



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

**O NÍVEL DE CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE ACERCA
DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL**

LAÍS MELO ALVARENGA

LAVRAS-MG

2024

LAÍS MELO ALVARENGA

**O NÍVEL DE CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE ACERCA
DO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Lavras, como parte das
exigências do curso de graduação em
Fisioterapia.

ORIENTADORA

Prof(a). Dra. Luciana Crepaldi Lunkes

LAVRAS-MG

2024

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento
Técnico da Biblioteca Central do UNILAVRAS

A473n Alvarenga, Laís Melo.
 O nível de conhecimento de estudantes da área da saúde acerca do
 modelo biopsicossocial / Laís Melo Alvarenga. – Lavras: Unilavras,
 2024.

 34f. : il.

 Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Unilavras, Lavras, 2024.

 Orientador: Prof.^a Luciana Crepaldi Lunkes.

 1. Abordagem terapêutica. 2. Biopsicossocial. 3. Biomédico. 4.
 Estudantes. I. Lunkes, Luciana Crepaldi. (Orient.). II. Título.

LAÍS MELO ALVARENGA

**O NÍVEL DE CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE ACERCA
DO MODELO BIPSICOSSOCIAL**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Lavras, como parte das
exigências do curso de graduação em
Fisioterapia.

APROVADO EM: 17 de Junho de 2024.

ORIENTADORA

Profa. Dra. Luciana Crepaldi Lunkes/Centro Universitário de Lavras - UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Laiz Helena de Castro Toledo Guimarães /Centro Universitário de Lavras
- UNILAVRAS

LAVRAS-MG

2024

Dedico este trabalho a Deus,
que sempre se fez presente.

AGRADECIMENTOS

Quero expressar minha gratidão, em primeiro lugar, a Jesus Cristo, meu Senhor e Salvador, pela constante Graça e amor que ele tem por mim. É a Sua misericórdia infinita que me nutre diariamente. Ao longo da minha vida, tenho sido abençoada com o doce cuidado de Deus. Ele me sustentou em cada fase da minha jornada, me capacitou com coragem e me permitiu viver momentos maravilhosos.

Sou grata ao meu pai, Cláudio, e à minha mãe, Roseane, pessoas íntegras e generosas, que sempre me incentivaram a seguir o caminho da educação. Guardo com carinho as lembranças das vezes em que meu pai me levava de bicicleta à escola, no intervalo do seu trabalho, sempre dedicado, e dizia: "Aproveite a oportunidade de estudar". Recordo também dos momentos em que, após a aula, ia para a casa onde minha mãe trabalhava como doméstica e fazia minhas tarefas escolares.

Agradeço ao meu irmão, Lucas, por sempre torcer sinceramente pelo meu sucesso. Além disso, expresso minha gratidão aos meus amigos, familiares, pacientes e avós por todo o amor que me deram.

Também sou grata à instituição Unilavras por me proporcionar a oportunidade de estudar de maneira totalmente gratuita ao longo desses 5 anos. Agradeço a todos os professores e funcionários por todo ensino, em especial à minha orientadora Luciana Lunkes, que é, sem dúvidas, uma grande inspiração para mim. Minha gratidão é infinita.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Definição do modelo biopsicossocial.....	11
3.2 Definição do modelo biomédico	11
3.3 A dor e suas características	12
3.4 A importância de uma abordagem multidimensional	13
4 MATERIAL E MÉTODOS	15
4.1 Tipo de estudo.....	15
4.2 Critérios éticos.....	15
4.3 Amostra	15
4.4 Instrumentos	16
4.5 Procedimentos	17
4.6 Projeto piloto	17
4.7 Coleta de dados	17
4.8 Análise estatística	18
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	32
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	32
ANEXO B - Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS.PT).34	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do estudo.....	16
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n = 250).....	19
Tabela 2 - Comparação dos escores estudados entre os cursos no período inicial e final (n = 250).	20
Tabela 3 - Comparação dos escores estudados no início e no fim da graduação por curso (n = 250).	21

1 INTRODUÇÃO

Em 1946, Victor Frankl, um neuropsiquiatra austríaco, pautou em seu livro “*The Doctor and The Soul*” o termo “somatopsicoespiritual”, que refere-se a interação entre corpo, psiquê e espiritualidade. A partir deste momento, diversos pensadores e estudiosos dedicaram-se a estudar sobre o tema, avaliando a complexa associação entre fatores psicossociais no comportamento e crenças. Em 1947, Roy Grinker citou pela primeira vez o termo “coexistir”, levantando um novo pensamento crítico acerca da ocorrência simultânea de fatores em determinada condição de saúde. Após alguns anos, uma terapeuta ocupacional mencionou a primeira vez o termo “modelo biopsicossocial” (LUGG, 2022).

Entende-se por modelo biopsicossocial uma abordagem que considera diversos componentes na vida do indivíduo: biológicos, psicológicos e sociais. Ele se difere do modelo biomédico, que está centrado na enfermidade e não se atém a questões importantes como o ambiente em que se vive, questões socioeconômicas e aspectos cotidianos que podem ter um alto nível de associação. O modelo biomédico considera saúde a ausência de doença (CAMPBELL; EDWARDS, 2009).

O modelo biopsicossocial tem uma abordagem ampla, que não se restringe a um fato, mas possibilita uma avaliação e tratamento com visão multidimensional, abundante, assertivo, afável e promissor. A inserção desse modelo no cotidiano dos atendimentos e orientações viabiliza um cenário justo e coerente, tanto para o profissional como para o paciente e familiares. Ao longo da história, pode-se dizer que a medicina sofreu grandes transformações. Uma delas foi tornar-se científica à medida que os profissionais da saúde e cientistas desenvolveram métodos para tornar compreensível tratamento de “doenças” (ENGEL, 1977).

Em 1980, o mesmo pesquisador abordou em outro artigo sobre um ‘sistema de sistemas’. Refere-se a um gráfico com diversas esferas da vida de uma pessoa variando entre família e alterações teciduais. Essa imagem representou uma mudança intrassistemas quando alguma das esferas fossem alteradas, exemplificando a interação e capacidade de modificação de uma sistematização (ENGEL, 1980).

Com o avanço da medicina, pode-se dizer que uma abordagem biopsicossocial viabiliza um olhar integral acerca da condição de saúde em questão e qualidade de vida. Esta informação estando presente e acessível ao ser humano, é possível esperar

que o nível de concepção acerca do modelo de referência atual seja cada vez maior, principalmente por estudantes e profissionais que lidam diariamente com a promoção da saúde das pessoas. Todavia, trazendo o foco para a realidade atual é possível notar através de relatos clínicos que infelizmente, muitos profissionais não têm aderido esse olhar holístico acerca do bem-estar, fazendo com que as crenças biomédicas prevaleçam, gerando uma busca constante por um único fator desencadeante de tal problema (GOMES, 2017).

Diante disso, é importante entender o nível de conhecimento dos estudantes da área da saúde acerca do modelo biopsicossocial, visto que diversas variáveis influenciam em determinada condição de saúde, não se limitando apenas no campo biológico. Além disso, não contém na literatura nenhum estudo que dimensione o nível de conhecimento acerca desse tema em estudantes formandos e recém-admitidos em sete grandes áreas da saúde, que atuam tanto em nível primário como terciário de atenção à saúde.

Com isso, o objetivo deste estudo foi analisar o nível de conhecimento de estudantes da área da saúde acerca do modelo biopsicossocial, fazendo comparações entre os cursos e entre os períodos iniciais e finais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

O objetivo desta pesquisa foi analisar o nível de conhecimento de estudantes de fisioterapia, enfermagem, farmácia, odontologia, psicologia, medicina e nutrição acerca do modelo biopsicossocial.

2.2 Objetivos específicos

- Comparar o nível de conhecimento do modelo biopsicossocial entre os estudantes dos cursos da área da saúde, identificando o curso mais ciente e o curso menos ciente acerca da abordagem de referência atual;
- Analisar a diferença estatística entre estudantes do primeiro e último período dos mesmos cursos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Definição do modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial consiste em uma abordagem que considera diversas dimensões que compreendem segmentos biológicos, psicológicos e sociais. A dimensão biológica consiste em uma investigação minuciosa dos sintomas físicos do paciente, onde são considerados propensões genéticas, lesões teciduais, efeito farmacológico e resposta aos sintomas (FILLINGIM, 2017).

A dimensão psicológica aborda fatores psicológicos, como relacionamentos interpessoais, autoestima e principalmente a saúde mental. É certo dizer que o ser humano é um ser complexo, onde os sistemas corporais se complementam e comunicam-se, fazendo com que algo prejudicado em um sistema influencie indiretamente ou diretamente o desempenho de outros (ENGEL, 1980).

Dentre vários aspectos, a abordagem biopsicossocial considera aspectos sociais. Nele, questões culturais, inter-relacionais e principalmente questões socioeconômicas são considerados elementos que interferem diretamente na qualidade de vida da pessoa. A proposta do modelo biopsicossocial é conferir uma análise holística e não se limitar ao tratamento físico da doença. Nele, o paciente é visto em sua totalidade, promovendo avanço e melhoria (CHOLEWICKI et al., 2019).

3.2 Definição do modelo biomédico

Diferentemente do modelo biopsicossocial, o modelo biomédico é baseado em questões exclusivamente físicas, como o dano estrutural e tecidual, por exemplo, que possam promover dores e complicações. Esse modelo é o mais utilizado entre profissionais da saúde, fazendo com que sejam criadas crenças biomédicas por parte dos pacientes (BARROS, 2002).

O modelo biomédico considera somente aspectos biológicos, excluindo questões psicológicas e sociais, fazendo com que no momento da investigação haja uma busca excessiva apenas por falhas genéticas, biofísicas, danos estruturais, posturas incorretas e alterações biomecânicas. Em muitos casos, são solicitados exames por imagem em excesso, por exemplo, o que demonstra uma atenção

exclusiva a fatores biológicos (FOSTER et al., 2018).

O conceito de saúde no modelo biomédico e no modelo biopsicossocial diferencia-se. O modelo biomédico acredita ser boa saúde a ausência de doenças, dores ou alterações fisiológicas, havendo uma busca incessante por uma causa desencadeante. Esse modelo acredita que sendo essa causa encontrada e tratada, o indivíduo volta ao seu pleno estado de saúde e bem-estar.

Contrastado ao modelo biomédico, o modelo biopsicossocial considera “saúde” um estado de completo bem-estar social, emocional, psicológico e físico. Embora seja inviável existir um equilíbrio constante desses aspectos pelo fato do ser humano estar em frequente mudança, as crenças biomédicas por parte dos pacientes viabilizam um cenário menos favorável, embora seja o mais predominante (SANTOS et al., 2022).

Um dos problemas centrais do modelo biomédico consiste no poder explicativo de profissional para com paciente, fazendo com que seja insuficiente para sua compreensão geral. Um problema adicional é o alto custo de recursos envolvidos em tecnologias e exames inteiramente focados em danos estruturais, muita das vezes sendo desnecessários.

3.3 A dor e suas características

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor – *International Association for the Study of Pain* – IASP, a dor é uma experiência pessoal influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, e não pode ser determinada apenas pela atividade dos neurônios sensitivos. As pessoas aprendem o conceito de dor através das suas experiências de vida, e o relato de dor deve ser respeitado. Embora a dor possa ter um papel adaptativo, também pode afetar negativamente o bem-estar social e psicológico. A expressão da dor pode ocorrer de várias formas e a incapacidade de comunicação não nega a possibilidade de sentir dor (DESANTANA et al., 2020).

A dor uma adversidade multifatorial, ou seja, não possui uma única causa. Acredita-se também que essa é uma das principais queixas e motivo de procura por atendimentos especializados. Portanto, quando se trata a dor e a enfermidade como um revés de razão única, a probabilidade de recidivas é maior, pois aquela questão não foi tratada de forma abrangente, mas restritiva e limitada (ENGEL, 1977).

Quando se trata da fisiologia da dor, é possível dizer que existe um estímulo

inicial reconhecido por receptores específicos, percorrendo todo um caminho até chegar ao córtex central. No ponto de vista biológico, algumas teorias defendem o alívio da dor de forma mecânica, quando fibras nervosas de diâmetro largo são estimuladas não deixando o impulso nervoso passar. Já a teoria da Via indireta fala que centros superiores descendentes podem ser excitados promovendo uma analgesia mais prolongada (DUBIN; PATAPOUTIAN, 2010).

Todavia, como foi citado, geralmente não há uma única razão para dor ser desencadeada, onde não se pode considerar apenas a fisiologia. A lombalgia, por exemplo, em 90% dos seus casos é inespecífica, ou seja, não se pode encontrar razões pelas quais a dor aconteça, pois diversos fatores se associam. Mesmo com todas essas evidências, a abordagem mais utilizada na atualidade é aquela voltada para o modelo estrutural anatômico e biomecânico que não se atêm a questões multidimensionais. O fato de se adotar um olhar multidimensional enriquece o tratamento, pois valoriza aspectos cognitivos, físicos e de estilo de vida, possibilitando observar o indivíduo em sua totalidade (CHOU et al., 2009).

A dor é definida pela medicina como uma experiência penosa e desagradável, sendo classificada de acordo com seu grau, intensidade, lugar e tipo. Quando um profissional ou estudante da área da saúde volta seu olhar para o ser humano e entende parte da sua fisiologia, logo é observada a complexidade de seus sistemas e comunicações, sendo praticamente impossível encontrar todas as respostas para uma definição geral e completa de todas as relações. Por isso, pode-se dizer que, a dor, assim como qualquer questão que envolva o ser humano e seus atributos, precisa ser analisada em todas as suas dimensões (FILHO, 2016).

3.4 A importância de uma abordagem multidimensional

O modelo biopsicossocial é amplamente reconhecido por sua importância e pelos inúmeros benefícios que oferece na abordagem de condições de saúde. Desenvolvido por George L. Engel em 1977, esse modelo propõe uma visão holística da saúde, que vai além da tradicional perspectiva biomédica. Ao integrar as dimensões biológica, psicológica e social, ele proporciona uma compreensão mais completa e profunda do paciente e de sua condição de saúde.

Ao adotar uma perspectiva biopsicossocial, os profissionais de saúde podem

desenvolver planos de tratamento mais eficazes e personalizados. Isso significa que, além de tratar os sintomas físicos, os profissionais também consideram o impacto de fatores emocionais e sociais. Por exemplo, no tratamento da hipertensão, além da medicação, pode-se incluir aconselhamento para reduzir o estresse e modificações no estilo de vida (WADE; HALLIGAN, 2017)

O modelo promove uma abordagem centrada no paciente, o que significa que os cuidados são personalizados para atender às necessidades individuais. Isso promove um cuidado mais empático e compreensivo, que leva em conta a experiência única do paciente com sua doença. Esse tipo de abordagem pode melhorar significativamente a satisfação do paciente e a adesão ao tratamento (GATCHEL et al., 2007).

Compondo a importância de uma abordagem biopsicossocial multidimensional, estudos revelam que uma das maiores consequências de um tratamento focado em uma única causa, é a solicitação excessiva de exames por imagem. Exames excessivos não demonstram resultados positivos no tratamento e na resolutividade do problema, pelo contrário, somente reforçam crenças negativas acerca da dor gerando limitações para um olhar integral, trazendo o foco somente para questões anatômicas, por exemplo (RABEY et al., 2015).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional transversal com abordagem quantitativa. O instrumento de pesquisa foi a aplicação de um questionário específico e de fácil interpretação relacionado ao modelo biopsicossocial e suas crenças acerca da dor.

4.2 Critérios éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Lavras (CAAE 60188222.7.0000.5116) e da Universidade Federal de Lavras (CAAE 60188222.7.3001.5148). Todos os estudantes que participaram foram informados sobre a pesquisa e poderiam desistir de preencher o questionário a qualquer momento. Este estudo concordou com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde por se tratar de uma pesquisa com seres humanos.

4.3 Amostra

Este estudo foi realizado presencialmente no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) e na Universidade Federal de Lavras (UFLA). Para a coleta de dados (Figura 1), todos os estudantes do primeiro e do último período dos cursos de fisioterapia, enfermagem, psicologia, farmácia, odontologia, medicina e nutrição regularmente matriculados foram contatados através de seus coordenadores e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

O número total de participantes do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) foi de 164 alunos, e da Universidade Federal de Lavras (UFLA) foi de 86 alunos, totalizando uma amostra final de 250 participantes, sendo a amostragem feita por conveniência. Alunos ausentes no momento da aplicação ou que não se enquadraram nos critérios de inclusão foram imediatamente desconsiderados da

amostra. A participação foi inteiramente voluntária e o questionário foi de rápida aplicação.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos que estivessem regularmente matriculados no primeiro e último período dos cursos de fisioterapia, enfermagem, psicologia, farmácia e odontologia do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) e medicina e nutrição da Universidade Federal de Lavras (UFLA), com autonomia e capacidade visual suficientes para responder os questionários. Foram excluídos questionários incompletos e pessoas menores de 18 anos.

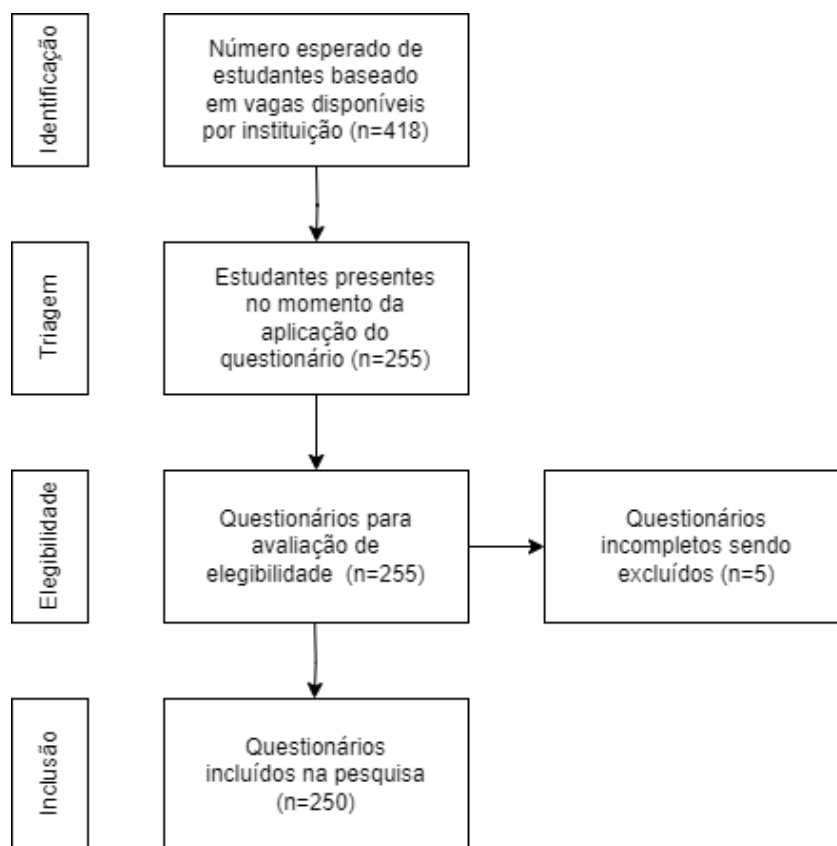


Figura 1. Fluxograma do estudo.

4.4 Instrumentos

O instrumento utilizado foi a escala “*Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists*” (PABS.PT), desenvolvida para avaliar o papel das atitudes e crenças de fisioterapeutas no desenvolvimento e gerenciamento da dor lombar crônica (Anexo 2). Porém, considerando que todos os profissionais da saúde aderem

algum tipo de abordagem nos atendimentos e possuem contato com a dor de forma direta ou indireta, o instrumento torna-se completamente válido e aplicável. Nele, dois fatores são identificados: orientação biomédica (composto pelos itens de 1 a 10) e orientação comportamental (composto pelos itens de 11 a 19). Os itens de ambos os fatores são pontuados em escalas do tipo Likert de seis pontos (sendo 0= “discordo totalmente” e 5= “concordo totalmente”). O escore total do componente de orientação biomédica varia de 0 a 50 pontos, e o escore total do componente de orientação comportamental varia de 0 a 45 pontos. Uma alta pontuação no primeiro fator representa a convicção na relação entre dor e dano tecidual, ou seja, maior adesão do modelo biomédico, enquanto a alta pontuação no segundo fator indica a ausência dessa relação (MAGALHÃES et al., 2011).

4.5 Procedimentos

Inicialmente, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, onde foram informados sobre a confidencialidade das informações prestadas. Antes da aplicação dos questionários, todos os estudantes foram orientados acerca dos objetivos do estudo.

Após a etapa inicial, os participantes responderam a escala PABS-PT. Ao finalizar, todos os participantes receberam um documento completo com informações a respeito do modelo biopsicossocial e sua importância para a sociedade.

4.6 Projeto piloto

Anteriormente à coleta de dados oficial ocorreu a realização de um estudo piloto, onde foi executada a aplicação do questionário. O objetivo desse estudo piloto foi ajustar possíveis falhas metodológicas e o aperfeiçoamento nas técnicas de seleção, avaliação e aplicação do questionário de forma presencial. Foram selecionados cinco voluntários aleatórios na população, que cumpriam os critérios de inclusão, e que se disponibilizam a participar do estudo. O estudo piloto aconteceu após a aprovação do comitê de ética e conforme o cronograma de execução. Vale ressaltar que os participantes do projeto piloto não foram incluídos na amostra final.

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados desse projeto de pesquisa foi realizada em sala de aula de forma presencial durante o período de aula no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) e na Universidade Federal de Lavras (UFLA). Presencialmente, todos os estudantes elegíveis responderam, separadamente em suas salas, os questionários impressos. O convite para participação foi feito diretamente para os coordenadores dos cursos. Vale ressaltar que todas as informações prestadas foram preservadas e mantidas em total sigilo, sendo utilizadas somente para fins de pesquisa.

4.8 Análise estatística

Para verificar se havia diferença entre cursos nos escores que avaliam a concordância e conhecimento dos indivíduos a respeito da abordagem biopsicossocial, testou-se se havia diferença média entre os diferentes cursos através de uma análise de variância (ANOVA). Após, para identificar onde se encontravam tais diferenças, realizou-se um Teste de Tukey para comparações múltiplas. Para os cursos que apresentaram violações nos pré-requisitos da ANOVA, utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis seguido pelo Teste de Bonferroni, para comparações múltiplas.

Com a finalidade de identificar se as opiniões dos estudantes recém-admitidos no curso diferiram das opiniões dos estudantes que já estavam no fim de seu respectivo curso, realizou-se um teste T para a comparação das médias dos escores comportamental e biomédico da Escala PABS.PT. Para os cursos que apresentaram violações nos pré-requisitos do teste T, foi utilizado o Teste de Wilcoxon.

Para a verificação dos pré-requisitos foi utilizado o Teste de Shapiro-Wilk para se testar normalidade e o Teste de Levene para testar homogeneidade de variâncias.

A análise estatística foi realizada no Excel 2013 através do suplemento *Action Stat 3.7*. O nível de significância adotado em toda a análise foi de 5%.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa 250 estudantes (Tabela 1). A amostra foi predominantemente feminina (75,60%). Os estudantes do primeiro período totalizaram em 157 participantes (62,80%) enquanto os estudantes do último período totalizaram em 93 participantes (37,20%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra (n = 250).

Variável	Frequência	Percentual
<i>Sexo</i>		
Feminino	189	75,6%
Masculino	48	19,2%
<i>Cursos do primeiro período</i>		
Enfermagem	24	9,6%
Farmácia	8	3,2%
Fisioterapia	15	6%
Medicina	22	8,8%
Nutrição	40	16%
Odontologia	29	11,6%
Psicologia	19	7,6%
<i>Cursos do último período</i>		
Enfermagem	5	2%
Farmácia	3	1,2%
Fisioterapia	40	16%
Medicina	9	3,6%
Nutrição	15	6%
Odontologia	15	6%
Psicologia	6	2,4%

Inicialmente, verificou-se se havia diferença entre os escores de orientação comportamental e biomédica para diferentes cursos (Tabela 2). Pela análise da tabela 2, foi possível observar diferenças entre os perfis dos estudantes de diferentes cursos em todas as comparações realizadas.

Tabela 2 - Comparação dos escores estudados entre os cursos no período inicial e final (n = 250).

Variável	Orientação comportamental			Orientação biomédica		
	Média (DP)	Grupos	p-valor	Média(DP)	Grupos	p-valor
<i>Início do curso</i>						
Enfermagem	23,3 (±5,6)	a		19,1 (±5,4)	b	
Farmácia	22,0 (±7,2)	ab		38,8 (±2,3)	a	
Fisioterapia	19,8 (±6,5)	ab	0,0099*	30,1 (±7,6)	ab	0,0028*
Medicina	22,3 (±6,0)	ab		28,3 (±7,7)	b	
Nutrição	18,0 (±5,0)	b		29,5 (±5,7)	b	
Odontologia	20,0 (±5,1)	ab		29,0 (±4,8)	b	
Psicologia	19,1 (±5,4)	ab		30,9 (±6,9)	b	
<i>Fim do curso</i>						
Enfermagem	23,4 (±2,9)	ab		28,6 (±6,5)	ab	
Farmácia	20,3 (±4,2)	ab		37,7 (±0,6)	a	
Fisioterapia	26,9 (±5,7)	a	0,0008**	21,9 (±8,4)	b	0,0011**
Medicina	20,0 (±3,1)	b		23,0 (±3,9)	ab	
Nutrição	27,9 (±6,2)	a		21,6 (±3,3)	b	
Odontologia	20,8 (±4,8)	ab		29,6 (±5,5)	ab	
Psicologia	23,7 (±8,1)	ab		31,5 (±7,3)	ab	

DP: desvio padrão; *: significativo, <0,05 (ANOVA/Kruskal-Wallis e as comparações múltiplas).

Primeiramente, foram analisados os estudantes do início do curso. Neste caso, foi possível constatar que os estudantes apresentam diferenças entre cursos em todos os índices pesquisados. Nota-se que o curso de enfermagem apresenta o maior índice de orientação comportamental, significativamente diferente de nutrição, que apresenta o menor valor. Por fim, com relação ao índice de orientação biomédica, o curso de farmácia obteve maior escore, diferindo significativamente de todos os outros cursos, com exceção do curso de fisioterapia.

Em seguida, foi analisado o comportamento dos índices para os estudantes no fim do curso. Fisioterapia e nutrição apresentaram as maiores pontuações médias no índice de orientação comportamental, significativamente diferente de medicina, que apresentou o menor escore de orientação comportamental. Com relação à orientação biomédica, o curso de farmácia foi, novamente, o de pontuação mais elevada, diferindo significativamente de fisioterapia e nutrição, que apresentaram os menores escores.

Outro objetivo deste trabalho foi verificar se existia diferença relacionada ao conhecimento e aplicação de técnicas com cunho biopsicossocial entre estudantes do início do curso e estudantes do final do curso. A tabela 3 mostra as médias dos índices de cada curso no início (primeiro período) e no final (último período) do curso de graduação, bem como o p-valor do teste comparando a medida de tendência central.

Tabela 3 - Comparação dos escores estudados no início e no fim da graduação por curso (n = 250).

Orientação	Curso	Início/ média (DP)	Fim/ média (DP)	p-valor
Comportamental	Enfermagem	23,3 ($\pm 5,6$)	23,4 ($\pm 2,9$)	0,7065**
	Farmácia	22,0 ($\pm 7,2$)	20,3 ($\pm 4,2$)	0,8372**
	Fisioterapia	19,8 ($\pm 6,5$)	26,9 ($\pm 5,7$)	0,0002*
	Medicina	22,3 ($\pm 6,0$)	20,0 ($\pm 3,1$)	0,2942*
	Nutrição	18,0 ($\pm 5,0$)	27,9 ($\pm 6,2$)	<0,0001*
	Odontologia	20,0 ($\pm 5,1$)	20,8 ($\pm 4,8$)	0,5744**
	Psicologia	19,1 ($\pm 5,4$)	23,7 ($\pm 8,1$)	0,1242*
	Todos os cursos	20,2 ($\pm 5,8$)	25,3 ($\pm 6,1$)	<0,0001*
Biomédica	Enfermagem	29,3 ($\pm 7,3$)	28,6 ($\pm 6,5$)	0,6856**
	Farmácia	38,8 ($\pm 2,3$)	37,7 ($\pm 0,6$)	0,3152**
	Fisioterapia	30,1 ($\pm 7,6$)	21,9 ($\pm 8,4$)	0,0011**
	Medicina	28,3 ($\pm 7,7$)	23,0 ($\pm 3,9$)	0,0384**
	Nutrição	29,5 ($\pm 5,7$)	21,6 ($\pm 3,3$)	<0,0001**
	Odontologia	29,0 ($\pm 4,8$)	29,6 ($\pm 5,5$)	0,9027**
	Psicologia	30,9 ($\pm 6,9$)	31,5 ($\pm 7,3$)	0,8546*
	Todos os cursos	30,1 ($\pm 6,7$)	24,1 ($\pm 7,8$)	<0,0001*

DP: desvio padrão; *: significativo, <0,05 (*Teste T; **Teste de Wilcoxon).

A tabela 3 apresenta as diferenças entre o perfil do estudante que acabou de ingressar no curso e do estudante que está no último período de sua graduação, de cada curso estudado, bem como a junção de toda a amostra. Com relação ao índice orientação comportamental, observa-se que fisioterapia e nutrição apresentaram uma média no fim do curso consideravelmente superior aos estudantes do início. De maneira geral, com o grupo “todos os cursos”, também foi possível notar um aumento significativo na média da orientação comportamental, onde os estudantes no fim do curso apresentam maior média (20,2 \pm 5,8 e 25,3 \pm 6,1).

Por fim, foi possível observar, ainda na tabela 3, que o grupo “todos os cursos” apresentou uma média significativamente menor no índice biomédico ao final do curso ($24,1 \pm 7,8$) em relação aos estudantes no início ($30,1 \pm 6,7$). Essa média menor significativa também foi constatada nos cursos de fisioterapia, medicina e nutrição, isoladamente.

6 DISCUSSÃO

Com o objetivo de analisar o nível de conhecimento de estudantes da área da saúde acerca do modelo biopsicossocial, foi observada uma diferença significativa entre os cursos e entre o início e o final do curso. Os cursos de fisioterapia, medicina e nutrição foram os que apresentaram a maior diferença entre o início e o fim, indicando um nível de conhecimento maior sobre o modelo biopsicossocial. Em contraste, os cursos de enfermagem e farmácia não mostraram diferença significativa. Quando analisado o índice "todos os cursos", foi constatada uma diferença significativa entre o primeiro e o último período dos cursos, apresentando maior orientação comportamental e menor orientação biomédica, ou seja, em geral, "todos os cursos" apresentaram um nível de conhecimento maior sobre o modelo biopsicossocial no final (último período) em relação ao início (primeiro período).

O curso de nutrição apresentou o maior escore na orientação comportamental entre os primeiros e últimos períodos de acordo com a escala PABS.PT. A crescente incidência de doenças cardiovasculares, diabetes e obesidade no último século gerou um importante aumento de campanhas de prevenção através de uma alimentação equilibrada e exercícios físicos (MELCHIOR; FUCHS; SCANTAMBURLO, 2021). Além disso, mulheres tem menor probabilidade de assumir comportamentos que comprometam a qualidade de vida e a saúde (CANETTO; LESTER, 1995). Com o resultado do nosso estudo, é possível dizer que estudantes recém-admitidos neste curso possuem um conhecimento prévio mais notável em relação as várias dimensões que permeiam uma condição de saúde. Uma possível explicação para a hipótese seria o fato de que a amostra do curso de nutrição desta pesquisa foi predominantemente feminina em ambos os períodos.

Dante et al. (2011) compararam o perfil dos estudantes europeus de enfermagem e seus resultados acadêmicos no final do primeiro ano de curso. 84,9% da amostra relataram falta de apoio acadêmico e 32,2% dos alunos associaram uma jornada de 24h semanais de trabalho ao estudo de enfermagem. Os autores concluíram que são necessárias mais estratégias para harmonizar o ensino de enfermagem (DANTE et al., 2011). Nesse sentido, considerando nossos resultados, é possível propor novas pesquisas para que se possa apurar o perfil dos estudantes brasileiros de enfermagem e as possíveis barreiras que possam interferir em uma

compreensão mais apurada do modelo biopsicossocial, uma vez que o curso de enfermagem do último período apresentou amostra significativamente menor comparado ao primeiro período, podendo indicar um alto índice de evasão.

O curso de farmácia demonstrou o maior escore na orientação biomédica, tanto no primeiro como no último período da graduação. Embora um estudo publicado em 2018 relate a importância do papel do farmacêutico clínico para colaborar em uma equipe multidisciplinar no tratamento da dor crônica e como poderia tornar-se uma estratégia promissora nos cuidados primários (GIANNITRAPANI et al., 2018), não vê-se na atualidade muitos farmacêuticos atuando desta forma. Uma possível explicação para o baixo nível de orientação biopsicossocial é ainda o papel frequentemente orientado à medicação, o que é reforçado durante todo o período de graduação (CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

O curso de fisioterapia apresentou uma diferença significativa na assimilação de conhecimento pelos alunos em comparação aos demais cursos, indicando alto nível de conhecimento biopsicossocial. Embora fisioterapeutas possuam preferência predominante por abordagens biomédicas e ainda enfrentem dificuldades para incorporar fatores psicossociais na avaliação (SANTOS et al., 2022), é possível que esse resultado seja justificado pela interação direta e prolongada dos alunos do curso com os pacientes na abordagem terapêutica durante o estágio supervisionado, que acontece nos últimos períodos do curso. Isso proporciona uma oportunidade única para observar e abordar os aspectos biopsicossociais da saúde. Os fisioterapeutas frequentemente trabalham com pacientes em um ambiente de cuidados contínuos, permitindo uma compreensão mais profunda das necessidades do paciente além dos sintomas físicos. O notável conhecimento psicossocial nesse curso pode ser explicado também pelo aumento crescente no número de artigos científicos na área, gerando uma busca constante por técnicas mais eficazes.

Um estudo demonstra a predominância de estudantes de medicina por cuidados farmacológicos, principalmente anti-inflamatórios nos cuidados relacionados à dor lombar crônica (JESUS-MORALEIDA et al., 2021). Em nosso estudo, no que diz respeito à orientação biomédica, o curso de Medicina do último período obteve a pontuação mais baixa comparado ao primeiro período, indicando maior nível de conhecimento acerca do modelo biopsicossocial. Isso pode ser explicado pelo crescente envolvimento entre medicina e prática baseada em evidência, além dos

avanços em tecnologia e inovação, acesso livre aos canais de informação e globalização da pesquisa.

Santos et al. (2022) afirmam que fisioterapeutas possuem preferência predominante por abordagens biomédicas e enfrentam dificuldades para incorporar fatores psicossociais na avaliação. Um estudo que tinha como objetivo analisar o motivo pelo qual fisioterapeutas não tinham concordância com o modelo biopsicossocial revelou as barreiras que esses profissionais podem enfrentar para não disseminarem o modelo biopsicossocial: as expectativas dos pacientes em relação ao tratamento, o receio de assumir práticas de psicólogos e a incerteza na execução da prática (DIJK et al., 2023). Os resultados da nossa pesquisa apontam um alto nível de conhecimento dos estudantes de fisioterapia tanto do primeiro quanto último período com o modelo biopsicossocial. A crescente de estudos sobre a importância e eficácia da educação em dor por fisioterapeutas para tratamento da dor, pode sugerir influência sobre o entendimento dos estudantes a respeito do aumento da prática baseada em evidência, visto que uma visão mais holística concorda com uma orientação comportamental mais elevada (MI et al., 2022).

O curso de psicologia do último período apresentou o escore para orientação biomédica elevado comparado aos estudantes do início. Dada as particularidades da profissão, o psicólogo atua avaliando, diagnosticando e tratando transtornos mentais, o que faz com que o profissional tenha acesso amplo ao conhecimento acerca do modelo biopsicossocial, tanto na teoria quanto na prática (MARTIN-GORGOJO; MARTIN-BRUFAU, 2018). Diferente disso, nossos resultados trazem que o curso de psicologia apresentou um conceito sobre o modelo biopsicossocial pouco firmado. Questões como currículo do curso, experiências clínicas e de estágio supervisionado, pesquisa e literatura independentes, e principalmente a abordagem teórica, sejam os principais fatores que influenciaram esse resultado.

O grupo "todos os cursos" demonstrou uma média inferior na orientação biomédica no fim do curso em comparação com o início. Essa diminuição foi observada separadamente nos cursos de fisioterapia, nutrição e medicina. Um estudo sobre dor lombar inespecífica e a importância da adesão ao modelo biopsicossocial por médicos revela que a redução da dor não deve ser a única medida considerada (TAGLIAFERRI et al., 2020). O estudo sugere que o tratamento deve ser personalizado e destaca a importância da aliança terapêutica como um dos principais

fatores a serem considerados. Além disso, evidencia a importância de uma equipe multidisciplinar e como isso afeta os resultados do tratamento. Esse resultado cria um cenário otimista em relação ao entendimento do modelo biopsicossocial para os próximos anos, uma vez que a média da orientação biomédica foi menor entre os estudantes formandos em relação aos recém-admitidos.

Este estudo inovador permitiu uma comparação detalhada entre os cursos de saúde, além de observar as diferenças no nível de conhecimento entre o início e o final de cada curso. Não apenas fornece informações valiosas para as instituições de ensino participantes, mas também serve como uma base sólida para futuras pesquisas. A análise comparativa entre os cursos oferece *insights* cruciais a respeito da eficácia dos currículos educacionais e destaca áreas que necessitam de aprimoramento.

Com uma amostra representativa, este estudo foi conduzido com alto rigor metodológico. A presença da pesquisadora durante a coleta de dados permitiu um ambiente de esclarecimento contínuo, garantindo veracidade, clareza e precisão das informações obtidas. Este trabalho abre portas para novos estudos, especialmente aqueles de natureza longitudinal, que poderão acompanhar o desenvolvimento do conhecimento dos estudantes sobre o modelo biopsicossocial ao longo do tempo.

A contribuição deste estudo para a área da saúde é inestimável, fornecendo uma compreensão mais profunda sobre a preparação dos futuros profissionais de saúde para abordar a complexidade das interações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na prática clínica. Em suma, este trabalho não apenas reforça a importância do modelo biopsicossocial na formação dos profissionais de saúde, mas também impulsiona o avanço das práticas educacionais e de pesquisa, beneficiando diretamente as instituições de ensino e, indiretamente, a qualidade da assistência à saúde.

7 CONCLUSÃO

O resultado desta pesquisa sugere que os cursos da área da saúde (fisioterapia, enfermagem, farmácia, odontologia, psicologia, medicina e nutrição) apresentaram maior nível de conhecimento do modelo biopsicossocial no último período de graduação comparado ao primeiro período. Os cursos de fisioterapia, nutrição e medicina apresentaram os resultados mais significativos comparados aos demais em relação ao nível de conhecimento do modelo biopsicossocial, significativamente diferente dos cursos de farmácia e enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 67–84, jun./jul. 2002.

CAMPBELL, C. M.; EDWARDS, R. R. Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. **Translational Research**, v. 153, n. 3, p. 97–101, mar. 2009.

CANETTO, S. S.; LESTER, D. Gender and the Primary Prevention of Suicide Mortality. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, v. 25, n. 1, p. 58–69, 1995.

CHISHOLM-BURNS, M. A. et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: Systematic review and meta-analyses. **Medical Care**, v. 48, n. 10, p. 923–933, out. 2010.

CHOLEWICKI, J. et al. Can biomechanics research lead to more effective treatment of low back pain? A point-counterpoint debate. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, v. 49, n. 6, p. 425–436, mai. 2019.

CHOU, R. et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 373, n. 9662, p. 463–472, fev. 2009.

DANTE, A. et al. Factors associated with nursing students' academic success or failure: A retrospective Italian multicenter study. **Nurse Education Today**, v. 31, n. 1, p. 59–64, jan. 2011.

DESANTANA, J. M. et al. Definition of pain revised after four decades. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 3, n. 3, p. 197–198, 2020.

DIJK, H. V. et al. Physiotherapists Using the Biopsychosocial Model for Chronic Pain: Barriers and Facilitators—A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 2, p.1-15, nov./jan. 2023.

DUBIN, A. E.; PATAPOUTIAN, A. Nociceptors: The sensors of the pain pathway. **Journal of Clinical Investigation**, v. 120, n. 11, p. 3760–3772, nov. 2010.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, abr. 1977.

ENGEL, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. **American Journal of Psychiatry**, v. 137, n. 5, p. 535–544, mai.1980.

FILHO, N. M. Changing beliefs for changing movement and pain: Classification-based cognitive functional therapy (CB-CFT) for chronic non-specific low back pain. **Manual Therapy**, v. 21, p. 303–306, fev. 2016.

FILLINGIM, R. B. Individual differences in pain: Understanding the mosaic that makes pain personal. **Pain**, v. 158, n. 4, p. 11–18, abr. 2017.

FOSTER, N. E. et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. **The Lancet**, v. 391, n. 10137, p. 2368–2383, jun. 2018.

GATCHEL, R. J. et al. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. **Psychological Bulletin**, v. 133, n. 4, p. 581–624, 2007.

GIANNITRAPANI, K. F. et al. Expanding the role of clinical pharmacists on interdisciplinary primary care teams for chronic pain and opioid management. **BMC Family Practice**, v. 19, n. 1, p. 1–9, jul. 2018.

GOMES, A. S. **Associação entre dor lombar e crenças biomédicas em acadêmicos de fisioterapia**. 2017. 68 f. Dissertação (Pós-graduação em Ciências da Reabilitação) — Centro Universitário Augusto Motta, Rio de Janeiro, 2017.

JESUS-MORALEIDA, F. R. et al. The challenging scenario of beliefs and attitudes toward chronic low back pain among final year undergraduate students: A cross-sectional investigation. **Musculoskeletal Science and Practice**, v. 53, p. 1-6, mar./jun. 2021.

LUGG, W. The biopsychosocial model—history, controversy and Engel. **Australasian Psychiatry**, v. 30, n. 1, p. 55-59, nov. 2022.

MAGALHÃES, M. O. et al. Testes clinimétricos de dois instrumentos que mensuram atitudes e crenças de profissionais de saúde sobre a dor lombar crônica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 3, p. 249–256, maio./jun. 2011.

MARTIN-GORGOJO, A.; MARTIN-BRUFU, R. Why Shouldn't We Forget About the Role of Clinical Psychologists in the Treatment of Patients with Psoriasis? **Actas Dermo-Sifiliograficas**, v. 109, n. 8, p. 672, out. 2018.

MELCHIOR, V.; FUCHS, S.; SCANTAMBURLO, G. Obesity and eating disorders. **Revue Medicale de Liege**, v. 76, n. 2, p. 134–139, fev. 2021.

MI, G. V. et al. Physiotherapy and health education protocol in chronic musculoskeletal shoulder pain. Experience in Primary Care. **Atencion Primaria**, v. 54, n. 5, p. 102284, jun. 2022.

RABEY, M. et al. Multidimensional pain profiles in four cases of chronic non-specific axial low back pain: An examination of the limitations of contemporary classification systems. **Manual Therapy**, v. 20, n. 1, p. 138–147, fev. 2015.

SANTOS, F. D. R. P. et al. Profile, attitudes and beliefs of physiotherapists in the management of chronic nonspecific low back pain. **Fisioterapia em Movimento**, v. 35, p.1-7, ago./mar. 2022.

TAGLIAFERRI, S. D. et al. Domains of chronic low back pain and assessing treatment effectiveness: a clinical perspective. **Pain Practice**, v. 20, n. 2, p. 211-225, nov. 2020.

WADE, D. T.; HALLIGAN, P. W. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. **Clinical Rehabilitation**, v. 31, n. 8, p. 995–1004, jul. 2017.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: O nível de conhecimento de estudantes da área da saúde acerca do modelo biopsicossocial

Pesquisadora Responsável: _____

Contato: _____

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo de pesquisa que visa analisar o nível de conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre o modelo biopsicossocial. Sua participação é voluntária.

Objetivo do Estudo:

O objetivo deste estudo é comparar o nível de conhecimento entre os cursos de saúde e avaliar as diferenças entre o início e o final de cada curso.

Procedimento:

Questionário aplicado com a presença física da pesquisadora para esclarecimento de dúvidas.

Estimativa de tempo para preenchimento do questionário: [10 minutos].

Benefícios: A participação neste estudo fornecerá informações importantes para melhorar os currículos educacionais das instituições de ensino participantes e contribuirá para futuros estudos, incluindo pesquisas longitudinais sobre o tema.

Riscos: Não há riscos significativos associados à participação neste estudo. O questionário é de natureza não invasiva.

Confidencialidade: Todas as informações coletadas serão tratadas com confidencialidade. Os dados serão analisados de forma agregada, sem identificação individual dos participantes.

Voluntariedade: A participação neste estudo é totalmente voluntária. Você pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Esclarecimentos: Caso tenha qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre seus direitos como participante, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Consentimento:

Eu, _____, declaro que fui informado(a) sobre os objetivos, procedimentos, benefícios e possíveis riscos do estudo. Estou ciente de que minha participação é voluntária e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento. Autorizo a utilização das informações fornecidas para os fins deste estudo.

Assinatura do(a) Participante:

Data: ___/___/___

Assinatura da Pesquisadora:

Data: ___/___/___

ANEXO B - Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS.PT).

Anexo 1. Versão final da escala *PABS.PT* traduzida e adaptada transculturalmente para o português-brasileiro (*PABS.PT* – Brasil)

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
A intensidade da dor é determinada pela severidade da lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5
O aumento da dor indica uma nova lesão tecidual ou um aumento da lesão existente.	0	1	2	3	4	5
Dor é um estímulo nociceptivo, indicando uma lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5
Se a severidade da dor lombar aumentar, eu imediatamente ajusto a intensidade do meu tratamento.	0	1	2	3	4	5
Se o paciente reclama de dor durante o exercício, eu temo que uma lesão tecidual esteja ocorrendo.	0	1	2	3	4	5
Pacientes com dor lombar devem preferencialmente praticar apenas movimentos livres de dor.	0	1	2	3	4	5
A redução da dor é um pré-requisito para a restauração da função normal.	0	1	2	3	4	5
Se o tratamento não resulta na diminuição da dor lombar, existe um alto risco de restrições severas em um longo prazo.	0	1	2	3	4	5
Dor lombar indica a presença de uma lesão orgânica.	0	1	2	3	4	5
Em longo prazo, pacientes com dor possuem um maior risco de desenvolver disfunções de coluna.	0	1	2	3	4	5
Aprender a lidar com o estresse leva a recuperação da dor lombar.	0	1	2	3	4	5
Um paciente com dor lombar severa se beneficiará de exercícios físicos.	0	1	2	3	4	5
Mesmo com a piora da dor, pode-se aumentar a intensidade do próximo tratamento.	0	1	2	3	4	5
Exercícios que podem estressar a coluna não devem ser evitados durante o tratamento.	0	1	2	3	4	5
O tratamento pode ter tido sucesso mesmo se a dor continuar.	0	1	2	3	4	5
A causa da dor lombar é desconhecida.	0	1	2	3	4	5
Limitações funcionais associadas com dor lombar são resultados de fatores psicossociais.	0	1	2	3	4	5
Não existe um tratamento eficaz para eliminar a dor lombar.	0	1	2	3	4	5
Estresse mental pode causar dor lombar mesmo na ausência de lesão tecidual.	0	1	2	3	4	5

Fonte: MAGALHÃES et al. (2011).