; CRUZ-MONTECINOS, Carlos. Democratizing access to physical therapy to address the challenge of chronic pain. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 28, n. 3, p. 101084–101084, 2024.
- OGOURTSOVA, Tatiana; SOUZA SILVA, Wagner; ARCHAMBAULT, Philippe S.; *et al.* Virtual reality treatment and assessments for post-stroke unilateral spatial neglect: A systematic literature review. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 27, n. 3, p. 409–454, 2015.
- PEDROLI, Elisa; SERINO, Silvia; CIPRESSO, Pietro; *et al.* Assessment and Rehabilitation of Neglect Using Virtual reality: a Systematic Review. **Frontiers in Behavioral Neuroscience**, v. 9, 2015.
- PEREIRA, Andréa Godoy; GOMES, Amanda Medeiros; MEREY, Leila Simone Foerster; *et al.* Scheduling, Waiting time, Absenteeism and Repressed Demand in Outpatient Physical Therapy Care. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, 2022.
- PEREIRA, Dayana Sales; SANTANA JUNIOR, Virgílio. Efeito da Terapia Manual em Pacientes com Lombalgia: Uma Revisão Integrativa. **ID on line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 41, p. 31–38, 2018.
- PEREZ-MARCOS, Daniel; RONCHI, Roberta; GIROUX, Arthur; *et al.* An immersive virtual reality system for ecological assessment of peripersonal and extrapersonal unilateral spatial neglect. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**, v. 20, n. 1, 2023.
- PINHEIRO, Fernanda Amaral; TRÓCCOLI, Bartholomeu Torres; CARVALHO, Cláudio Viveiros de. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 307–312, 2002.
- RAICHLE, Katherine A.; ROMANO, Joan M.; JENSEN, Mark P. Partner responses to patient pain and well behaviors and their relationship to patient pain behavior, functioning, and depression. **Pain**, v. 152, n. 1, p. 82–88, 2011.

SANER, Jeannette; BERGMAN, Esther M.; DE BIE, Rob A.; *et al.* Low back pain patients' perspectives on long-term adherence to home-based exercise programmes in physiotherapy. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 38, n. 3, p. 77–82, 2018.

SANTANA, Josimari Melo; AVILA, Mariana Arias. Transcutaneous electrical nerve stimulation for pain relief: have you kept up with scientific updates? **Brazilian Journal Of Pain**, v. 7, 2024.

SARDÁ, Jamir; NICHOLAS, Michael K.; PIMENTA, Cibele A. M.; *et al.* Pain-related self-efficacy beliefs in a Brazilian chronic pain patient sample: a psychometric analysis. **Stress and Health**, v. 23, n. 3, p. 185–190, 2007.

SERON, Pamela; OLIVEROS, María-Jose; GUTIERREZ-ARIAS, Ruvistay; *et al.* Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapy: A Rapid Overview. **Physical Therapy**, v. 101, n. 6, 2021.

SIMONS, Laura E.; ELMAN, Igor; BORSOOK, David. Psychological processing in chronic pain: A neural systems approach. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 39, n. 39, p. 61–78, 2014.

SOUZA, Fabricio Soares; MARINHO, Cristiano Silva; SIQUEIRA, Fabiano Botelho; *et al.* Psychometric Testing Confirms That the Brazilian-Portuguese Adaptations, the Original Versions of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, and the Tampa Scale of Kinesiophobia Have Similar Measurement Properties. **Spine**, v. 33, n. 9, p. 1028–1033, 2008.

SOUZA, Juliana Barcellos. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 2, p. 145–150, 2009.

TAKAHASHI, Mara Alice Batista Conti; SIMONELLI, Angela Paula; SOUSA, Helder do Prado; *et al.* Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 100–111, 2010.

VADER, Kyle; DOULAS, Tom; PATEL, Rupa; *et al.* Experiences, barriers, and facilitators to participating in physical activity and exercise in adults living with chronic pain: a qualitative study. **Disability and Rehabilitation**, v. 43, n. 13, p. 1–9, 2019.

VLAEYEN, Johan W.S.; CROMBEZ, Geert ; LINTON, Steven J. The fear-avoidance Model of Pain. **Pain**, v. 157, n. 8, p. 1588–1589, 2016.

WALTON, David M.; ELLIOTT, James M. A new clinical model for facilitating the development of pattern recognition skills in clinical pain assessment. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 36, p. 17–24, 2018.

WATSON, James A.; RYAN, Cormac G.; COOPER, Lesley; *et al.* Pain Neuroscience Education for Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: a Mixed-Methods Systematic Review and Meta-Analysis. **The Journal of Pain**, v. 20, n. 10, p. 1140.e1–1140.e22, 2019.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa: “MÉTODO DE PADRONIZAÇÃO DE SINTOMAS (MPS): ANÁLISE DE PERFIL E GESTÃO DE PACIENTES NA FILA DE ESPERA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA EM UMA CLÍNICA ESCOLA DA CIDADE DE SÃO PAULO”.

Este estudo tem como objetivo identificar pacientes em lista de espera com possibilidade de controlar seus sintomas através da realização de exercícios domiciliares guiados por vídeos específicos, enquanto aguarda sua avaliação. O segundo objetivo é organizar a lista de espera por prioridade e verificar a necessidade de encaminhar os pacientes a outros serviços.

Este estudo será realizado pelos alunos do curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo-SP, Carolina Frago da Sila e Guilherme Berretella da Silva, sob a orientação da Professora Francine Lopes Barretto Gondo.

Ao aceitar participar dessa pesquisa você receberá uma ligação onde responderá, inicialmente, um questionário com 21 perguntas sobre seus sintomas, com duração de 8 minutos. Ao final da entrevista, caso você queira receber instruções sobre como controlar seus sintomas, será necessário responder para o entrevistador o questionário “PAR-Q”. O questionário demora cerca de 2 minutos para ser respondido, e tem o objetivo de identificar se você precisa ser avaliado por um médico antes do início ou aumento do nível de atividade física. O resultado do questionário será avaliado e, se você estiver em condições seguras de saúde para praticar exercícios em casa, sem supervisão, receberá os vídeos com estratégias para controlar seus sintomas.

Os riscos de participar desta pesquisa são mínimos e incluem a possibilidade de exposição de dados pessoais e informações médicas, além do risco de execução inadequada dos exercícios propostos nos vídeos de controle de sintomas, que serão realizados sem supervisão de um fisioterapeuta.

Suas respostas serão analisadas e a partir delas será traçado um perfil específico para seu caso. Esse perfil será utilizado para analisar e, caso necessário, reorganizar a lista de espera do serviço de Fisioterapia Musculoesquelética e, verificar a necessidade de encaminhá-lo (a) a outros serviços, sendo estes os principais benefícios da pesquisa, além da possibilidade de realizar exercícios seguros enquanto aguarda sua vaga.

O(A) Senhor(a) não terá nenhum gasto para a participar dessa pesquisa, uma vez que todo o contato será feito por telefonemas partindo dos pesquisadores ou por e-mail. Caso se sinta prejudicado ou lesado por participar da pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar indenização na Leis vigentes no Brasil.



Você poderá desistir da participação na pesquisa a qualquer momento. Os dados obtidos com as respostas da entrevista poderão ser publicados, mas seus dados pessoais serão mantidos em sigilo. A todo o momento da pesquisa o coordenador ficará à disposição para o esclarecimento de qualquer tipo de dúvida, conforme os contatos a seguir:

Nome do Pesquisador: Francine Lopes Barretto Gondo

Telefone: (11) 2588-4000

Email: francine.gondo@prof.saocamilo-sp.br

Endereço: Av. Nazaré, 1501 – Ipiranga, São Paulo - SP, CEP: 04263-200

Comitê de Ética em Pesquisa - CoEP do Centro Universitário São Camilo.

Telefone: (11) 3465-2654

Email: coep@saocamilo-sp.br

Endereço: Rua Raul Pompéia, 144

“Li e concordo em participar da pesquisa”



(Página 2 de 2)

APÊNDICE B – Questionário Perfil de Dor (QPD)

1. Você possui algum histórico de lesão ou doença diagnosticada?
2. Nos últimos 12 meses, você teve problemas como dor, formigamento ou dormência em alguma região do seu corpo? Se sim, elas são bem localizadas (restritas ao local) ou começam em um ponto e irradiam para outro?
3. Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor? Observou alguma melhora no quadro de dor?
4. A sua dor tem característica de queimação, sensação de frio dolorosa ou choque elétrico?
5. Há presença de formigamento, alfinetada / agulhada, adormecimento ou coceira na área de dor?
6. A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele?
7. Há mudanças de coloração, sensibilidade ou temperatura da pele na área de dor?
8. A sua dor inicia de repente, quando você está parado?
9. Quanta certeza você tem de que pode diminuir sua dor?
10. Quanta certeza você tem de que pode continuar a realizar a maioria de suas atividades diárias?
11. Você possui alguma psicopatologia diagnosticada, como por exemplo quadro de depressão, ansiedade, transtorno de humor ou personalidade?
12. Quanta certeza você tem de que pode lidar com dor leve ou moderada? E com dor forte?
13. Quanta certeza você tem de que pode controlar seus sintomas físicos de forma a poder fazer as coisas que gosta?
14. Você acredita que sua dor é resultado de algum dano potencial? Se sim, houve afastamento de alguma atividade? Você acredita que é necessário 100% de alívio para o retorno dela?
15. Você já realizou alguma sessão de fisioterapia antes? Caso sim, se sentia mais confortável quando o profissional fazia o movimento para você? Caso não, você está sentindo medo ou ansiedade com relação ao tipo de exercício que será abordado?
16. Você sente uma piora da sua dor em determinados ambientes?
17. Você se sente pressionado pelas pessoas ao seu redor para voltar às suas atividades?
18. Está sobre envolvimento médico legal?
19. Você tinha o costume de realizar atividades físicas extenuantes? Se sim, continua a realizá-las?
20. A sua dor persiste por mais de 3 meses?
21. Na presença de diferentes sinais sensoriais, como iluminação, temperatura e texturas por exemplo, você tem dificuldade de entender a posição do seu corpo no espaço? Se sim, a área "desconectada" coincide com a região dolorosa?

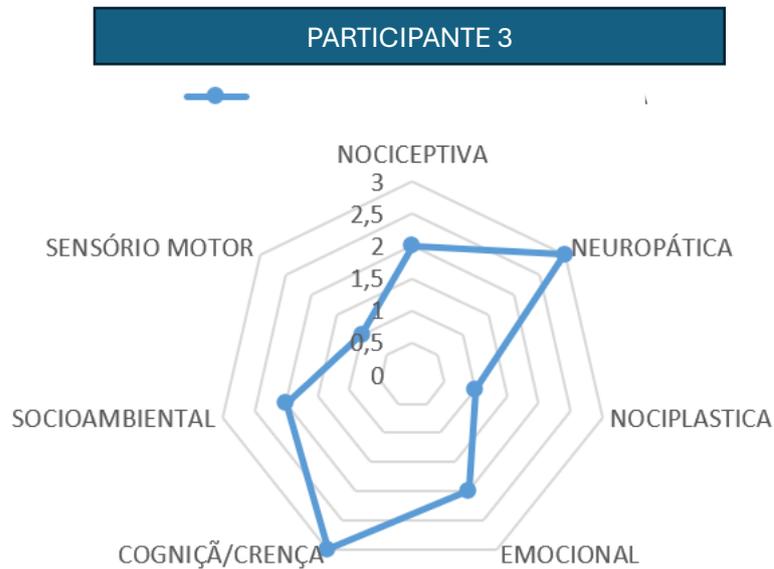
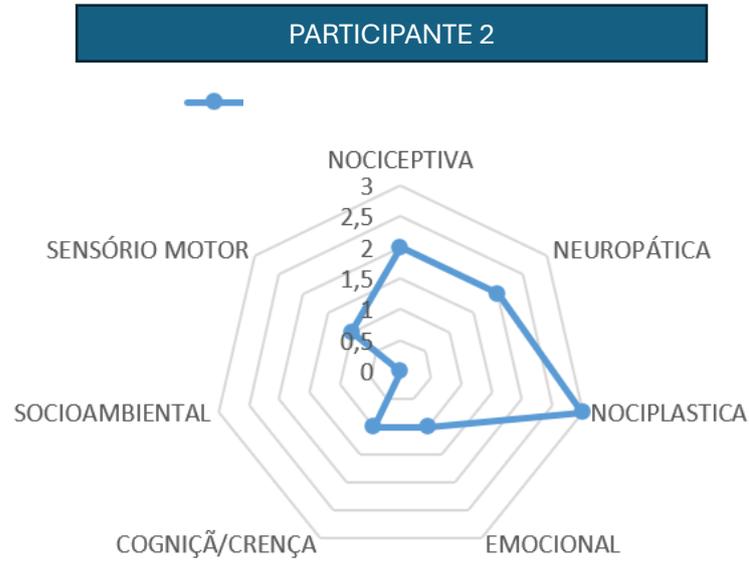
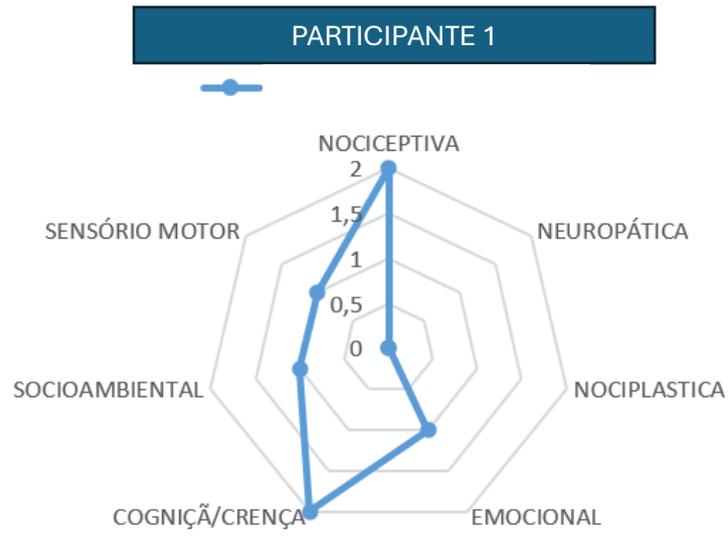
APÊNDICE C – Questionário de Especificação de Sintomas

1. Nome completo:
2. Idade:
3. Em quais locais você sente dor? Assinale uma ou mais opções, atentando-se ao lado correto do sintoma

	DIREITO	ESQUERDO
<i>Ombros</i>		
<i>Cotovelos</i>		
<i>Punhos</i>		
<i>Mãos</i>		
<i>Quadril</i>		
<i>Joelhos</i>		
<i>Tornozelos</i>		
<i>Pés</i>		
<i>Coluna lombar</i>		
<i>Cervical</i>		

4. A sua dor é irradiada?
 Sim Não
5. Se sim, descreva onde sua dor começa e para onde ela irradia:
6. Você sente dormência no local da dor?
 Sim Não
7. Se sim, descreva onde começa e onde termina a dormência:
8. Você sente formigamento?
 Sim Não
9. Se sim, descreva onde começa e onde termina o formigamento:
10. Em uma escala de 0 a 10, quanta dor você sente? Considere 0 para nenhuma dor e 10 para a pior dor possível
11. Sua dor piora em algum momento do dia? Se sim, quando?
12. Você realizou algum procedimento cirúrgico devido a sua lesão ou quadro diagnóstico?
 Se sim, qual?
13. Liste, em ordem de dificuldade, 3 atividades que você deixou de fazer ou que estejam sofrendo interferência por causa da sua dor ou sintoma:

APÊNDICE D – Perfil de Dor Segundo Gráfico Radar



APÊNDICE E – Valores dos Domínios e Grau de Prioridade Retornados Pelo Sistema

PARTICIPANTES		NOCICEPTIVA	NEUROPÁTICA	NOCIPLÁSTICA	EMOCIONAL	COGNIÇÃO/CRENÇA	SOCIOAMBIENTAL	SENSÓRIO MOTOR	GRAU DE PRIORIDADE
PARTICIPANTE 3		2	3	1	2	3	2	1	ALTA PRIORIDADE

PARTICIPANTES		NOCICEPTIVA	NEUROPÁTICA	NOCIPLÁSTICA	EMOCIONAL	COGNIÇÃO/CRENÇA	SOCIOAMBIENTAL	SENSÓRIO MOTOR	GRAU DE PRIORIDADE
PARTICIPANTE 2		2	2	3	1	1	0	1	BAIXA PRIORIDADE

PARTICIPANTES		NOCICEPTIVA	NEUROPÁTICA	NOCIPLÁSTICA	EMOCIONAL	COGNIÇÃO/CRENÇA	SOCIOAMBIENTAL	SENSÓRIO MOTOR	GRAU DE PRIORIDADE
PARTICIPANTE 1		2	0	0	1	2	1	1	MÉDIA PRIORIDADE

ANEXO A – Termo de autorização para pesquisa na clínica escola**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

O “Centro de Promoção e Reabilitação em Saúde e Integração Social – PROMOVE SÃO CAMILO” autoriza a realização da pesquisa intitulada: “MÉTODO DE PADRONIZAÇÃO DE SINTOMAS (MPS): ANÁLISE DE PERFIL E GESTÃO DE PACIENTES NA FILA DE ESPERA DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA MUSCULOESQUELÉTICA EM UMA CLÍNICA ESCOLA DA CIDADE DE SÃO PAULO” de responsabilidade da pesquisadora Francine Lopes Barretto Gondo, mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A Instituição aguarda o recebimento do PARECER CONSUBSTANCIADO DO COEP e solicita a notificação das datas de início e encerramento da execução do projeto.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Prof. Dr Leonardo Azevedo Mobilia Alvares

Nome do responsável institucional

Diretor da Clínica-escola Promove

Cargo

Dr. Leonardo Azevedo Alvares
Médico Responsável Técnico
Promove
CRM-SP: 146.852

Assinatura e carimbo do responsável institucional

DATA 28/3/2023

ANEXO B – Domínios e entrada de informação

Domínio de Avaliação	Entrada Nociceptiva (fisiológica)	Neuropatia Periférica	Mecanismos Nociplásticos Centrais	Desregulação Emocional	Cognições ou Crenças Mal adaptativas	Contexto Socioambiental	Desintegração Sensorio -motora
Histórico da queixa	Queixas são proporcionais ao mecanismo	Mecanismo de início consistente com trauma de um nervo periférico	Mais difícil estabelecer conexão entre mecanismos de inícios e queixas atuais	História de psicopatologia, principalmente se relacionada temporalmente a outros sintomas	Sem padrão definido, pode ser aguda ou crônica, traumática ou não traumática	Pode ser mais provável quando a patogênese ocorreu em um ambiente compensável ou ligada a outros estressores	Mais provável de se manifestar em problemas crônicos
Narrativa do paciente	Queixas de dor bem localizadas	Dor espontânea ou "ectópica", alodínea e hiperalgesia local	Dor em repouso (local ou generalizada), pode estar relacionada ao humor ou estado emocional	Sintomas compatível com psicopatologia (critério DSM-V)	Exemplos: Crenças de que dói= dano ou que 100% de alívio é necessário antes de retomar a atividade	Sente-se sobre constante vigilância (ex. envolvimento médico legal)	Descreve a região do corpo lesionada como se estivesse desconectada
Avaliações padronizadas de autorrelato	Respostas não suportam outros drivers na estrutura	Ferramentas de diagnóstico de autorrelato (ex. SLANSS)	Ferramentas de diagnóstico de autorrelato (ex. CSI)	Ferramentas de diagnóstico de autorrelato (ex. PHQ-9, PCL)	Ferramentas de diagnóstico de autorrelato (ex. PCS, TSK, FABQ)	Ferramentas de diagnóstico de autorrelato (ex. SRI, IEQ)	Poucos disponíveis, mas podem ter dificuldades para identificar áreas de dor em um mapa corporal

Walton & Elliott Musculoskelet Sci Pract. 2018 Aug;36:17-24

Domínio de Avaliação	Entrada Nociceptiva (fisiológica)	Neuropatia Periférica	Mecanismos Nociplásticos Centrais	Desregulação Emocional	Cognições ou Crenças Mal adaptativas	Contexto Socioambiental	Desintegração Sensorio -motora
Avaliações clínicas padronizadas e sinais	Comportamento consistente e previsível da dor relacionada ao movimento	Sinais clínicos de dor ou transmissão neural prejudicada ao longo do curso de um nervo sensorial conhecido	Padrões não mecânicos e não previsíveis de reprodução da dor, com ou sem modulação descendente disfuncional da dor	Dor não consistente com padrões mecânicos previsíveis	Comportamentos exagerados ou inconsistentes da dor fora da proporção da magnitude dos testes	Sinais sugestivos de exagero intencional podem promover uma pista, mas a interpretação deve ser cuidadosa	Sinais de reorganização somatossensorial (2PD, JPSE)
Outras observações	Responde à farmacoterapia de rotina na linha de frente	Não responde a AINES, pode responder a TCAs, SNRIs, pregabalina ou gabapetina	Não responde às terapias de rotina da linha de frente, pode responder aos opióides, TCAs e SSRIs	Pequeno ou nenhum efeito sobre a dor a linha de frente da farmacoterapia de rotina, pode responder a TCAs e SSRIs/SNRIs	Preferência por métodos de enfrentamento passivos, tipo de pensamento "tudo ou nada"	Aconselhados a evitar atividades ou "esforços" até que um caso posterior seja resolvido	Pode exigir exploração e exclusão de um distúrbio do SNC

Walton & Elliott Musculoskelet Sci Pract. 2018 Aug;36:17-24

ANEXO C – Questionário de aptidão para prática de atividade física – PAR-Q

Este Questionário tem por objetivo identificar a necessidade de avaliação por um médico antes do início ou do aumento de nível da atividade física.

Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1. Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?
 Sim Não
2. Você sente dores no peito quando pratica atividade física?
 Sim Não
3. No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?
 Sim Não
4. Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?
 Sim Não
5. Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?
 Sim Não
6. Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?
 Sim Não
7. Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?
 Sim Não
8. Você realiza algum tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?
 Sim Não
9. Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?
 Sim Não
10. Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?
 Sim Não