

FLÁVIA DIANA SANTOS FIGUEREDO

**CRENÇAS E PERCEPÇÕES DE FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS SOBRE
DOR NA CRIANÇA: ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL**

**Aracaju - SE
2023**

FLÁVIA DIANA SANTOS FIGUEREDO

**CRENÇAS E PERCEPÇÕES DE FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS SOBRE
DOR NA CRIANÇA:
ESTUDO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Josimari Melo DeSantana

**Aracaju – SE
2023**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE - BISAU
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

F475c Figueredo, Flávia Diana Santos
Crenças e percepções de fisioterapeutas brasileiros sobre a dor na criança: estudo transversal observacional / Flávia Diana Santos Figueredo ; orientadora Josimari Melo de Santana. – Aracaju, 2023.
86 f.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2023.

1. Ciências da saúde. 2. Dor. 3. Dor em crianças. 4. Fisioterapeutas. 5. Educação em saúde. I. Santana, Josimari Melo de, orient. II. Título.

CDU 616.8-009.7-053.2

AGRADECIMENTOS

Gratidão por cada passo de minha trajetória até aqui, desde o início do mestrado, disciplinas cursadas, trabalhos concluídos, novos aprendizados e não poderia deixar de citar os passos da minha dissertação, desde a construção do projeto, revisão, execução e os resultados colhidos.

À Universidade Federal de Sergipe (UFS), por me acolher e me dar a possibilidade de participar do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), no qual eu conheci a Prof^a Dr^a Josimari Melo DeSantana, que me inspira todos os dias de forma direta e indireta no aspecto cientista, professora, fisioterapeuta, mulher e mãe. Obrigada por toda dedicação e cuidado. Agradeço também o Programa de Demanda Social CAPES, por me disponibilizar bolsa de estudos.

Deus, meu grande Pai que sempre me deu entusiasmo e animação para seguir lutando, a minha família, Fabio e Darticlea que me deram todo suporte e amor, a minha linda irmãzinha Stephanie e ao meu grande amor e marido, Kauan. Amo muito vocês!

E, por fim e não menos importante, as minhas amigas Milena, Riziane e Suziane por toda a paciência, conselhos e carinho.

Eu fico com a pureza da resposta das crianças é a vida, é bonita e é bonita!

Gonzaguinha.

RESUMO

Crenças e percepções de fisioterapeutas brasileiros sobre a dor na criança: estudo transversal observacional

Mestranda: Flávia Diana Santos Figueredo

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Josimari Melo DeSantana

Introdução: As crenças de fisioterapeutas em relação à assistência em saúde de crianças são percebidas em vários contextos clínicos, como manejo da dor, autoeficácia, interação social, catastrofização e atividades físicas. As crenças podem estar relacionadas ao senso comum e podem interferir na conduta dos fisioterapeutas. Por esse motivo, é imprescindível a busca pelo mapeamento das crenças dos fisioterapeutas brasileiros e conhecimento de suas percepções sobre os diversos aspectos que abrangem a dor. **Objetivo:** Investigar crenças e percepções de fisioterapeutas brasileiros sobre dor nas crianças. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo observacional transversal do tipo *survey*, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados via formulário eletrônico disponível na plataforma Google Forms®, o qual contém questões objetivas e subjetivas divididas por temas. A maior parte das perguntas objetivas apresentavam respostas baseadas na Escala *Likert*. Os participantes foram direcionados para diferentes seções. Inicialmente, foi feita a identificação e, posteriormente, foram registrados diversos aspectos sobre crenças profissionais em relação à dor nas crianças. **Resultados:** Obtivemos uma amostra de 214 fisioterapeutas que atenderam os critérios de elegibilidade. A maior parte da amostra é do sexo feminino (90,7%) e fazem atendimentos nas regiões nordeste (34,6%) e sudeste (34,1%). A maioria atende em uma frequência diária, de forma predominantemente privada (55,1%) com formação *stricto sensu* (50%). Na análise de dados em porcentagem, verificamos que os fisioterapeutas responderam que concordavam totalmente com a afirmação em 50% das questões (20); nas demais, houve respostas em quantidades similares entre concordo parcialmente e discordo parcialmente. A maioria dos fisioterapeutas discordaram que é normal a criança sentir dor (73,4%) e concordaram com a relação de causalidade da dor com a lesão estrutural (82,7%) e intensidade de dor (51,9%). Também concordaram que as crianças não têm como manejar a dor sozinhas (56,5%) e que, quando a criança sente dor a família, deve-se tratá-la melhor (47,2%). **Conclusão:** Para a maioria das informações avaliadas, o que os fisioterapeutas acreditavam estava em concordância com os achados encontrados na literatura. Entretanto, os fisioterapeutas acreditavam que em relação a dor, não existe uma normalidade, existência de causalidade única, lesão estrutural como fator causal, relação proposicional somente entre lesão estrutural e nível de intensidade, a não relação entre pais e filhos com dor crônica e que as atitudes superprotetoras da família com a criança, tratando melhor a criança que está sentindo dor, esses assuntos foram identificados como tópicos em que a maioria dos fisioterapeutas acreditavam.

Descritores: Criança. Dor. Educação em saúde. Fisioterapeutas. Modelo de Crenças de Saúde.

ABSTRACT

Beliefs and perceptions of Brazilian physical therapists about pain in children: an observational cross-sectional study

Master's Student: Flavia Diana Santos Figueredo

Advisor: Prof. Dr. Josimari Melo DeSantana

Introduction: Physical therapists' beliefs regarding health care for children are perceived in several clinical contexts, such as pain management, self-efficacy, social interaction, catastrophizing and physical activities. Beliefs may be related to common sense and may interfere with the behavior of physiotherapists. For this reason, it is essential to search for the mapping of Brazilian physiotherapists' beliefs and knowledge of their perceptions on the various aspects that encompass pain.

Objective: To investigate beliefs and perceptions of Brazilian physical therapists about pain in children. **Materials and methods:** This is a cross-sectional observational study of the survey type, with a quantitative approach. Data were collected via an electronic form available on the Google Forms® platform, which contains objective and subjective questions divided by themes. Most of the objective questions had answers based on the Likert Scale. Participants were directed to different sections. Initially, the identification was made and, subsequently, several aspects about professional beliefs regarding pain in children were recorded. **Results:** We obtained a sample of 214 physiotherapists who met the eligibility criteria. Most of the sample is female (90.7%) and attends in the Northeast (34.6%) and Southeast (34.1%) regions. Most attend on a daily basis, predominantly privately (55.1%) with stricto sensu training (50%). In the percentage data analysis, we verified that the physiotherapists answered that they totally agreed with the statement in 50% of the questions (20); in the others, there were responses in similar amounts between partially agree and partially disagree. Most physiotherapists disagreed that it is normal for children to feel pain (73.4%) and agreed with the causal relationship between pain and structural injury (82.7%) and pain intensity (51.9%). They also agreed that children cannot manage the pain alone (56.5%) and that, when the child feels pain, the family should treat it better (47.2%).

Conclusion: For most of the evaluated information, what the physiotherapists believed was in agreement with the findings found in the literature. However, physiotherapists believed that in relation to pain, there is no normality, existence of single causality, structural injury as a causal factor, propositional relationship only between structural injury and level of intensity, the non-relationship between parents and children with chronic pain and that the overprotective attitudes of the family towards the child, better treating the child who is in pain, these issues were identified as topics in which most physiotherapists believed.

Keywords: Child. Health Belief Model. Health education. Pain. Physical Therapists.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DA LITERATURA	11
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	Objetivo Primário	17
3.2	Objetivos Secundários	17
4	MATERIAL E MÉTODO.....	18
4.1	Tipo de estudo	18
4.2	Aspectos éticos	18
4.3	Amostra.....	18
4.4	Elaboração do questionário	19
4.4.1	Seção de apresentação.....	20
4.4.2	Seção do TCLE.....	20
4.4.3	Seção de identificação.....	21
4.4.4	Seção sobre dor.....	21
4.4.5	Seção sobre atividade física/ funcionalidade	22
4.4.6	Seção sobre fatores psicossociais.....	23
4.4.7	Seção sobre comportamento das crianças e dos pais.....	23
4.4.8	Seção dos profissionais de saúde/ relatos dos profissionais de saúde/ capacitação profissional	24
4.5	Análise e interpretação de dados.....	25
5	RESULTADOS.....	26
6	DISCUSSÃO	53
7	CONCLUSÃO	62
8	REFERÊNCIAS.....	63
	APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	68
	APÊNDICE 2 FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS DOS FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS SOBRE DOR NA CRIANÇA	71

APÊNDICE 3 RESULTADOS DAS ASSOCIAÇÕES SIGNIFICATIVAS DO TESTE QUI-QUADRADO DE PERSON OU TESTE EXATO DE FISHER	83
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

A dor é definida como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a um dano tecidual real ou potencial (DESANTANA et al., 2020; RAJA et al., 2020a). A prevalência de dor crônica na criança varia de 11% a 38%, dependendo do tipo de dor (KING et al., 2011). Além da alta prevalência, a dor crônica tem potencial incapacitante e pode ter uma carga emocional para as crianças e suas famílias. Existe o risco de transtornos de ansiedade e depressão nas crianças que apresentam dor na infância, sugerindo que a dor crônica na adolescência aumenta o risco de psicopatologia, mesmo quando a dor desaparece (NOEL et al., 2016).

O fato de a dor ser multidimensional implica que diferentes fatores podem influenciá-la, incluindo as crenças, que são descritas como um processo intelectual que resulta em uma cognição concreta de como pensamos que as coisas são. Já as atitudes são um estado cognitivo mais complexo que envolve crenças e sentimentos, bem como valores e predisposições para agir de uma determinada maneira. Por esse motivo, ambas podem influenciar o fisioterapeuta na avaliação e tratamento do paciente (GARDNER et al., 2017).

As crenças podem se originar de várias fontes, como experiência pessoal, educação formal, mídia ou interações com outras pessoas. Consequentemente, as crenças podem ou não ser baseadas em informações ou conhecimentos precisos. Informação imprecisa ou falta de informação sobre determinada doença pode ser um importante fator contribuinte para a persistência de estigmas sociais. Propõe-se que as percepções e atitudes de enfrentamento da dor são influenciadas a partir das crenças e podem refletir de forma positiva ou negativa no comportamento (DA SILVA et al., 2021; IVES et al., 2021; LAFOND et al., 2016).

Os profissionais de saúde, dentre eles os fisioterapeutas, não são ensinados formalmente sobre a avaliação e o manejo da dor, sobre como fornecer cuidados adequados para tratar bebês, crianças e adolescentes. Alguns déficits como treinamento insuficiente dos profissionais de saúde, falta de investimento em pesquisa e iniquidade no acesso ao tratamento da dor resultam em falhas do sucesso terapêutico (ECCLESTON et al., 2021).

Entre os profissionais de saúde, é fácil concordar que nenhuma criança deve sentir dor se essa pode ser prevenida, evitada ou tratada com sucesso. Na prática, no entanto, há ampla evidência de que as crianças frequentemente experimentam dor evitável (ECCLESTON et al., 2021). (ECCLESTON et al., 2021; VENTURINE et al., 2018; SANTANA et al., 2017).

Os fisioterapeutas estão ganhando mais importância no âmbito do tratamento da dor, particularmente para crianças com distúrbios musculoesqueléticos. Toda intervenção fisioterapêutica, seja tratamento manual, exercícios ou outras modalidades, é naturalmente enriquecida por diferentes fatores contextuais que podem influenciar a trajetória dos resultados de forma positiva ou negativa, dependendo de como são gerenciados pelo fisioterapeuta. Os fatores contextuais influenciam na eficácia do tratamento, a exemplo do profissionalismo, mentalidade e aparência do fisioterapeuta; crenças, atitudes, experiências, expectativas, gestos e comportamentos apresentados na relação fisioterapeuta-paciente (ROSSETTINI et al., 2020).

Um reconhecimento adequado da dor pelo fisioterapeuta com base em uma avaliação abrangente e contextual da dor, pode permitir que os fisioterapeutas forneçam estratégias de enfrentamento adequadas para melhorar o manejo da dor em crianças e adolescentes que apresentem quadro doloroso, mesmo com deficiências cognitivas e habilidades de comunicação deficientes (BADIA et al., 2014).

Com o cenário atual, podemos observar que crenças dos fisioterapeutas interferem no manejo da dor (VELOSO; VERONEZI, 2021; MELO et al., 2021). Por esse motivo, é imprescindível a busca pelo mapeamento dessas limitações dos fisioterapeutas a respeito de temas como atividade física, participação infantil, emoções, superproteção, catastrofização e autoeficácia dos pais e das crianças, no intuito de que cada vez mais haja aperfeiçoamento e melhor manejo do paciente. Esse mapeamento busca trazer benefícios para a sociedade, aprimorando o tratamento da dor na criança. Atualmente, há necessidade de estudos que verifiquem quais são as crenças de fisioterapeutas brasileiros sobre a dor na criança, pois há escassez de estudos nacionais e internacionais acerca dessa temática.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A dor é um fenômeno multidimensional e complexo que requer avaliação abrangente e contínua para um tratamento eficaz. Também representa um fenômeno biopsicossocial que inclui componentes sensoriais, emocionais, cognitivos, de desenvolvimento, comportamentais, espirituais e culturais. Pode ser classificada de forma temporal, como aguda ou crônica ou, ainda, por mecanismo, nociceptivo, neuropático ou nociplástico (MANWORREN; STINSON, 2016).

Sabe-se que a dor crônica afeta o sucesso educacional e vocacional da criança, assim como a saúde física e mental, e os relacionamentos. A dor também impacta a estabilidade econômica, social e psicológica da unidade familiar. Apesar de a criança ser capaz de expressar necessidades e opiniões, as decisões sobre o tratamento no ambiente de saúde geralmente são feitas por profissionais de saúde e/ou pais, as quais podem ser modificadas a depender de crenças e experiências prévias, interferindo na forma de abordagem e no tratamento da criança. As crenças das crianças sobre dor apresentam-se em várias áreas da vida, incluindo a utilização dos cuidados de saúde, o manejo da dor, comprometimento em atividades escolares, domésticas ou de lazer (IVES et al., 2021; QUAYE et al., 2019; SWIGGUM; JACOBSON; WRISLEY, 2021)

As atitudes e participações das crianças em relação à dor podem interferir na sua modulação. Em especial, a participação é componente chave da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – versão para Crianças e Jovens (CIF-CJ), endossada pela Organização Mundial da Saúde. Esta classificação descreve como a participação da criança nas atividades é influenciada pelo estado de saúde, bem como fatores pessoais e ambientais (DE SOUZA BORGES; DE MEDEIROS; LEMOS, 2020)

Além desses fatores, a dor na criança pode influenciar em aspectos sociais, resultando em absenteísmo escolar, dificuldade na atenção e menos amizades. De acordo com o modelo biopsicossocial, as emoções influenciam a percepção da dor e a extensão do comprometimento funcional. Acredita-se que esses fatores podem contribuir para dor, angústia e incapacidade. Além disso, o sofrimento emocional prediz o mau funcionamento físico e emocional mais fortemente em crianças e adolescentes em comparação com adultos (CHABOT et al., 2021; FISHER et al., 2018; GROENEWALD; GILES; PALERMO, 2019).

Em um estudo com 84 crianças e adolescentes de 8 a 20 anos, verificou-se que diversas crenças sobre dor das crianças por meio da versão pediátrica do *Survey of Pain Attitudes* (Peds-SOPA) foram associadas a diferentes domínios de função física e psicossocial. Essas crenças desempenham papéis diferentes; as crenças hipotetizadas como adaptativas acerca do controle da dor mostraram associação positiva com a função, enquanto as crenças hipotetizadas como sendo mal adaptativas, a exemplo de quando a criança acredita que os outros devem ser solícitos em resposta a sua experiência de dor e até que ponto a criança acredita que suas emoções afetam sua dor, mostraram associação negativa com a função. Dependendo do domínio de função examinado, também foi visto que as emoções afetam a percepção e a intensidade de dor (MIRÓ et al., 2017).

Da mesma forma, em outro estudo com 561 crianças de 3 a 10 anos, observou-se que, quanto mais crenças a criança apresenta, avaliadas por meio da Peds-SOPA, maior a intensidade de dor. Ao avaliar as crenças relacionadas com as emoções, Miró, Huguet e Jensen (2014) chegaram à conclusão de que elas afetam a dor, e foram associadas à presença de dor crônica. As crianças mais jovens se percebem como tendo maior controle sobre sua dor e são menos propensas a acreditar que o exercício é benéfico para o manejo da dor. No aspecto de confiança na capacidade dos profissionais de saúde para curar a dor, os meninos relataram ter mais confiança do que as meninas (MIRÓ; HUGUET; JENSEN, 2014).

As crenças das crianças podem ter influência do meio social. As respostas cognitivas dos pais à dor podem gerar um reforço de comportamentos de doença, a superproteção dos pais pode aumentar a dor e a incapacidade e, quando apresentam avaliações negativas e exageradas da dor, podem incentivar a falta na escola ou em outras atividades. Essas atitudes foram associadas com aumento dos relatos de sintomas, incapacidade funcional e ausências escolares. Os pais e cuidadores são fortes aliados nos relatos para avaliação da dor na criança. Entretanto, deve-se ter cuidado, pois eles podem ser tendenciosos ou influenciados por outros fatores (ECCLESTON et al., 2021; LANGER et al., 2016; VAN TILBURG et al., 2015).

As percepções das crianças e dos pais sobre seu problema clínico são de primordial importância para orientar a parte educacional do tratamento. O fisioterapeuta deve adaptar as sessões de educação individual com base nas informações colhidas pelo paciente, abordando as percepções da dor e as estratégias de enfrentamento. A educação e o aconselhamento são capazes de ajustar as

percepções negativas da doença em pacientes com dor musculoesquelética crônica. Por esse motivo, caso o fisioterapeuta apresente crenças mal adaptativas, ele pode passar essas informações e influenciar na regressão do processo de melhora do paciente. Ampliar as crenças adaptativas de fisioterapeutas sobre doença com base em uma perspectiva biomédica pura para uma perspectiva biopsicossocial, provavelmente contribuiria para melhorar ainda mais as estratégias e resultados terapêuticos (NIJS et al., 2013).

Por esses motivos, os fisioterapeutas devem apresentar mudanças e atitudes para diminuir o risco de cronificação da dor em crianças, aumentando os esforços educacionais para garantir que fisioterapeutas sejam treinados em comunicação comportamental infantil, além de melhorar a triagem e manejo desses pacientes (SWIGGUM; JACOBSON; WRISLEY, 2021).

Em 2008, foi feito um estudo com 454 funcionários de unidades ou departamentos hospitalares, no qual não apresentaram na amostra fisioterapeutas. Eles foram entrevistados sobre a dor processual e persistente em crianças, que foi identificada como a área que mais precisava melhorar. As barreiras que os entrevistados apresentavam como opinião para melhorar o controle da dor incluíam, crenças antiquadas e conhecimento inadequado no nível de graduação, espaços físicos inadequados para realizar procedimentos, tempo insuficiente para preparar as crianças e recursos de equipe insuficientes. Esses fatores foram vistos como contribuintes para uma cultura de lenta ou nenhuma mudança (DOWDEN; MCCARTHY; CHALKIADIS, 2008).

Cramton e Gruchala (2012) relataram a importância de compreender como as crenças sobre avaliação e tratamento que rodeiam os profissionais de saúde se relacionam com o impacto da dor. Os médicos que acreditavam que os bebês experimentam menos dor do que os adultos eram mais propensos a acreditar que a administração de analgesia a esses bebês era perigosa. No que diz respeito aos enfermeiros, ficaram propensos a classificar maior intensidade de dor e a adequação do controle de dor mais baixos em comparação com os outros profissionais. Talvez isso se dá pela maior quantidade de tempo que os enfermeiros passam com o paciente e a família, incluindo maior exposição aos aspectos psicológicos da dor. Visto que as crenças desses profissionais são particularmente importantes na interferência da qualidade de vida em crianças com câncer ou doenças crônicas (CRAMTON; GRUCHALA, 2012).

O manejo da dor pediátrica pode ser uma tarefa complexa e desafiadora, exigindo um tratamento administrado por uma equipe multidisciplinar de saúde, 507 médicos pediátricos foram avaliados sobre vários aspectos relacionados a dor na criança. Nos achados a maioria dos médicos estavam cientes da importância do controle da dor em crianças doentes, mas não compreendia a dor pediátrica, faltando conhecimento para realizar avaliações e intervenções de alívio da dor (LI et al., 2022).

Os currículos da graduação de Fisioterapia devem incluir informações sobre avaliação e manejo da dor, de modo que os fisioterapeutas sejam mais bem capacitados. As recomendações do currículo de dor para a graduação de Fisioterapia da *International Association for the Study of Pain* (IASP) são consideradas em cinco tópicos: ciência da dor, avaliação da dor, exercícios para controle da dor, eletroterapia para controle da dor e agentes térmicos para controle da dor (ECCLESTON et al., 2021; VENTURINE et al., 2018).

Além dessa indicação, buscando aperfeiçoar de forma mais detalhada o currículo acadêmico do curso de fisioterapia, DESANTANA et al. (2017) trazem pontos importantes da educação sobre dor em universidades brasileiras, focando na natureza multidimensional da dor, ciência básica, avaliação e tratamento da dor e manuseio da dor, como foco em todas as fases da vida, tais como neonatos, infância, adolescência, fase adulta e senescência (SANTANA et al., 2017).

Em uma revisão de escopo, que tinha o objetivo de derivar conteúdos importantes para um currículo de educação em dor pediátrica e levantar a presença de conteúdos específicos nos currículos utilizados pelos especialistas em dor, os autores assumiram que quase não existem currículos específicos para o manejo da dor na criança. Nos artigos avaliados, os autores criticaram que os itens de dor na criança receberam pouca consideração nos cursos existentes, e os programas que incluíam conteúdo específicos de dor pediátrica eram escassos. Por esse motivo, elaboraram um questionário autoconstruído com 84 questões para investigar a opinião de especialistas em relação ao ensino da dor na criança nos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional (LAEKEMAN et al., 2021).

Um total de 45 especialistas em dor de 18 países responderam à pesquisa, sendo que foram incluídas sete profissões, e a maioria eram fisioterapeutas. Apenas quatro respondentes confirmaram que o currículo do seu país oferece cursos de especialização autônomos para manejo da dor na criança. Em relação aos objetivos de aprendizagem, a abordagem biopsicossocial apareceu em quase todas as

respostas e foram mencionados conhecimentos fundamentais da neurociência/neurofisiologia da dor pediátrica, em particular as diferenças entre a apresentação da dor em crianças e adultos (LAEKEMAN et al., 2021)).

No cenário atual do Brasil, os fisioterapeutas têm o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) como órgãos responsáveis por fiscalizar a atuação e registrar o quantitativo desses profissionais. Até 2021, foi registrado o total de 278.708 fisioterapeutas no país, sendo 20.559 no Centro-Oeste, 59.481 no Nordeste, 12.549 no Norte, 146.528 no Sudeste e 39.591 no Sul (VELOSO; VERONEZI, 2021). Melo et al. (2021) verificaram uma amostra de 17.864 fisioterapeutas brasileiros através do currículo lattes, sendo que 61% da amostra apresentava formação *lato sensu* e 36% apresentavam alguma formação *stricto sensu*, como mestrado, doutorado ou pós-doutorado (MELO et al., 2021).

Um único estudo que avaliou crenças e percepções de profissionais de saúde, incluindo fisioterapeutas, sobre a dor na criança com artrite idiopática juvenil (AIJ) foi encontrado (LEE et al., 2020). Dos 21 entrevistados, seis foram fisioterapeutas. A maioria dos relatos reflete a crença de que os sintomas de dor causados pela AIJ são diretamente proporcionais com a gravidade da doença, refletindo o modelo biomédico de dor. Os participantes relataram que tiveram pouco ou nenhum treinamento sobre como avaliar sintomas de dor crônica e baixos níveis de confiança em abordar e conversar sobre experiências de dor. Os participantes mostraram relutância em obter informações diretas dos pacientes sobre sua dor, pois acreditavam que poderiam entender a dor pela forma como relatavam outros aspectos de sua condição (LEE et al., 2020).

Havia forte crença de que o manejo farmacológico da AIJ reduziria a quantidade de dor que crianças experimentavam. Os autores relataram que isso era mais evidente nos relatos dos reumatologistas e menos provável de aparecer nos relatos dos fisioterapeutas. Além disso, os fisioterapeutas eram mais propensos a expressar maiores preocupações sobre uma abordagem excessivamente medicamentosa para o manejo da AIJ (LEE et al., 2020).

Devido a cada vez mais o fisioterapeuta desempenhar papel ativo na área de pediátrica, e não apresentar especialização específica em fisioterapia pediátrica no Brasil, somente em terapia intensiva – neonatologia e pediatria ou neurofuncional – na criança e no Adolescente, vemos a necessidade de abranger o assunto crenças

de fisioterapeutas que atendem na área pediátrica, buscando uma maior atenção da sociedade em relação a essa temática e o público de fisioterapeutas que atendem crianças em outras áreas que não seja terapia intensiva e neurofuncional.

A falta de estudos acerca das crenças e percepções de fisioterapeutas brasileiros sobre dor na criança traz a necessidade de investigar sobre a temática, visto que os fisioterapeutas desempenham papel crucial no manejo da criança com dor. Além disso, buscando elucidar sobre as perspectivas dos fisioterapeutas acerca de assuntos voltados para dor, fatores psicossociais, funcionalidade, comportamento dos pais e a relação terapeuta paciente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Primário

Investigar crenças e percepções de fisioterapeutas brasileiros sobre a dor na criança.

3.2 Objetivos Secundários

Identificar características sociodemográficas e crenças predominantes dos fisioterapeutas sobre dor na criança.

Analisar as crenças e percepções dos fisioterapeutas quanto à avaliação e ao manejo da dor na criança.

Investigar a relação entre os níveis de titulação complementar e frequência de atendimentos pediátricos dos fisioterapeutas com as crenças sobre dor na criança.

Conhecer as opiniões dos fisioterapeutas sobre aspectos de atividade física, funcionalidade, fatores psicossociais, comportamento dos pais e a formação acadêmica dos fisioterapeutas, sobre avaliação e tratamento da dor na criança.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo observacional do tipo transversal, com abordagem quantitativa por meio de *survey*. A coleta de dados foi feita através de questionário para avaliação de crenças e percepções de fisioterapeutas brasileiros sobre a dor na criança, com perguntas subjetivas e objetivas. Buscando melhorar a qualidade para elaboração do presente estudo foram seguidas todas as recomendações do STROBE Checklist (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology).

4.2 Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe no dia 03/11/2021 com o número do CAAE: 47101021.7.0000.5546. Os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), os procedimentos metodológicos estão de acordo com a Resolução CNS nº 466/12. Foram cumpridas as normas da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018), para segurança, privacidade e liberdade de expressão dos participantes.

4.3 Amostra

O recrutamento se deu por meio de busca ativa dos participantes, realizada em redes sociais (Instagram®, Whatsapp® e Facebook®), com a elaboração de postagens por foto, vídeo e envio individual por mensagem convidando para participação da pesquisa, além disso, solicitamos envio de convites através de malotes de e-mails e/ou publicações no site ou nas redes sociais de diferentes associações, sociedades e conselhos de Fisioterapia no Brasil.

Foram incluídos apenas fisioterapeutas brasileiros que atendem pacientes da área da pediatria por auto-declaração. O quantitativo da amostra avaliada foi calculado com o número total de fisioterapeutas titulados especialistas em fisioterapia neurofuncional na área da criança e do adolescente pela Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN) (n= 185) mais os especialistas em Terapia

Intensiva com área de atuação em Neonatologia e Pediatria pela Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR) (n=923), somando n=1108. Com isso, o cálculo foi feito através de uma calculadora amostral online, no site <https://comentto.com/calculadora-amostral/>, com base numa população de n=1108, grau de confiança (95%) e margem de erro (5%), distribuição da população mais homogênea (80/20), resultando em um total de 202 voluntários.

4.4 Elaboração do questionário

Uma ferramenta de pesquisa composta por perguntas objetivas e subjetivas foi desenvolvida usando etapas distintas. Inicialmente, itens das pesquisas existentes sobre crenças dos fisioterapeutas foram extraídos da literatura, juntamente com a experiência dos autores, resultaram em um questionário com a lista inicial que incluía 15 seções e 69 perguntas. Antes do recrutamento dos participantes, para diminuir as chances do risco de viés, o questionário foi enviado para cinco fisioterapeutas brasileiros mestres e/ou doutores na área de fisioterapia pediátrica, para revisão e emissão de sugestões para cada seção e pergunta, além disso, verificaram se cada conceito do instrumento foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens, se a seção expressava seu conteúdo e se deveria permanecer no questionário.

Para avaliar o nível de concordância entre os cinco fisioterapeutas, utilizou-se o teste Kappa de Fleiss, o qual apresentou uma pontuação de 0,44, dada como uma concordância moderada. Depois de analisadas individualmente as considerações e recomendações, as correções culminaram em remoção, adição ou edição das questões, totalizando 61 questões dispostas em oito seções e reenviamos o questionário para os fisioterapeutas. Dos cinco avaliadores, quatro responderam, e a pontuação no teste Kappa de Fleiss foi de 0,50, mantendo uma concordância considerada moderada.

Os dados foram coletados através de formulário eletrônico disponibilizado na plataforma do Google Forms®, que ficou disponível por cinco meses (janeiro a maio de 2022). Ao acessarem o link do formulário, as etapas da pesquisa foram apresentadas a todos os participantes, os quais responderam se atendiam aos critérios de elegibilidade e, em seguida, aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foram direcionados para as próximas seções,

respondendo sobre vários quesitos como identificação, crenças sobre dor na criança, atividade física, funcionalidade, fatores psicossociais, comportamento das crianças e dos pais e profissionais de saúde/ relatos dos profissionais de saúde/ capacitação profissional (APÊNDICE 2

[https://drive.google.com/file/d/1ZyFsRQm2x4Fx0njbbaZWuZbYHFI5XyKZ/view?usp=share link](https://drive.google.com/file/d/1ZyFsRQm2x4Fx0njbbaZWuZbYHFI5XyKZ/view?usp=share_link)).

Nas seções de crenças sobre dor na criança, atividade física, funcionalidade, fatores psicossociais, comportamento das crianças e em algumas perguntas da seção pais e profissionais de saúde/ relatos dos profissionais de saúde/ capacitação profissional, as perguntas apresentaram as opções de resposta da escala Likert como possibilidade de resposta: discordo totalmente, discordo parcialmente, não concordo nem discordo, concordo parcialmente ou concordo totalmente.

4.4.1 Seção de apresentação

Nessa seção, foi apresentado para o participante sobre a finalidade da pesquisa, critérios de elegibilidade e solicitação do endereço de e-mail. Havia duas perguntas: 1 – E-mail e a 2 – Antes da leitura do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), precisamos confirmar se o(a) senhor(a) preenche os critérios de elegibilidade, a saber: Critérios de inclusão: Ser fisioterapeuta. Critérios de exclusão: fisioterapeutas que não atendam pacientes da área da pediatria. Tendo duas opções de respostas: Eu atendo criança (quando essa era selecionada, direcionava para a próxima seção). Eu não atendo criança (quando essa era selecionada, direcionava para enviar o questionário).

4.4.2 Seção do TCLE

Nessa seção, o participante poderia ler o TCLE e marcar dois tipos de alternativas: 1- Eu aceito o TCLE (quando essa era selecionada, direcionava para a próxima seção) ou 2- Não aceito o TCLE (quando essa era selecionada, direcionava para enviar o questionário).

4.4.3 Seção de identificação

Nessa seção, foram solicitadas algumas informações básicas e sobre as atuações dos profissionais: nome completo (resposta curta); qual estado você atua profissionalmente? (nessa pergunta, apresentou as opções de todos os estados do Brasil em lista suspensa); qual cidade você atende profissionalmente? (a resposta era descritiva/ resposta curta); há quanto tempo você atua na área? (menos de 1 ano, entre 1 e 4 anos, entre 5 e 10 anos ou mais de 10 anos); você tem quanto tempo de formado? (menos de 1 ano, entre 1 e 4 anos, entre 5 e 10 anos ou mais de 10 anos); você faz parte de alguma associação e/ou sociedade profissional? Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN), Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica (ABRAFITO), não faço parte de nenhuma, outra (nesse caso com o espaço para descrever); você faz atendimento de crianças com dor crônica? (sim ou não); qual faixa etária da população pediátrica que você costuma atender? (pode ter mais de uma resposta), as opções de respostas foram de 2 anos até 12 anos; com qual frequência você faz atendimento de crianças? (diariamente, semanalmente, mensalmente ou anualmente); seus atendimentos são fornecidos em serviços: (pode ter mais de uma resposta) as opções de respostas foram (privado por convênio; privado de forma particular; público; clínica particular; hospital; programa de pós-graduação; não faço atendimento); com relação a sua formação: (pode ter mais de uma resposta) as opções de respostas foram (tenho título de especialista em neurofuncional pelo COFFITO; tenho curso de especialização lato senso em pediatria ou saúde da criança; tenho título de mestrado com dissertação em pediatria ou na área de saúde da criança; tenho título de doutorado com tese em pediatria ou na área de saúde da criança; não tenho nenhuma formação específica na área de pediatria ou saúde da criança).

4.4.4 Seção sobre dor

Nessa seção, foram avaliadas as crenças dos fisioterapeutas sobre a dor na criança. Na descrição dessa seção, foi apresentada a definição de dor mais atualizada pela IASP: É uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou

semelhante àquela associada a um dano tecidual real ou potencial. As afirmativas que foram avaliadas foram as seguintes:

- É normal a criança sentir dor.
- A lesão estrutural tem relação de causalidade com a dor.
- A escolha das estratégias de avaliação da dor na criança depende da faixa etária.
- A escolha das estratégias de tratamento da dor na criança depende da faixa etária.
- Intensidade de dor está diretamente associada com lesão.
- Dor tem uma causa a ser encontrada. Dor aguda é um sinal de alerta do organismo.
- Dor crônica é considerada uma doença.
- Crianças com dor crônica podem apresentar alteração de fatores psicossociais.
- Quando a criança é avaliada por um profissional de saúde, basta o relato dos pais ou dos responsáveis.
- Criança com dor crônica tem mais chance de ser um adulto com dor crônica.
- Criança que tem pais com dor crônica tem mais chance de ter dor crônica.
- O manejo da criança com dor aguda ou crônica é parecido.

4.4.5 Seção sobre atividade física/ funcionalidade

Essas questões estão voltadas para analisar a visão do fisioterapeuta em relação a atividade física e funcionalidade. Na descrição dessa seção, estava escrito o enunciado: Atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia. Organização Mundial da Saúde (OMS). Qualidade do que desempenha corretamente a função para a qual foi desenvolvido. As afirmativas avaliadas foram as seguintes:

- Quando a criança sente dor, deve ser liberada da atividade física na escola.
- Ao sentir dor, a atividade física deve ser abolida.
- Atividade física é benéfica para a saúde geral de crianças sem dor.
- Atividade física é benéfica para crianças com dor.
- Mesmo com dor crônica, a criança pode ser funcional.
- Quando há presença de dor, a criança deve se manter em repouso.
- A presença de dor implica que a criança precisa se exercitar mais.

4.4.6 Seção sobre fatores psicossociais

As questões psicológicas abordadas são relacionadas como emoções e se o sexo da criança pode ou não interferir na sensação dolorosa. Na descrição dessa seção, estava escrito o enunciado: observação: a catastrofização é uma distorção da realidade em que a pessoa é pessimista e negativa em relação a uma situação que aconteceu ou que vai acontecer, sem ter em consideração outros possíveis desfechos. As afirmativas avaliadas foram as seguintes:

- As emoções influenciam a dor da criança.
- Sentir raiva/tristeza pode aumentar a dor na criança.
- Os meninos sentem menos dor que as meninas.
- É recomendado que a criança vá para a escola mesmo se estiver sentindo dor.
- Ficar com a família é bom quando a criança está com dor.
- Presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente.
- Catastrofização dos pais interfere na dor da criança.
- Avaliar se a criança apresenta catastrofização/ medo do movimento é importante.
- Medo do movimento é frequente em crianças que sentem dor.
- A presença de medo do movimento modifica a intervenção do fisioterapeuta para o manejo da dor da criança.

4.4.7 Seção sobre comportamento das crianças e dos pais

Nessa seção, foi investigada a relação da dor na criança com a autoeficácia dos pais e a superproteção dos mesmos. Na descrição dessa seção, estava escrito o enunciado: Autoeficácia designa em psicologia a convicção de uma pessoa de ser capaz de realizar uma tarefa específica. As afirmativas avaliadas foram as seguintes:

- Crianças não têm como manejar a dor sozinhas.
- Quando a criança sente dor, não deve fazer a tarefa escolar ou ajudar nas tarefas domésticas.
- Atitudes da criança perante a dor podem interferir na sua modulação.
- Ao sentir dor, a família deve tratar melhor a criança.
- É válido fazer outras atividades para distrair a criança que está sentindo dor.

-A reação dos pais/responsáveis ao verem a criança com dor interfere na sua modulação.

-Os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma.

4.4.8 Seção dos profissionais de saúde/ relatos dos profissionais de saúde/ capacitação profissional

Essa seção está dividida em questões objetivas e subjetivas, nas quais os relatos dos profissionais sobre o manejo e a vivência nos atendimentos pediátricos foram abordados. A autoavaliação dos profissionais de saúde sobre a relação terapeuta-paciente e a dependência das crianças que têm dor, com os profissionais de saúde são vistas nessas questões, que teve as opções da escala Likert. As afirmativas avaliadas foram as seguintes:

-Somente os profissionais de saúde podem manejar a dor da criança.

-A relação terapeuta e paciente pode mudar o desfecho da dor na criança.

-O manejo da dor crônica em crianças é satisfatório no Brasil.

Nas próximas questões, não foi utilizada a escala Likert e sim respostas objetivas ou subjetivas.

-Qual(is) atividade(s) que seus pacientes pediátricos com dor crônica têm mais dificuldade de realizar? (pode ter mais de uma resposta) opções de resposta: Não tenho paciente com dor crônica; subir e descer escadas; saltar; correr; sentar e levantar; brincar no parquinho; Atividades da escola; se alimentar; praticar algum esporte.

-O que poderia ser feito para melhorar a abordagem, a avaliação e o tratamento da dor em crianças? (resposta escrita longa).

-Quais diagnósticos/disfunções estão mais presentes nas crianças que você atende? (pode ter mais de uma resposta) opções de resposta: Síndrome de Down; Paralisia cerebral; Osteogênese imperfeita; Doenças cardiorrespiratórias; Câncer; Displasia do desenvolvimento do quadril; Trauma; Fratura; Infecções bacterianas.

-Durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre o manejo/ tratamento da dor crônica em crianças? (sim ou não).

-Durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre crenças na dor crônica? (sim ou não).

-Você sente a necessidade ou gostaria de receber capacitação específica sobre dor em crianças? Responda em uma escala de 0 -10, sendo 0 nenhuma necessidade e 10 muita necessidade, as possíveis respostas foram ente 0 e 10.

-Teria disponibilidade para participar de uma pesquisa qualitativa frente a esse assunto? Se sim deixe o seu número para contato por favor (resposta de texto curto).

4.5 Análise e interpretação de dados

As variáveis categóricas foram apresentadas como valores absolutos e porcentagem. Para avaliar o grau de associação das variáveis dependentes e independentes, foram realizados o teste qui-quadrado de Pearson. Nos casos em que a contagem das células foi maior que 5, foram relatados os valores do teste exato de Fisher. As variáveis que apresentaram significância na associação passaram pelo teste de regressão multinomial ou binária, a depender da quantidade de categorias da variável dependente. Foi utilizado o software SPSS 20.0® (IBM, EUA) para todo o tratamento estatístico, assim como foi considerado significativo o $p \leq 0,05$.

5 RESULTADOS

Foram obtidas 269 respostas no formulário eletrônico. No entanto, 214 atenderam os critérios de elegibilidade, excluindo-se 55 indivíduos por não atender crianças. As características sociodemográficas e profissionais dos participantes estão descritas na Tabela 1. A maior parte da amostra é do sexo feminino (90,7%) e realiza atendimentos nas regiões nordeste (34,6%) e sudeste (34,1%). Em relação ao tempo de formação e atuação na área de pediatria, a amostra se apresentou de forma heterogênea e a maioria atende em uma frequência diária (55,1%). Os participantes atendiam predominantemente de forma privada (67,8%) e tinham formação *stricto sensu* (50%). Os resultados serão apresentados como frequência absoluta e porcentagem. As variáveis que apresentaram significância nas associações através do teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher passaram pelo teste de regressão multinomial.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis independentes, características sociodemográficas e trabalhistas da amostra.

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)	
Sexo	Feminino	194	90,7
	Masculino	20	9,3
Estado brasileiro de atuação	Acre (AC)	2	0,9
	Alagoas (AL)	4	1,9
	Amapá (AP)	3	1,4
	Amazonas (AM)	1	0,5
	Bahia (BA)	16	7,5
	Ceará (CE)	8	3,7
	Distrito Federal (DF)	4	1,9
	Espírito Santo (ES)	3	1,4
	Goiás (GO)	9	4,2
	Maranhão (MA)	2	0,9
	Mato Grosso (MT)	2	0,9
	Mato Grosso do Sul (MS)	4	1,9
	Minas Gerais (MG)	13	6,1
	Pará (PA)	2	0,9
	Paraíba (PB)	12	5,6
	Paraná (PR)	13	6,1
	Pernambuco (PE)	8	3,7
	Piauí (PI)	3	1,4
	Rio de Janeiro (RJ)	14	6,5
	Rio Grande do Norte (RN)	1	0,5
	Rio Grande do Sul (RS)	8	3,7
	Rondônia (RO)	4	1,9
	Roraima (RR)	2	0,9
	Santa Catarina (SC)	12	5,6
	São Paulo (SP)	43	20,1

	Sergipe (SE)	20	9,3
	Tocantins (TO)	1	0,5
Região brasileira de atuação	Centro-oeste	19	8,9
	Nordeste	74	34,6
	Norte	15	7,0
	Sudeste	73	34,1
	Sul	33	15,4
Tempo de atuação na área pediátrica	Menos de 1 ano	25	11,7
	Entre 1 e 4 anos	77	36,0
	Entre 5 e 10 anos	37	17,3
	Mais de 10 anos	75	35,0
Tempo de formação acadêmica	Menos de 1 ano	25	11,7
	Entre 1 e 4 anos	64	29,9
	Entre 5 e 10 anos	36	16,8
	Mais de 10 anos	89	41,6
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	ASSOBRAFIR	24	11,2
	ABRAFINPA	10	4,7
	ABRAFIN	27	12,6
	ABRAFITO	3	1,4
	Outros	11	5,1
	Não faço parte de nenhuma	139	65,0
Você faz atendimento em crianças com dor crônica	Sim	98	45,8
	Não	116	54,2
Forma de atendimento fornecidos	Público	39	18,2
	Privado	145	67,8
	Público e Privado	30	14,0
	Lato sensu	84	39,3
Formação complementar na área pediátrica	Stricto sensu	107	50,0
	Lato sensu e stricto sensu	13	6,1
	Não tenho nenhuma formação complementar	10	4,7
Frequência de atendimento	Diariamente	118	55,1
	Semanalmente	75	35,0
	Mensalmente	11	5,1
	Anualmente	10	4,7

Valores apresentados: absolutos (n) e relativos (%). ASSOBRAFIR: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; ABRAFINPA: Associação Brasileira de Fisioterapia Neonatal, Pediátrica e do Adolescente; ABRAFIN: Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional; ABRAFITO: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológica

Os dados apresentados em forma de porcentagem, foram divididos pelas seções do questionário. Na seção sobre dor foram avaliadas treze afirmações (Tabela 2), a exemplo da frase 'quando a criança é avaliada por um profissional de saúde, basta o relato dos pais ou dos responsáveis' 65,4% dos fisioterapeutas discordaram totalmente, sendo que nenhum participante concordou totalmente com a afirmação, assim como a afirmação 'o manejo da criança com dor aguda ou crônica é parecido' com 55,1% das respostas em discordo totalmente.

Nessa mesma seção, não houve nenhuma afirmação que a maioria dos fisioterapeutas discordaram parcialmente ou não concordaram nem discordaram. A afirmação 'intensidade de dor está diretamente associada com lesão' alcançou a maioria das respostas na alternativa concordo parcialmente (39,7%), visto que nessa afirmação a segunda opção que mais obteve respostas foi discordo parcialmente com 27,6%. Os participantes responderam em sua maioria na alternativa concordo totalmente na frase 'criança com dor crônica tem mais chance de ser um adulto com dor crônica' (45,3%).

Tabela 2. Análise descritiva da seção sobre dor das respostas dos fisioterapeutas.

Seção sobre dor										
Variáveis	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>
É normal a criança sentir dor	102	47,7*	55	25,7	8	3,7	33	15,4	16	7,5
A lesão estrutural tem relação de causalidade com a dor	6	2,8	24	11,2	7	3,3	129	60,3*	48	22,4
A escolha das estratégias de avaliação da dor na criança depende da faixa etária	6	2,8	6	2,8	5	2,3	48	22,4	149	69,6*
A escolha das estratégias de tratamento da dor na criança depende da faixa etária	6	2,8	7	3,3	2	0,9	53	24,8	146	68,2*
Intensidade de dor está diretamente associada com lesão	37	17,3	59	27,6	7	3,3	85	39,7*	26	12,2
Dor tem uma causa a ser encontrada	7	3,3	24	11,2	11	5,1	60	28	112	52,3*
Dor aguda é um sinal de alerta do organismo	0	0	4	1,9	4	1,9	59	27,6	147	68,7*
Dor crônica é considerada uma doença	15	7	20	9,3	14	6,5	69	32,2	96	44,9*
Crianças com dor crônica podem apresentar alteração de fatores psicossociais	0	0	0	0	1	0,5	24	11,2	189	88,3*
Quando a criança é avaliada por um profissional de saúde, basta o relato dos pais ou dos responsáveis	140	65,4*	53	24,8	5	2,3	16	7,5	0	0
Criança com dor crônica tem mais chance de ser um adulto com dor crônica	8	3,7	15	7	19	8,9	75	35	97	45,3*
Criança que tem pais com dor crônica tem mais chance de ter dor crônica	31	14,5	34	15,9	51	23,8	71	33,2*	27	12,6
O manejo da criança com dor aguda ou crônica é parecido	118	55,1*	63	29,4	8	3,7	23	10,7	2	0,9

Frequência absoluta (n) (*fi*); Porcentagem (%) (*P%*); Maior porcentagem das repostas (*)

A frase 'é normal a criança sentir dor' obteve 47,7% das respostas na opção discordo totalmente (Tabela 2). Na tabela 3 verificamos que os fisioterapeutas que são formados há menos de um ano e entre um ano e quatro anos têm uma maior chance (OR: 4,846835 x 10⁺⁷; p=0,001) e (OR: 4,064716 x 10⁺⁷; p=0,001) de concordar totalmente que é normal a criança sentir dor, em comparação com os

fisioterapeutas que discordam totalmente e são formados há mais de 10 anos. Em relação à atuação profissional na área da pediatria, os fisioterapeutas que atuam há menos de um ano têm menor chance (OR: $6,36 \times 10^{-8}$; $p=0,001$) de concordar totalmente com a afirmação em comparação com os fisioterapeutas que discordam totalmente e são atuantes há mais de 10 anos.

Tabela 3. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: é normal a criança sentir dor; em fisioterapeutas com diferentes tempos de formação e atuação.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Discordo Parcialmente				
Tempo de formação acadêmica				
Menos de 1 ano	-0,189	0,827	0,026-26,086	0,914
Entre 1 ano e 4 anos	0,955	2,598	0,346-19,503	0,353
Entre 5 anos e 10 anos	0,697	2,007	0,418-9,629	0,384
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	0,316	1,372	0,045-41,355	0,856
Entre 1 ano e 4 anos	-0,834	0,435	0,060-3,160	0,410
Entre 5 anos e 10 anos	-0,258	0,772	0,177-3,366	0,731
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Tempo de formação acadêmica				
Menos de 1 ano	13,983	$1,182503 \times 10^{+6}$	0,000	0,995
Entre 1 ano e 4 anos	13,517	$7,416682 \times 10^{+5}$	0,000	0,995
Entre 5 anos e 10 anos	16,362	$1,27584 \times 10^{+7}$	0,000	0,994
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	-13,721	$1,1 \times 10^{-6}$	0,000	0,995
Entre 1 ano e 4 anos	-14,187	$6,896 \times 10^{-7}$	0,000	0,995
Entre 5 anos e 10 anos	-16,007	$1,118 \times 10^{-7}$	0,000	0,994
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Tempo de formação acadêmica				
Menos de 1 ano	2,104	8,195	0,259-259,060	0,233
Entre 1 ano e 4 anos	0,888	2,430	0,317-18,648	0,393
Entre 5 anos e 10 anos	1,328	3,774	0,667-21,353	0,133
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	-1,416	0,243	0,005-11,452	0,471
Entre 1 ano e 4 anos	0,753	2,124	0,239-18,849	0,499
Entre 5 anos e 10 anos	0,887	2,429	0,361-16,323	0,361
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Concordo Totalmente				
Tempo de formação acadêmica				
Menos de 1 ano	17,696	$4,846835 \times 10^{+7}$	$1,084843 \times 10^{+6}$ - $2,165457 \times 10^{+9}$	0,001*
Entre 1 ano e 4 anos	17,520	$4,064716 \times 10^{+7}$	$1,165546 \times 10^{+7}$ - $1,417525 \times 10^{+8}$	0,001*
Entre 5 anos e 10 anos	0,270	1,310	0,000	1,000
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	-16,571	$6,36 \times 10^{-8}$	$1,593 \times 10^{-9}$ - $2,539 \times 10^{-6}$	0,001*
Entre 1 ano e 4 anos	-16,747	$5,334 \times 10^{-8}$	$5,334 \times 10^{-8}$ - $5,334 \times 10^{-8}$	

Entre 5 anos e 10 anos	-15,958	$1,173 \times 10^{-7}$	0,000	0,996
Mais de 10 anos	1	1	1	1

Categoria de referência= Discordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

A maioria das respostas na frase 'a lesão estrutural tem relação de causalidade com a dor' foram na alternativa concordo parcialmente com 60,3% (Tabela 2). Quando observamos a chance de os fisioterapeutas concordarem ou discordarem com a frase supracitada, verificamos que os fisioterapeutas que atendem diariamente têm menor chance de discordar totalmente em -95,7% ($p=0,049$) e de não concordar nem discordar em -43% ($p=0,009$), já os que atendem semanalmente tinham menor chance em -30% ($p=0,023$) de não concordar nem discordar da afirmação em relação aos fisioterapeutas que atendem anualmente e os que concordam parcialmente. Os fisioterapeutas do sexo feminino têm menor chance em -88,1% ($p=0,024$) de discordar totalmente da afirmação em comparação com os fisioterapeutas que concordam parcialmente (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: a lesão estrutural tem relação de causalidade com a dor; em fisioterapeutas com diferentes frequências de atendimento e sexo.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Discordo totalmente				
Frequência de atendimento				
Diariamente	-3,151	0,043	0,002-0,983	0,049*
Semanalmente	-2,109	0,121	0,007-2,074	0,145
Mensalmente	0,103	1,108	0,055-22,344	0,947
Anualmente	1	1	1	1
Sexo				
Feminino	-2,133	0,119	0,019-0,753	0,024*
Masculino	1	1	1	1
Discordo parcialmente				
Frequência de atendimento				
Diariamente	-0,841	0,431	0,041-4,525	0,483
Semanalmente	-0,391	0,676	0,063-7,207	0,746
Mensalmente	0,177	1,193	0,73-19,545	0,901
Anualmente	1	1	1	1
Sexo				
Feminino	-0,266	0,767	0,197-2,988	0,702
Masculino	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Frequência de atendimento				
Diariamente	-1,098	0,57	0,007-0,486	0,009*
Semanalmente	-0,933	0,70	0,007-0,698	0,023*
Mensalmente	-0,904	$5,509 \times 10^{-9}$	0,000	0,998
Anualmente	1	1	1	1
Sexo				
Feminino	0,881	$1,627833 \times 10^{+7}$	$1,627833 \times 10^{+7}$ - $1,627833 \times 10^{+7}$	
Masculino	1	1	1	1

Concordo Totalmente				
Frequência de atendimento				
Diariamente	-1,098	0,333	0,063-1,764	0,196
Semanalmente	-0,933	0,393	0,072-2,154	0,282
Mensalmente	-0,904	0,405	0,041-4,026	0,440
Anualmente	1	1	1	1
Sexo				
Feminino	0,881	2,412	0,516-11,270	0,263
Masculino	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo parcialmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: p<0,05.

Na amostra, 69,6% dos participantes concordaram totalmente que 'a escolha das estratégias de avaliação da dor na criança depende da faixa etária' (Tabela 2). Os fisioterapeutas que atendem diariamente têm maior chance (OR: $1,360007 \times 10^{+7}$; $p=0,001$) de discordar totalmente da afirmação, e os que atendem semanalmente têm uma maior chance (OR: $4,168718 \times 10^{+7}$; $p=0,001$) de discordar totalmente e menor chance (OR: 98,1%; $p=0,045$) de não concordar nem discordar, em comparação com os fisioterapeutas que atendem anualmente e concordam totalmente (Tabela 5).

Tabela 5. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: a escolha das estratégias de avaliação da dor na criança depende da faixa etária; em fisioterapeutas com diferentes frequências de atendimento.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Frequência de atendimento				
Discordo totalmente				
Diariamente	16,426	$1,360007 \times 10^{+7}$	$1,009462 \times 10^{+6}$ - $1,832282 \times 10^{+8}$	0,001*
Semanalmente	17,546	$4,168718 \times 10^{+7}$	$3,480189 \times 10^{+6}$ - $4,993466 \times 10^{+8}$	0,001*
Mensalmente	18,889	$1,598008 \times 10^{+8}$	$1,598008 \times 10^{+8}$ - $1,598008 \times 10^{+8}$	
Anualmente	1	1	1	1
Discordo parcialmente				
Diariamente	-1,835	0,160	0,014-1,822	0,140
Semanalmente	-1,526	0,217	0,017-2,845	0,245
Mensalmente	-17,620	$2,227 \times 10^{-8}$	0,000	0,998
Anualmente	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Diariamente	-19,133	$4,904 \times 10^{-9}$	0,000	0,993
Semanalmente	-2,219	0,109	0,012-0,949	0,045*
Mensalmente	-0,470	0,625	0,040-9,650	0,736
Anualmente	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Diariamente	-0,683	0,505	0,091-2,800	0,435
Semanalmente	0,179	1,196	0,215-6,655	0,838
Mensalmente	1,139	3,125	0,382-25,566	0,288
Anualmente	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: p<0,05.

Assim como nas estratégias de avaliação, a maioria dos fisioterapeutas concordaram totalmente que 'a escolha das estratégias de tratamento da dor na criança depende da faixa etária' (68,2%) (Tabela 2). Quando observamos a chance de os fisioterapeutas concordarem ou discordarem da afirmação, observamos que os fisioterapeutas que atendem semanalmente têm maior chance (OR: $7,722928 \times 10^{+7}$; $p=0,001$) de discordar totalmente em relação aos fisioterapeutas que atendem anualmente e os que concordam totalmente (Tabela 6).

Tabela 6. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: a escolha das estratégias de tratamento da dor na criança depende da faixa etária; em fisioterapeutas com diferentes frequências de atendimento.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Frequência de atendimento				
Discordo totalmente				
Diariamente	0,416	1,516	0,000	1,000
Semanalmente	18,162	$7,722928 \times 10^{+7}$	$7,810681 \times 10^{+6}$ - $7,636161 \times 10^{+8}$	0,001*
Mensalmente	18,345	$9,267514 \times 10^{+7}$	$9,267514 \times 10^{+7}$ - $9,267514 \times 10^{+7}$	
Anualmente	1	1	1	1
Discordo parcialmente				
Diariamente	-2,346	0,096	0,008-1,212	0,070
Semanalmente	-1,946	0,143	0,010-2,065	0,153
Mensalmente	-0,847	0,429	0,020-9,364	0,590
Anualmente	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Diariamente	-19,874	$2,337 \times 10^{-9}$	0,000	0,996
Semanalmente	-2,639	0,071	0,004-1,448	0,086
Mensalmente	-19,676	$2,851 \times 10^{-9}$	$2,851 \times 10^{-9}$ - $2,851 \times 10^{-9}$	
Anualmente	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Diariamente	-2,011	0,134	0,030-0,605	0,009*
Semanalmente	-1,030	0,357	0,079-1,624	0,183
Mensalmente	-1,764	0,171	0,020-1,436	0,104
Anualmente	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p<0,05$.

Sobre se 'dor tem uma causa a ser encontrada' 52,3% dos fisioterapeutas concordaram totalmente (Tabela 2). Os fisioterapeutas que atendem diariamente, têm menor chance em -95,8% ($p=0,006$) de discordar totalmente da afirmação, assim como os fisioterapeutas que atendem semanalmente com -95,6% ($p=0,022$) de chances, em comparação com os fisioterapeutas que atendem anualmente e concordavam totalmente (Tabela 7).

Tabela 7. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: dor tem uma causa a ser encontrada; em fisioterapeutas com diferentes frequências de atendimento.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Frequência de atendimento				
Discordo Totalmente				
Diariamente	-3,178	0,042	0,004-0,405	0,006*
Semanalmente	-3,121	0,044	0,003-0,640	0,022*
Mensalmente	0,000	1,000	0,08-12,557	1,000
Anualmente	1	1	1	1
Discordo Parcialmente				
Diariamente	-1,674	0,188	0,028-1,277	0,087
Semanalmente	-0,723	0,485	0,072-3,290	0,459
Mensalmente	0,000	1,000	0,080-12,557	1,000
Anualmente	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Diariamente	-1,386	0,25	0,022-2,788	0,260
Semanalmente	-1,329	0,265	0,021-3,399	0,307
Mensalmente	0,000	1,000	0,041-24,547	1,000
Anualmente	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Diariamente	-0,504	0,604	0,096-3,806	0,592
Semanalmente	0,137	1,147	0,178-7,373	0,885
Mensalmente	0,405	1,500	0,136-16,542	0,741
Anualmente	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Da amostra, 68,7% dos participantes concordaram totalmente que 'dor aguda é um sinal de alerta do organismo' vale ressaltar que nessa afirmação nenhum fisioterapeuta respondeu que discordava totalmente (Tabela 2). Os fisioterapeutas que atendem diariamente têm menor chance em -95,6% ($p=0,038$) de não concordar nem discordar com a afirmação em comparação com os fisioterapeutas que concordam totalmente e atendem anualmente (Tabela 8).

Tabela 8. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: dor aguda é um sinal de alerta do organismo; em fisioterapeutas com diferentes frequências de atendimento.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Frequência de atendimento				
Discordo Parcialmente				
Diariamente	-19,849	$2,396 \times 10^{-9}$	0,000	0,996
Semanalmente	-1,344	0,261	0,022-3,125	0,289
Mensalmente	-19,585	$3,122 \times 10^{-9}$	$3,122 \times 10^{-9}$ - $3,122 \times 10^{-9}$	
Anualmente	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Diariamente	-3,125	0,044	0,002-0,837	0,038*
Semanalmente	-2,442	0,087	0,005-1,668	0,105
Mensalmente	-0,405	0,667	0,032-14,033	0,794
Anualmente	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Diariamente	-1,253	0,286	0,067-1,221	0,091
Semanalmente	-0,61	0,543	0,125-2,361	0,416

Mensalmente	-0,405	0,667	0,102-4,354	0,672
Anualmente	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Boa parte dos fisioterapeutas concordaram totalmente que 'dor crônica é considerada uma doença' (44,9%) (Tabela 2). Os fisioterapeutas que atendem na região nordeste têm menor chance em -94,1% ($p=0,034$) de não concordar nem discordar com a frase, já os fisioterapeutas da região sudeste têm menor chance em -78,2% ($p=0,025$) de concordar parcialmente da afirmação, em comparação com os fisioterapeutas que concordam totalmente e atendem na região centro-oeste (Tabela 9).

Tabela 9. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: dor crônica é considerada uma doença; em fisioterapeutas com diferentes regiões de atuação.

Classificação	B	OR	Limite inferior/superior	P
Regiões brasileiras de atuação				
Discordo totalmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-2,140	0,118	0,013-1,080	0,058
Norte	-0,560	0,571	0,057-5,775	0,635
Sudeste	-1,025	0,359	0,055-2,349	0,285
Sul	-1,099	0,333	0,035-3,205	0,341
Discordo parcialmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-1,629	0,196	0,034-1,148	0,071
Norte	-1,658	0,190	0,015-2,501	0,207
Sudeste	-1,584	0,205	0,037-1,153	0,072
Sul	-0,588	0,556	0,090-3,445	0,528
Não concordo nem discordo				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-2,833	0,059	0,004-0,804	0,034*
Norte	-0,154	0,857	0,098-7,510	0,889
Sudeste	-1,584	0,205	0,058-0,823	0,118
Sul	-0,405	0,667	0,087-5,127	0,697
Concordo Parcialmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-0,754	0,471	0,129-1,716	0,253
Norte	-1,946	0,143	0,020-1,032	0,054
Sudeste	-1,523	0,218	0,058-0,823	0,025*
Sul	-0,875	0,417	0,096-1,802	0,241

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Dos participantes, 88,3% concordaram totalmente que 'crianças com dor crônica podem apresentar alteração de fatores psicossociais', nessa afirmação não se obteve respostas de discordância (Tabela 2). Verificamos também que os fisioterapeutas que atuam na área da pediatria há menos de um ano e os que atuam

entre um ano e quatros anos, tem uma menor chance de concordar parcialmente da afirmação, sendo as chances de OR: $-4,14 \times 10^{-9}$ ($p=0,001$) e OR: $1,299 \times 10^{-8}$ ($p=0,001$), respectivamente, já os que relataram ter se formado na graduação há menos de um ano, tinham maior chance (OR: $4,77108 \times 10^{+7}$; $p=0,001$) de concordar parcialmente da afirmação, em relação aos fisioterapeutas que são formados há mais de dez anos e os que concordam totalmente (Tabela 10).

Tabela 10. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: crianças com dor crônica podem apresentar alteração de fatores psicossociais; em fisioterapeutas com diferentes formações complementares, tempo de atuação e formação.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Não concordo nem discordo				
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	17,688	$4,808355 \times 10^{+7}$	0,000	0,999
Entre 1 ano e 4 anos	-0,530	0,588	0,000	1,000
Entre 5 anos e 10 anos	-0,205	0,815	0,000	1,000
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Tempo de formação acadêmica				
Menos de 1 ano	1,430	4,180	0,000	1,000
Entre 1 ano e 4 anos	0,597	1,817	0,000	1,000
Entre 5 anos e 10 anos	-0,244	0,783	0,000	1,000
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	-19,303	$4,14 \times 10^{-9}$	$6,799 \times 10^{-11}$ - $2,525 \times 10^{-7}$	0,001*
Entre 1 ano e 4 anos	-18,159	$1,299 \times 10^{-8}$	$5,183 \times 10^{-9}$ - $3,256 \times 10^{-8}$	0,001*
Entre 5 anos e 10 anos	-18,176	$1,277 \times 10^{-8}$	0,000	0,997
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Tempo de formação acadêmica				
Menos de 1 ano	17,681	$4,77108 \times 10^{+7}$	$8,126462 \times 10^{+5}$ - $2,801121 \times 10^{+9}$	0,001*
Entre 1 ano e 4 anos	18,126	$7,448331 \times 10^{+7}$	$7,448331 \times 10^{+7}$ - $7,448331 \times 10^{+7}$	
Entre 5 anos e 10 anos	0,179	1,196	0,000	1,000
Mais de 10 anos	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p<0,05$.

Na frase 'criança que tem pais com dor crônica tem mais chance de ter dor crônica' 33,2% dos participantes concordaram parcialmente, e 23,8% não concordaram nem discordaram (Tabela 2). Os fisioterapeutas que atuam na área de pediatria há menos de 1 ano, têm maior chance em 425% ($p=0,042$) de discordar parcialmente da afirmação, em comparação com os fisioterapeutas que atuam há mais de 10 anos na área e concordam parcialmente. Em relação a essa mesma afirmação, os fisioterapeutas que não têm nenhuma formação complementar na área

ou que tenha formação lato sensu têm maior chance de discordar parcialmente, sendo o OR: $2,06543 \times 10^{+8}$ ($p=0,001$) e OR: $1,194413 \times 10^{+8}$ ($p=0,001$), respectivamente. Já os fisioterapeutas com formação stricto sensu têm 2540% ($p=0,036$) mais chance de concordar totalmente com a afirmação, em relação aos fisioterapeutas que têm formação lato sensu e stricto sensu. Quanto à frequência de atendimento, verificamos que os fisioterapeutas que atendem diariamente têm menor chance em -92,5% ($p=0,040$) de não concordar nem discordar e têm maior chance de concordar totalmente (OR: $1,833857 \times 10^{+7}$; $p=0,001$) com a afirmação, em comparação com os fisioterapeutas que atendem anualmente e concordam parcialmente (Tabela 11).

Tabela 11. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: criança que tem pais com dor crônica tem mais chance de ter dor crônica; em fisioterapeutas com diferentes tempos de atuação, frequências de atendimento e diferentes formações complementares na área de pediatria.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Discordo totalmente				
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	0,294	1,342	0,271-6,631	0,718
Entre 1 ano e 4 anos	0,002	1,002	0,319-3,143	0,998
Entre 5 anos e 10 anos	0,571	1,770	0,476-6,587	0,394
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Frequência de atendimento				
Diariamente	-1,705	0,182	0,008-4,090	0,283
Semanalmente	-0,745	0,475	0,021-10,794	0,640
Mensalmente	0,679	1,971	0,058-66,553	0,706
Anualmente	1	1	1	1
Formações complementares na área pediátrica				
Não tenho formação complementar	19,528	$3,027205 \times 10^{+8}$	0,000	0,998
Lato sensu	18,859	$1,549789 \times 10^{+8}$	0,000	0,998
Stricto sensu	20,213	$6,006116 \times 10^{+8}$	0,000	0,998
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Discordo parcialmente				
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	1,658	5,250	1,058-26,038	0,042*
Entre 1 ano e 4 anos	0,794	2,213	0,647-7,572	0,206
Entre 5 anos e 10 anos	0,14	1,151	0,249-5,318	0,857
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Frequência de atendimento				
Diariamente	-2,655	0,07	0,005-1,016	0,051
Semanalmente	-2,359	0,095	0,006-1,431	0,089
Mensalmente	-1,358	0,257	0,010-6,752	0,415
Anualmente	1	1	1	1
Formações complementares na área pediátrica				
Não tenho formação complementar	19,146	$2,06543 \times 10^{+8}$	$1,772895 \times 10^{+7}$ - $2,406234 \times 10^{+9}$	0,001*
Lato sensu	18,598	$1,194413 \times 10^{+8}$	$1,088756 \times 10^{+7}$ - $1,310323 \times 10^{+9}$	0,001*
Stricto sensu	21,824	$3,006645 \times 10^{+9}$	$3,006645 \times 10^{+9}$ - $3,006645 \times 10^{+9}$	
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	0,164	1,178	0,290-4781	0,819

Entre 1 ano e 4 anos	-0,451	0,637	0,254-1,598	0,337
Entre 5 anos e 10 anos	-0,749	0,473	0,138-1,615	0,232
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Frequência de atendimento				
Diariamente	-2,584	0,075	0,006-0,883	0,040*
Semanalmente	-2,268	0,104	0,008-1,267	0,076
Mensalmente	-2,796	0,061	0,002-1,959	0,114
Anualmente	1	1	1	1
Formações complementares na área pediátrica				
Não tenho formação complementar	1,791	5,994	0,929-38,657	0,060
Lato sensu	1,078	2,939	0,475-18,194	0,246
Stricto sensu	2,785	16,196	0,951-275,730	0,054
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Concordo Totalmente				
Tempo de atuação na área pediátrica				
Menos de 1 ano	-18,218	$1,225 \times 10^{-8}$	0,000	0,997
Entre 1 ano e 4 anos	-1,131	0,323	0,095-1,094	0,069
Entre 5 anos e 10 anos	0,168	1,183	0,366-3,826	0,779
Mais de 10 anos	1	1	1	1
Frequência de atendimento				
Diariamente	16,725	$1,833857 \times 10^{+7}$	$6,667932 \times 10^{+6}$ - $5,04359 \times 10^{+7}$	0,001*
Semanalmente	17,045	$2,526754 \times 10^{+7}$	$2,526754 \times 10^{+7}$ - $2,526754 \times 10^{+7}$	
Mensalmente	-0,829	0,437	0,000	1,000
Anualmente	1	1	1	1
Formações complementares na área pediátrica				
Não tenho formação complementar	1,558	4,752	0,454-49,742	0,193
Lato sensu	1,187	3,278	0,342-31,410	0,303
Stricto sensu	3,274	26,404	1,245-559,878	0,036*
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo parcialmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

A seção de atividade física e funcionalidade com sete questões (Tabela 12) apresentou a maioria das respostas em concordo totalmente ou discordo parcialmente. As frases 'quando a criança sente dor, deve ser liberada da atividade física na escola' (52,3%), 'ao sentir dor, a atividade física deve ser abolida' (52,8%), 'quando há presença de dor, a criança deve se manter em repouso' (43,5%) a maioria dos fisioterapeutas discordaram parcialmente das afirmações citadas anteriormente. As outras três frases receberam a maioria das respostas na opção concordo totalmente, que foram as seguintes: 'atividade física é benéfica para a saúde geral de crianças sem dor' (88,3%), 'atividade física é benéfica para crianças com dor' (48,6%) e 'mesmo com dor crônica, a criança pode ser funcional' (72%).

Tabela 12. Análise descritiva da seção sobre Atividade Física/ Funcionalidade das respostas dos fisioterapeutas.

Seção sobre Atividade Física/ Funcionalidade										
Variáveis	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	<i>f_i</i>	<i>P%</i>	<i>f_i</i>	<i>P%</i>	<i>f_i</i>	<i>P%</i>	<i>f_i</i>	<i>P%</i>	<i>f_i</i>	<i>P%</i>
Quando a criança sente dor, deve ser liberada da atividade física na escola	23	10,7	112	52,3	19	8,9	49	22,9	11	5,1
Ao sentir dor, a atividade física deve ser abolida	75	35	113	52,8	9	4,2	12	5,6	5	2,3
Atividade física é benéfica para a saúde geral de crianças sem dor	4	1,9	6	2,8	1	0,5	14	6,5	189	88,3
Atividade física é benéfica para crianças com dor	3	1,4	10	4,7	6	2,8	91	42,5	104	48,6
Mesmo com dor crônica, a criança pode ser funcional	0	0	2	0,9	2	0,9	56	26,2	154	72
Quando há presença de dor, a criança deve se manter em repouso	81	37,9	93	43,5	10	4,7	30	14	0	0
A presença de dor implica que a criança precisa se exercitar mais	34	15,9	72	33,6	31	14,5	68	31,8	9	4,2

Frequência absoluta (n) (*f_i*); Porcentagem (%) (*P%*); Maior porcentagem das repostas (*)

Na distribuição de resposta da frase ‘a presença de dor implica que a criança precisa se exercitar mais’ 33,6% dos fisioterapeutas discordaram parcialmente (Tabela 12). Os fisioterapeutas que atendem nas regiões Nordeste, Norte e Sul, têm maior chance de concordarem totalmente com a afirmação, sendo que as chances no Nordeste foram (OR: $2,966606 \times 10^{+7}$; $p=0,001$), no Norte (OR: $6,674864 \times 10^{+8}$; $p=0,001$) e no Sul (OR: $3,708258 \times 10^{+7}$; $p=0,001$), em comparação com os profissionais da região centro-oeste e os que discordam parcialmente (Tabela 13).

Tabela 13. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: a presença de dor implica que a criança precisa se exercitar mais; em fisioterapeutas com diferentes regiões de atuação.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Regiões brasileiras de atuação				
Discordo totalmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-0,182	0,833	0,175-3,965	0,819
Norte	1,204	3,333	0,362-30,701	0,288
Sudeste	-0,140	0,870	0,177-4,275	0,863
Sul	-18,433	$9,881 \times 10^{-9}$	0,000	0,996
Não concordo nem discordo				
Centro-oeste	1	1	1	1

Nordeste	-1,099	0,333	0,048-2,328	0,268
Norte	0,223	1,250	0,068-22,879	0,880
Sudeste	0,671	1,957	0,339-11,281	0,453
Sul	0,223	1,250	0,185-8,444	0,819
Concordo Parcialmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-0,853	0,426	0,126-1,444	0,171
Norte	0,329	1,389	0,194-9,967	0,744
Sudeste	-0,890	0,648	0,116-1,448	0,166
Sul	-0,434	0,166	0,170-2,470	0,525
Concordo Totalmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	17,206	$2,966606 \times 10^{+7}$	$4,572995 \times 10^{+6}$ - $1,924505 \times 10^{+8}$	0,001*
Norte	20,319	$6,674864 \times 10^{+8}$	$7,727957 \times 10^{+7}$ - $5,765278 \times 10^{+9}$	0,001*
Sudeste	17,877	$5,80423 \times 10^{+7}$	$5,80423 \times 10^{+7}$ - $5,80423 \times 10^{+7}$	
Sul	17,429	$3,708258 \times 10^{+7}$	$3,472227 \times 10^{+6}$ - $3,960333 \times 10^{+8}$	0,001*

Categoria de referência= Discordo parcialmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Sobre os fatores psicossociais foram avaliadas dez afirmativas (Tabela 14), visto que dessas, sete obtiveram a maioria das respostas em concordo totalmente. A afirmação 'é recomendado que a criança vá para a escola mesmo se estiver sentindo dor' obteve 42,1% das respostas em discordo parcialmente. Outras afirmações obtiveram mais de 66% na opção concordo totalmente, a exemplo de: 'presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente' e 'catastrofização dos pais interfere na dor da criança'.

Tabela 14. Análise descritiva da seção sobre fatores psicossociais das respostas dos fisioterapeutas.
Seção sobre fatores psicossociais

Variáveis	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>
As emoções influenciam a dor da criança	0	0	1	0,5	0	0	48	22,4	165	77,1
Sentir raiva/tristeza pode aumentar a dor na criança	0	0	2	0,9	3	1,4	50	23,4	159	74,3
Os meninos sentem menos dor que as meninas	99	46,3	34	15,9	58	27,1	18	8,4	5	2,3
É recomendo que a criança vá para a escola mesmo se estiver sentindo dor	20	9,3	90	42,1	31	14,5	70	32,7	3	1,4
Ficar com a família é bom quando a criança está com dor	0	0	15	7	32	15	106	49,5	61	28,5
Presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente	0	0	4	1,9	14	6,5	54	25,2	142	66,4
Catastrofização dos pais interfere na dor da criança	1	0,5	5	2,3	8	3,7	58	27,1	142	66,4
Avaliar se a criança apresenta catastrofização/medo do movimento é importante	0	0	1	0,5	2	0,9	14	6,5	197	92,1
Medo do movimento é frequente em crianças que sentem dor	1	0,5	1	0,5	4	1,9	55	25,7	153	71,5
A presença de medo do movimento modifica a intervenção do fisioterapeuta para o manejo da dor da criança	1	0,5	3	1,4	2	0,9	61	28,5	147	68,7

Frequência absoluta (n) (*fi*); Porcentagem (%) (*P%*); Maior porcentagem das repostas (*)

A afirmação 'as emoções influenciam a dor da criança' obteve 77,1% na opção concordo totalmente (Tabela 14). Quanto à avaliação da chance de os fisioterapeutas concordarem ou discordarem, verificamos que os fisioterapeutas que são associados da ASSOBRAFIR e os que não fazem parte de nenhuma associação e/ou sociedade têm menor chance de concordar totalmente, sendo as chances de OR: -94,8% ($p=0,002$) e OR: -85,5% ($p=0,004$), respectivamente, em relação aos profissionais que fazem parte de outras associações e os que concordam totalmente (Tabela 15).

Tabela 15. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: as emoções influenciam a dor da criança; em fisioterapeutas que fazem parte ou não de diferentes associações ou sociedades.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade				
Discordo Parcialmente				
ASSOBRAFIR	-0,314	0,730	0,000	1,000
ABRAFINPA	-0,126	0,882	0,000	1,000
ABRAFIN	-0,012	0,989	0,000	1,000
ABRAFITO	0,020	1,020	1,020-1,020	
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	15,312	4,506406 x 10 ⁺⁶	0,000	0,999
Concordo Parcialmente				
ASSOBRAFIR	-2,958	0,052	0,008-0,347	0,002*
ABRAFINPA	-1,946	0,143	0,020-1,032	0,054
ABRAFIN	-1,425	0,241	0,055-1,057	0,059
ABRAFITO	-1,253	0,286	0,019-4,237	0,363
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	-1,928	0,145	0,040-0,532	0,004*

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: p<0,05. ASSOBRAFIR: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; ABRAFINPA: Associação Brasileira de Fisioterapia Neonatal, Pediátrica e do Adolescente; ABRAFIN: Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional; ABRAFITO: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-ortopédica.

Dos fisioterapeutas da amostra, 74,3% concordaram totalmente que 'sentir raiva/tristeza pode aumentar a dor na criança' (Tabela 14). Os fisioterapeutas que têm formação lato sensu têm maior chance (OR: 7,883329 x 10⁺⁶ ;p=0,001) de discordar parcialmente da afirmação, em comparação com os fisioterapeutas que têm formação lato sensu e stricto sensu e concordam totalmente (Tabela 16).

Tabela 16. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: sentir raiva/tristeza pode aumentar a dor na criança; em fisioterapeutas com diferentes formas de atendimentos e formações complementares na área de pediatria.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Formações complementares na área pediátrica				
Discordo Parcialmente				
Não tenho formação complementar	-0,525	0,592	0,000	1,000
Lato sensu	15,880	7,883329 x 10 ⁺⁶	3,950228 x 10 ⁺⁵ - 1,573248 x 10 ⁺⁸	0,001*
Stricto sensu	19,043	1,862763 x 10 ⁺⁸	1,862763 x 10 ⁺⁸ - 1,573248 x 10 ⁺⁸	
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Não tenho formação complementar	17,071	2,592882 x 10 ⁺⁷	0,000	0,998
Lato sensu	15,373	4,745734 x 10 ⁺⁶	0,000	0,998
Stricto sensu	-0,540	0,583	0,000	1,000
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Não tenho formação complementar	-0,623	0,536	0,134-2,151	0,379
Lato sensu	-1,309	0,27	0,067-1,091	0,066

Stricto sensu	0,245	1,278	0,221-7,392	0,784
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

A frase 'os meninos sentem menos dor que as meninas' apresentou 46,3% das respostas em discordo totalmente (Tabela 14). Podemos observar que na tabela 17 os fisioterapeutas do sexo feminino têm menor chance em -71,4% ($p=0,022$) de discordar parcialmente da afirmação, em comparação com os fisioterapeutas que discordam totalmente e os do sexo masculino.

Tabela 17. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: os meninos sentem menos dor que as meninas; em fisioterapeutas com diferentes sexos.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Sexo				
Discordo parcialmente				
Feminino	-1,253	0,286	0,098-0,835	0,022*
Masculino	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Feminino	0,901	2,462	0,505-12,009	0,265
Masculino	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Feminino	-0,352	0,703	0,137-3,619	0,674
Masculino	-1	1	1	1
Concordo Totalmente				
Feminino	16,308	$1,208732 \times 10^{+7}$	$1,208732 \times 10^{+7}$ - $1,208732 \times 10^{+7}$	
Masculino	1	1	1	1

Categoria de referência= Discordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Em relação a frase 'ficar com a família é bom quando a criança está com dor' 49,5% dos fisioterapeutas responderam que concordam parcialmente (Tabela 14). Os fisioterapeutas que participam das associações ASSOBRAFIR, ABRAFINPA, ABRAFIN e ABRAFITO têm maior chance de concordar totalmente, (OR: $2,453822 \times 10^{+7}$; $p=0,001$, OR: $2,453822 \times 10^{+7}$; $p=0,001$, OR: $9,088229 \times 10^{+6}$; $p=0,001$, OR: $3,271762 \times 10^{+7}$; $p=0,001$), em relação aos profissionais que fazem parte de outras associações e os que concordam totalmente (Tabela 18).

Tabela 18. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: ficar com a família é bom quando a criança está com dor; em fisioterapeutas que fazem parte ou não de diferentes associações ou sociedades.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade				
Discordo Parcialmente				
ASSOBRAFIR	-0,405	0,667	0,077-5,749	0,712
ABRAFINPA	0,000	1,000	0,068-14,640	1,000

ABRAFIN	-0,405	0,667	0,093-4,797	0,687
ABRAFITO	1,386	4,000	0,167-95,756	0,392
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	-0,965	0,381	0,065-2,217	0,283
Não concordo nem discordo				
ASSOBRAFIR	-0,405	0,667	0,036-12,270	0,785
ABRAFINPA	1,386	4,000	0,273-58,562	0,311
ABRAFIN	-0,811	0,444	0,025-8,031	0,583
ABRAFITO	-17,315	$3,021 \times 10^{-8}$	$3,021 \times 10^{-8}$ - $3,021 \times 10^{-8}$	
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	1,232	3,429	0,409-28,770	0,256
Concordo Totalmente				
ASSOBRAFIR	17,016	$2,453822 \times 10^{+7}$	$9,516172 \times 10^{+6}$ - $6,327378 \times 10^{+7}$	0,001*
ABRAFINPA	17,016	$2,453822 \times 10^{+7}$	$5,227292 \times 10^{+6}$ - $1,151885 \times 10^{+8}$	0,001*
ABRAFIN	16,022	$9,088229 \times 10^{+6}$	$3,136215 \times 10^{+6}$ - $2,633617 \times 10^{+7}$	0,001*
ABRAFITO	17,303	$3,271762 \times 10^{+7}$	$1,991968 \times 10^{+6}$ - $5,373795 \times 10^{+8}$	0,001*
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	16,921	$2,233108 \times 10^{+7}$	$2,233108 \times 10^{+7}$ - $2,233108 \times 10^{+7}$	

Categoria de referência= Concordo parcialmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$. ASSOBRAFIR: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; ABRAFINPA: Associação Brasileira de Fisioterapia Neonatal, Pediátrica e do Adolescente; ABRAFIN: Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional; ABRAFITO: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológico-ortopédica.

Na distribuição de respostas da frase 'medo do movimento é frequente em crianças que sentem dor', 71,5% dos fisioterapeutas concordaram totalmente (Tabela 14). Os fisioterapeutas que atendem na região sudeste têm maior chance em 717% ($p=0,048$) de concordar parcialmente da afirmação em comparação com os fisioterapeutas que concordam totalmente e são da região centro-oeste (Tabela 19).

Tabela 19. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: medo do movimento é frequente em crianças que sentem dor; em fisioterapeutas com diferentes regiões de atuação.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Regiões brasileiras de atuação				
Discordo Totalmente				
Centro-oeste				
Nordeste	-18,598	$8,375 \times 10^{-9}$	0,000	0,997
Norte	-18,771	$7,048 \times 10^{-9}$	$7,048 \times 10^{-9}$ - $7,048 \times 10^{-9}$	
Sudeste	-18,417	$1,004 \times 10^{-8}$	0,000	0,997
Sul	-18,408	$1,013 \times 10^{-8}$	0,000	0,998
Discordo Parcialmente				
Centro-oeste				
Nordeste	0,204	1,226	0,000	1,000
Norte	19,090	$1,952419 \times 10^{+8}$	0,000	0,999
Sudeste	0,385	1,470	0,000	1,000
Sul	0,385	1,484	0,000	1,000

Não concordo nem discordo				
Centro-oeste				
Nordeste	-17,212	$3,35 \times 10^{-8}$	0,000	0,995
Norte	-17,384	$2,819 \times 10^{-8}$	0,000	0,998
Sudeste	-0,384	0,681	0,058-13,133	0,760
Sul	-0,272	0,762	0,044-8,022	0,852
Concordo Parcialmente				
Centro-oeste				
Nordeste	1,563	4,772	0,589-38,644	0,143
Norte	0,981	2,667	0,216-32,959	0,445
Sudeste	2,100	8,170	1,021-65,350	0,048*
Sul	2,126	8,381	0,978-71,802	0,052

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Na afirmação 'avaliar se a criança apresenta catastrofização/medo do movimento é importante' obteve 92,1% das repostas em concordo totalmente (Tabela 14). Os fisioterapeutas que atendem crianças com dor crônica têm maior chance em 336% ($p = 0,030$) de concordar parcialmente com a afirmação, entretanto os fisioterapeutas do sexo feminino têm menor chance em -83,1% ($p = 0,005$) de concordar parcialmente, em comparação com os fisioterapeutas que concordam totalmente (Tabela 20).

Tabela 20. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: avaliar se a criança apresenta catastrofização/medo do movimento é importante; em fisioterapeutas que atendem ou não crianças com dor crônica e diferentes sexos.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Discordo parcialmente				
Faz atendimento em crianças com dor crônica				
Sim	16,893	$2,171222 \times 10^{+7}$	0,000	0,997
Não	1	1	1	1
Sexo				
Feminino	16,695	$1,781293 \times 10^{+7}$	$1,781293 \times 10^{+7}$ - $1,781293 \times 10^{+7}$	
Masculino	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Faz atendimento em crianças com dor crônica				
Sim	0,307	1,359	0,084-22,071	0,829
Não	1	1	1	1
Sexo				
Feminino	16,794	$1,965167 \times 10^{+7}$	$1,965167 \times 10^{+7}$ - $1,965167 \times 10^{+7}$	
Masculino	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				
Faz atendimento em crianças com dor crônica				
Sim	1,473	4,362	1,154-16,492	0,030*
Não	1	1	1	1
Sexo				
Feminino	-1,778	0,169	0,048-0,590	0,005*
Masculino	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Da amostra de fisioterapeutas 68,7% concordaram totalmente que ‘a presença de medo do movimento modifica a intervenção do fisioterapeuta para o manejo da dor da criança’ (Tabela 14). Quando observamos a chance de os fisioterapeutas concordarem ou discordarem da frase, observamos que os fisioterapeutas que atendem na região sul têm menor chance em -73,1% ($p=0,039$) de concordar parcialmente da afirmação, em relação aos fisioterapeutas da região centro-oeste e os que concordam totalmente (Tabela 21).

Tabela 21. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: ‘a presença de medo do movimento modifica a intervenção do fisioterapeuta para o manejo da dor da criança’ em fisioterapeutas com diferentes regiões brasileiras de atuação.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Regiões brasileiras de atuação				
Discordo totalmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	16,986	$2,381885 \times 10^{+7}$	0,000	0,998
Norte	-0,690	0,502	0,502-0,502	
Sudeste	-0,048	0,953	0,000	1,000
Sul	-0,242	0,785	0,000	1,000
Discordo parcialmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-17,733	$1,988 \times 10^{-8}$	0,000	0,995
Norte	-18,311	$1,115 \times 10^{-8}$	0,000	0,998
Sudeste	-0,938	0,391	0,032-4,789	0,463
Sul	-17,864	$1,745 \times 10^{-8}$	0,000	0,997
Não concordo nem discordo				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-0,111	0,895	0,000	1,000
Norte	-0,690	0,502	0,000	1,000
Sudeste	17,089	$2,640785 \times 10^{+7}$	$2,640785 \times 10^{+7}$ - $2,640785 \times 10^{+7}$	
Sul	-0,242	0,785	0,000	1,000
Concordo Parcialmente				
Centro-oeste	1	1	1	1
Nordeste	-0,841	0,431	0,151-1,233	0,117
Norte	-17,496	$2,52 \times 10^{-8}$	0,000	0,991
Sudeste	-0,693	0,500	0,175-1,430	0,196
Sul	-1,312	0,269	0,078-0,935	0,039*

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p<0,05$.

A seção sobre comportamento das crianças e dos pais apresentou sete afirmações (Tabela 22), sendo que uma frase apresentou a maioria das respostas em discordo parcialmente ‘quando a criança sente dor, não deve fazer a tarefa escolar ou ajudar nas tarefas domésticas’ (51,4%), uma frase obteve a maioria das respostas em não concordo nem discordo ‘ao sentir dor, a família deve tratar melhor a criança’ (27,6%), visto que mais de 47% do restante dos fisioterapeutas concordaram

parcialmente ou totalmente da afirmação. Três frases apresentaram a maioria das respostas em concordo parcialmente, dentre elas 'é válido fazer outras atividades para distrair a criança que está sentindo dor' ficou com 46,7% em concordo parcialmente e 'os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma' com 33,6% das respostas em discordo parcialmente, sendo que 22,9% concordou totalmente com a afirmação.

Para completar essa seção, duas afirmações apresentaram a maioria das respostas em concordo totalmente, 'atitudes da criança perante a dor podem interferir na sua modulação' (69,2%) e 'a reação dos pais/responsáveis ao verem a criança com dor interfere na sua modulação' (72,4%).

Tabela 22. Análise descritiva da seção Comportamento das crianças e dos pais das respostas dos fisioterapeutas.

Seção sobre comportamento das crianças e dos pais										
Variáveis	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>
Crianças não têm como manejar a dor sozinhas	11	5,1	64	29,9	18	8,4	71	33,6	49	22,9
Quando a criança sente dor, não deve fazer a tarefa escolar ou ajudar nas tarefas domésticas	61	28,5	110	51,4	15	7	22	10,3	6	2,8
Atitudes da criança perante a dor podem interferir na sua modulação	2	0,9	4	1,9	7	3,3	53	24,8	148	69,2
Ao sentir dor, a família deve tratar melhor a criança	14	6,5	40	18,7	59	27,6	55	25,7	46	21,5
É válido fazer outras atividades para distrair a criança que está sentindo dor	0	0	15	7	32	15	106	49,5	61	28,5
Presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente	3	1,4	10	4,7	15	7	100	46,7	86	40,2
A reação dos pais/responsáveis ao verem a criança com dor interfere na sua modulação	2	0,9	6	2,8	7	3,3	44	10,6	155	72,4
Os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma	37	17,3	36	16,8	20	9,3	72	33,6	49	22,9

Frequência absoluta (n) (*fi*); Porcentagem (%) (*P%*); Maior porcentagem das repostas (*)

Na frase 'crianças não têm como manejar a dor sozinhas' 56,5% da amostra concordou parcialmente ou totalmente com a afirmação (Tabela 22). Os fisioterapeutas que atendem diariamente têm menor chance em -89% ($p=0,046$) de discordar parcialmente que da frase, em comparação com os fisioterapeutas que concordam parcialmente e atendem anualmente (Tabela 23).

Tabela 23. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: crianças não têm como manejar a dor sozinhas; em fisioterapeutas com diferentes frequências de atendimento.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
---------------	---	----	------------------------------	---

Frequência de atendimento				
Discordo totalmente				
Diariamente	-1,992	0,136	0,008-2,478	0,178
Semanalmente	-3,178	0,042	0,001-1,271	0,068
Mensalmente	0,000	1,000	0,041-24,547	1,000
Anualmente	1	1	1	1
Discordo parcialmente				
Diariamente	-2,209	0,110	0,013-0,960	0,046*
Semanalmente	-1,638	0,194	0,022-1,731	0,142
Mensalmente	-2,890	0,056	0,003-1,232	0,068
Anualmente	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Diariamente	-1,299	0,273	0,016-4,688	0,371
Semanalmente	-2,079	0,125	0,006-2,563	0,177
Mensalmente	-0,405	0,667	0,025-18,059	0,810
Anualmente	1	1	1	1
Concordo Totalmente				
Diariamente	-0,488	0,614	0,037-10,222	0,734
Semanalmente	-0,234	0,792	0,046-13,501	0,872
Mensalmente	-0,405	0,667	0,025-18,059	0,810
Anualmente	1	1	1	1

Categoria de referência= Concordo parcialmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Na última seção do questionário, que se tratava dos profissionais de saúde, das cinco frases três foram com alternativas da escala Likert e duas foram de resposta sim ou não (Tabela 24). Na frase 'somente os profissionais de saúde podem manejar a dor da criança', 28,5% dos fisioterapeutas discordaram parcialmente e 24,3% concordaram parcialmente.

Nas frases com resposta sim ou não a maioria dos fisioterapeutas responderam não em ambas, 'durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre o manejo/ tratamento da dor crônica em crianças?' (86,4%) e 'durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre crenças na dor crônica?' (74,8%).

Tabela 24. Análise descritiva da seção profissionais de saúde/ relatos dos profissionais de saúde/ capacitação profissional das respostas dos fisioterapeutas.

Seção sobre comportamento das crianças e dos pais										
Variáveis	Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Não concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>
Somente os profissionais de saúde podem manejar a dor da criança	61	28,5	75	35	13	6,1	52	24,3	13	6,1
A relação terapeuta e paciente pode mudar o desfecho da dor na criança	1	0,5	1	0,5	1	0,5	42	19,6	169	79
O manejo da dor crônica em crianças é satisfatório no Brasil	79	36,9	62	29	45	21	23	10,7	5	2,3
Variáveis	Sim				Não					
	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>	<i>fi</i>	<i>P%</i>		
Durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre o manejo/ tratamento da dor crônica em crianças?	29		13,6		184		86,4			
Durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre o manejo/ tratamento da dor crônica em crianças?	54		25,2		160		74,8			

Frequência absoluta (n) (*fi*); Porcentagem (%) (*P%*); Maior porcentagem das repostas (*)

A afirmação 'a relação terapeuta e paciente pode mudar o desfecho da dor na criança' recebeu 79% das respostas na alternativa concordo totalmente (Tabela 24). Os fisioterapeutas que são associados na ASSOBRAFIR têm menor chance em - 92,4% ($p=0,032$) de concordar parcialmente com a frase, em comparação com os fisioterapeutas que fazem parte de outras associações e os que concordam totalmente (Tabela 25).

Tabela 25. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: a relação terapeuta e paciente pode mudar o desfecho da dor na criança; em fisioterapeutas que fazem parte ou não de diferentes associações ou sociedades.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade				
Discordo Totalmente				
ASSOBRAFIR	-0,389	0,678	0,000	1,000
ABRAFINPA	-0,038	0,983	0,000	1,000
ABRAFIN	-0,265	0,767	0,000	1,000
ABRAFITO	0,227	1,255	1,255-1,255	
Outros	1	1	1	1

Não faço parte de nenhuma	14,401	1,795495 x 10 ⁺⁶	0,000	0,998
Discordo Parcialmente				
ASSOBRAFIR	-0,389	0,678	0,000	1,000
ABRAFINPA	-0,038	0,963	0,000	1,000
ABRAFIN	-0,265	0,767	0,000	1,000
ABRAFITO	19,074	1,92118 x 10 ⁺⁸	0,000	0,997
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	-0,098	0,906	0,000	1,000
Não concordo nem discordo				
ASSOBRAFIR	-0,389	0,678	0,000	1,000
ABRAFINPA	-0,038	0,963	0,000	1,000
ABRAFIN	-0,265	0,767	0,000	1,000
ABRAFITO	0,227	1,255	1,255-1,255	
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	14,401	1,795495 x 10 ⁺⁶	0,000	0,998
Concordo Parcialmente				
ASSOBRAFIR	-2,576	0,076	0,007-0,797	0,032*
ABRAFINPA	-0,288	0,750	0,121-4,662	0,758
ABRAFIN	-1,520	0,219	0,039-1,219	0,083
ABRAFITO	0,560	1,750	0,084-36,287	0,718
Outros	1	1	1	1
Não faço parte de nenhuma	-0,712	0,491	0,135-1,789	0,281

Categoria de referência= Concordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: p<0,05.

Avaliando a frase 'o manejo da dor crônica em crianças é satisfatório no Brasil' 65,9% dos participantes discordaram parcialmente ou totalmente (Tabela 24). Os fisioterapeutas que têm somente a formação lato sensu e os que têm somente a formação stricto sensu têm menor chance em -84,7% (p=0,026) e -97,4% (p=0,006), respectivamente, de discordar parcialmente da afirmação e os fisioterapeutas que não têm nenhuma formação complementar têm maior chance em (OR: 7,546563 x 10⁺⁷; p=0,001) de concordar totalmente com a afirmação, em comparação com os fisioterapeutas que têm formação lato sensu e stricto sensu e dos fisioterapeutas que discordam totalmente (Tabela 26).

Tabela 26. Análise de regressão logística multinomial para estimativa da afirmação: o manejo da dor crônica em crianças é satisfatório no Brasil; em fisioterapeutas com diferentes formações complementares na área de pediatria e se atende ou não crianças com dor crônica.

Classificação	B	OR	Limite inferior/ superior	P
Formações complementares na área pediátrica				
Discordo Parcialmente				
Não tenho formação complementar	-0,947	0,388	0,073-2,053	0,265
Lato sensu	-1,880	0,153	0,029-0,796	0,026*
Stricto sensu	-3,638	0,026	0,002-0,348	0,006*
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Não concordo nem discordo				
Não tenho formação complementar	0,630	1,878	0,156-22,558	0,619
Lato sensu	-0,034	0,967	0,082-11,389	0,979
Stricto sensu	-19,150	4,823 x 10 ⁻⁹	0,000	0,998
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Concordo Parcialmente				

Não tenho formação complementar	18,112	$7,347453 \times 10^{+7}$	0,000	0,999
Lato sensu	17,994	$6,524274 \times 10^{+7}$	0,000	0,999
Stricto sensu	16,712	$1,810983 \times 10^{+7}$	0,000	0,999
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1
Concordo Totalmente				
Não tenho formação complementar	18,139	$7,546563 \times 10^{+7}$	$1,144858 \times 10^{+7}$ - $4,97447 \times 10^{+8}$	0,001*
Lato sensu	17,222	$3,015186 \times 10^{+7}$	$3,015186 \times 10^{+7}$ - $3,015186 \times 10^{+7}$	
Stricto sensu	-1,721	0,179	0,179-0,179	
Lato sensu e Stricto sensu	1	1	1	1

Categoria de referência= Discordo totalmente; B= beta (efeitos da variável independente); OR= odds ratios; *: $p < 0,05$.

Algumas variáveis dependentes não apresentaram significância na regressão multinomial, entretanto foram encontradas associações significativas pelo teste de qui-quadrado de Person ou Teste de Fisher's Exact com variáveis independentes (Apêndice 3).

6 DISCUSSÃO

O mapeamento das crenças dos fisioterapeutas quanto a vários quesitos relacionados à dor em crianças foi explanado nesse estudo. Aspectos como atividade física, avaliação, manejo, dor aguda e crônica, medo do movimento e influência das emoções na dor obtiveram relações significativas com características específicas dos fisioterapeutas, como região de atuação, frequência de atendimento, sexo, se o fisioterapeuta atende criança com dor crônica, tempo de formação e atuação, formações complementares e se faz parte de alguma associação ou sociedade. A maioria das crenças avaliadas estavam em concordância com o que os fisioterapeutas acreditavam e os achados encontrados na literatura. Os assuntos voltados a normalidade, causalidade, lesão estrutura e intensidade da dor, relação entre pais e filhos com dor crônica e atitudes superprotetoras da família com a criança que está sentindo dor, foram vistos como assuntos que a opinião dos fisioterapeutas divergiram com os achados na literatura (MATSUMURA et al., 2018; VELOSO; VERONEZI, 2021; MELO et al., 2021).

Quando entramos no aspecto da dor, sabemos que não pode ser inferida apenas pela atividade dos neurônios sensoriais, pois não é somente o estímulo de nocicepção que gera dor. Uma vez que, a nocicepção pode fazer parte no processamento da dor; o sistema nociceptivo começa a funcionar na 20ª semana de gestação, e os recém-nascidos a termo já mostram respostas somatossensoriais a estímulos dolorosos, concretizando que a criança tem a capacidade de sentir dor (PANCEKAUSKAITĖ; JANKAUSKAITĖ, 2018; SEMINOWICZ; MOAYEDI, 2017).

Sendo a dor aguda de curta duração e uma resposta limitada devido a estímulos nocivos que danificam ou ameaçam danificar os tecidos, é normal que a criança apresente dor como resposta a determinados estímulos. No entanto, a persistência da dor pode ser mal adaptativa, acarretando em cronificação seguida de vários sinais e sintomas (MICHAELIDES; ZIS, 2019; OSTOJIC et al., 2020).

Acerca desse assunto, a maioria dos fisioterapeutas do nosso estudo concordam que a dor aguda é um sinal de alerta do organismo, validando o conhecimento com base na literatura. No que se refere a consideração que a dor em crianças é normal, a maioria discordou da afirmação, mas os fisioterapeutas formados há menos de quatro anos apresentaram mais chances de concordar com a afirmação. A atualização recente da definição de dor incentiva os fisioterapeutas a pesquisarem

sobre educação e atendimento à dor (RAJA et al., 2020b). Além disso, outros fatores como cursos de aperfeiçoamento e especialização em dor podem estimular que os fisioterapeutas formados nos últimos quatro anos se atualizem mais na área, mostrando a concordância que é normal a criança sentir dor. Outra interpretação da distribuição de respostas em discordar que é normal a criança sentir dor, pode estar relacionado com a falta de entendimento dos fisioterapeutas sobre a diferença de dor aguda e crônica, como se a dor só fosse mal adaptativa e não apresentasse vantagens para a proteção do corpo.

A lesão estrutural, assim como a nocicepção, pode estar relacionada com o processamento da dor. Contudo, considerando que Chimenti, Frey-Law e Sluka (2018) relataram que a dor é um construto multidimensional, independente da sua classificação temporal, deve-se ter atenção ao relacionar a dor com uma única causa (CHIMENTI; FREY-LAW; SLUKA, 2018). Mostrando discordância da literatura, a maioria dos fisioterapeutas concordaram com a relação de causalidade entre lesão estrutural e dor, e que a dor tem uma causa a ser encontrada. Esta concepção pode estar baseada na interpretação de dor aguda, apesar disso deve-se ter cuidado com a afirmação, pois a dor é multidimensional.

A lesão tecidual, além de comparada com a causalidade, também pode ser associada com a intensidade da dor, porém a mudança da definição de dor buscou alterar a questão de causalidade da dor, justamente porque a lesão tecidual, sozinha, não é um indicativo de gravidade e intensidade da dor (RAJA et al., 2020b). A experiência da dor na criança vai além da determinação da intensidade e inclui não apenas os indicadores fisiológicos, e comportamentais, mas também os componentes sociais e cognitivos que, muitas vezes, passam despercebidos (STEVENS, 2021). Sobre a associação entre intensidade de dor e lesão estrutural, as opiniões se dividiram, mas apesar disso mais da metade dos fisioterapeutas concordaram com a afirmação, divergindo dos estudos atuais, pois depende do quadro clínico e funcional da criança para determinar se a lesão tecidual realmente está diretamente relacionada com o aumento da intensidade da dor.

Acerca da dor crônica, especificamente, alguns especialistas em dor têm defendido o reconhecimento como uma doença por si só. A Classificação Internacional de Doenças (CID)-11 traz a dor crônica como doença e suas sete subcategorias, que fazem parte do alinhamento que busca o entendimento de que a dor crônica pode ser considerada a doença de base (TREEDE et al., 2019). Ao serem

questionados se dor crônica é considerada doença, como já é definido no CID 11, a maioria dos participantes corroboraram com a afirmação, mostrando-se atualizados sobre esse assunto. Quando foram questionados sobre o manejo da criança com dor aguda ou crônica ser parecido, a maioria discordou, também mostrando concordância com a literatura. Além do entendimento que a dor crônica ser uma doença, também deve-se analisar o estado de saúde dos pais, pois eles comportam influência nas condições crônicas de saúde na infância (PALERMO; VALRIE; KARLSON, 2014).

Problemas de saúde e disfunção materna estão associados com problemas de saúde e disfunção em crianças com condições crônicas. Além disso, muitos tipos de dor crônica se agrupam nas famílias, por exemplo, se a criança tiver um dos pais com cefaleia, ela é mais propensa a apresentar o mesmo quadro. Conceitualmente, essas conexões podem representar a genética compartilhada da dor crônica e/ou aprendizado do comportamento dos pais, convivência, ambiente e forma de enfrentamento da dor (PALERMO; VALRIE; KARLSON, 2014). Seguindo esse raciocínio de que criança que tem pais com dor crônica têm mais chance de ter dor crônica, verificamos que boa parte dos fisioterapeutas não concordaram nem discordaram da afirmação, mas a distribuição foi maior para concordância, corroborando com os estudos citados anteriormente.

Já os fisioterapeutas com menos de um ano de atuação na área da pediatria, que não apresentam nenhuma formação complementar ou que somente tenham formação lato sensu, têm mais chances de discordar parcialmente da afirmação, indo contra os achados da literatura, provavelmente por falta de experiência e atualização no assunto. Por outro lado, os fisioterapeutas com formação stricto sensu na área de pediatria têm maior chance de concordar totalmente com a afirmação, mostrando que pode existir uma relação com a expertise do fisioterapeuta na área da pesquisa e a concordância sobre esse tópico.

Mesmo com fatores parentais sendo relacionados com a dor na criança, o relato da criança sobre a sua dor não pode ser deixado em segundo plano, pois os pais podem ter opiniões divergentes da criança, sobre o quê e como ela sente a dor (ECCLESTON et al., 2021). Dessa forma, a maioria dos fisioterapeutas discordaram que quando a criança é avaliada, basta o relato dos pais ou dos responsáveis, reforçando os estudos atuais sobre o assunto, visto que a criança, quando possível, deve ser ouvida pelo profissional de saúde.

Além da influência dos pais, crianças com dor crônica e experiências adversas na infância apresentaram associação com resultados negativos de saúde física e mental na idade adulta (BEVERIDGE et al., 2022). A maioria dos fisioterapeutas mostraram-se atualizados e concordaram que a criança com dor crônica tem mais chance de ser um adulto com dor crônica.

O desenvolvimento neuropsicomotor infantil, é um processo essencial e único que toda criança vivencia. É considerada uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que provoca mudanças biológicas, sociais e emocionais. Esse desenvolvimento resulta da influência mútua entre a herança genética e o ambiente em que a criança vive (BRITO et al., 2021). Consolidando a informação que a criança passa por diversas mudanças em cada fase da infância, mostra-se a importância de diferentes estratégias de avaliação e tratamento da dor na criança, a depender da idade.

A maioria dos fisioterapeutas concordam que, a depender da idade da criança, deve-se diferenciar a abordagem de avaliação e tratamento da dor. Apesar disso, os fisioterapeutas com maior frequência de atendimento apresentaram maior chance de discordar dessa informação, contradizendo a realidade que a prática clínica dos fisioterapeutas, sozinha, pode trazer convicções verossímeis. O fisioterapeuta precisa constantemente se atualizar sobre os assuntos que norteiam o âmbito clínico, mesmo com a experiência de atendimentos ao seu favor.

Houve grande concordância dos fisioterapeutas que as crianças que têm dor crônica podem apresentar alteração de fatores psicossociais. Miller et al. (2021) constataram que, quanto maior a interferência da dor na vida da criança, maior autculpa, catastrofização, e ruminação, mostrando que realmente os fatores psicossociais estão presentes em crianças com dor crônica (MILLER et al., 2021). Dentre os fatores psicossociais, Linder e Hooke (2019) verificaram que crianças com dor obtiveram pior bem-estar emocional e estado funcional, e ainda foi correlacionada com escores emocionais mais baixos e menos afeto positivo (LINDER; HOOKE, 2019), corroborando a opinião da maioria dos fisioterapeutas que as emoções influenciam na dor da criança. Ainda remetendo às emoções, a tristeza pode ser considerada uma resposta natural à dor física ou psicológica. Linder e Hooke (2019) observaram que a presença de tristeza autorrelatada foi associada à baixa qualidade de vida em crianças e adolescentes com dor oncológica, também corroborando a

opinião da maioria dos fisioterapeutas. Em contrapartida, os fisioterapeutas com formação *lato sensu* têm maior chance de discordar parcialmente da afirmação.

Aspectos comportamentais, como o medo do movimento, podem interferir em atividades funcionais como sentar em uma cadeira e subir escadas (WOOLNOUGH et al., 2022). Com a alteração na funcionalidade das atividades de vida diárias devido ao medo do movimento na criança, o manejo do paciente pediátrico pode ser modificado pela presença ou ausência desse comportamento. Wicksell, Olsson e Hayes (2011) verificaram, em crianças com dor crônica idiopática, que a cinesiofobia promoveu aumento da dor (WICKSELL; OLSSON; HAYES, 2011). Os participantes da pesquisa assim como na literatura, concordam que é importante avaliar e tratar de forma diferenciada a criança que apresenta medo do movimento e que o medo do movimento é frequente em crianças que sentem dor.

Outro fator relacionado com dor e funcionalidade da criança com dor crônica é a catastrofização. Uma meta-análise mostrou que ansiedade, depressão, qualidade de vida, intensidade de dor e movimento do corpo estão fortemente associados com catastrofização (MILLER; MEINTS; HIRSH, 2018). Sabendo da influência da catastrofização em vários aspectos relacionados diretamente ou indiretamente com a dor na criança, assim como a cinesiofobia, a avaliação da mesma é imprescindível, pois pode interferir na evolução do quadro clínico e funcional da criança, os fisioterapeutas da amostra corroboraram a afirmação.

Stahlschmidt et al. (2019) averiguaram que crianças com maior autoeficácia apresentavam menor intensidade de dor, menos incapacidade funcional relacionada à dor, menos catastrofização, com autoinstruções mais positivas e maior aceitação da dor. Além disso, a autoeficácia foi positivamente associada ao funcionamento físico e social/escolar, também considerada um mediador parcial do efeito do medo da dor no funcionamento escolar (STAHLSCHMIDT et al., 2019).

Quanto a afirmação 'crianças não têm como manejar a dor sozinhas', houve uma maior concordância dos fisioterapeutas, entretanto os fisioterapeutas com maior frequência de atendimento apresentaram menor chance de discordar da afirmação, corroborando os achados da literatura, pois a autoeficácia deve ser avaliada e estimulada nas crianças que apresentam dor. Ao se avaliar que as atitudes da criança perante a dor podem interferir na sua modulação, a maioria dos fisioterapeutas concordam, assim como aprovam que os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma, mostrando mais uma vez a importância da autoeficácia.

Tem sido intensamente discutido pelo senso comum em geral se meninos sentem menos dor que meninas. As diferenças sexuais na nocicepção dependem de múltiplos fatores, como o tipo de estímulo, localização do corpo, idade e presença de doença. Ambos os sexos apresentam respostas comportamentais semelhantes a estímulo doloroso em relação a intensidade e limiar de dor (PIERETTI et al., 2016). Uma revisão sistemática indicou que a maioria dos estudos sobre as respostas das crianças à dor experimental não relata diferenças significativas, contudo a metanálise dessa revisão revelou que as meninas relataram uma intensidade de dor significativamente maior do que os meninos em relação ao frio, reunindo dados de estudos com idade média > 12 anos, no entanto, sabe-se que as diferenças sexuais na dor infantil são inconsistentes (BOERNER et al., 2014; MOON et al., 2008). De forma geral, os fisioterapeutas discordaram que meninos sentem menos dor que meninas, no entanto, as fisioterapeutas (mulheres) apresentaram menor chance de discordar da afirmação. Mostrando que de forma geral os fisioterapeutas concordam com a literatura.

Crianças com quadros de dor recorrentes são propensas a problemas de concentração, funções executivas prejudicadas, absenteísmo e funcionamento escolar geralmente inadequado (RAGNARSSON et al., 2020). Crianças com dor crônica também relatam notas mais baixas e outros comportamentos mal adaptativos relacionados à escola após o início da dor (MILLER et al., 2021). A discordância do fato da criança ser afastada da escola e das atividades escolares, foi relatada pela maior parte das respostas entre fisioterapeutas, além da autoeficácia, citada anteriormente, o desenvolvimento da criança na escola é de extrema importância.

Além das atividades escolares, outro assunto pertinente na vivência das crianças é a atividade física. Sollerhed, Andersson e Ejlertsson (2013) verificaram algumas características associadas ao relato de dor recorrente em crianças na idade escolar, encontrando associação com sexo feminino, morar em famílias monoparentais e baixos níveis de atividade física (SOLLERHED; ANDERSSON; EJLERTSSON, 2013). Crianças com artrite idiopática juvenil, por conta da dor, geralmente apresentam mais características sedentárias em comparação com crianças que não apresentam essa condição. A redução da atividade física pode criar um ciclo entre inatividade e incapacidade. Um estilo de vida cada vez mais sedentário pode desencadear um processo de descondicionamento físico, levando à redução da capacidade aeróbica, aptidão cardiovascular e aumento da fadiga muscular (LIMENIS;

GROSBEIN; FELDMAN, 2014). Foi concordante entre os participantes do nosso estudo que a atividade física é benéfica tanto para a criança que não apresenta dor, quando para a criança que tem condição dolorosa, e mesmo com dor a criança não deve se manter em repouso, a atividade física não deve ser abolida e a criança não deve ser liberada da atividade física escolar, mostrando a importância de manter a criança ativa fisicamente para que possa ajudar na modulação da dor e na funcionalidade.

As atitudes dos pais e familiares podem influenciar a experiência de dor das crianças, catastrofização materna, está relacionada à intensidade da dor e a atenção à dor (isto é, respostas solícitas ou protetoras) é um comportamento comum nos pais, dando atenção frequente aos sintomas de dor e permissão para evitar atividades regulares, quando a criança sente dor, essas atitudes estão relacionadas ao aumento da incapacidade em crianças com doenças recorrentes e crônica (PALERMO; VALRIE; KARLSON, 2014).

O ideal é que os pais tenham conhecimento sobre como a criança se sente, para que não tire a criança das atividades cotidianas quando não seja necessário, ao contrário dos achados na literatura a maioria dos fisioterapeutas brasileiros concordaram que, quando a criança sente dor, a família deve tratá-la melhor, no entanto eles concordaram que a reação dos pais/responsáveis ao verem a criança com dor interfere na sua modulação, seja positiva ou negativamente e que a catastrofização dos pais interfere na dor da criança.

Por outro lado, a presença dos pais pode reduzir o sofrimento da criança em procedimentos clínicos dolorosos. A sensibilidade dos pais pode ser especialmente importante para ajudar crianças pequenas na regulação emocional durante eventos estressantes, como procedimentos médicos e fisioterapêuticos. O comportamento de enfrentamento dos pais é positivamente relacionado ao comportamento de enfrentamento da criança (BROWN et al., 2018). É válido em determinados momentos que a criança esteja sob cuidados de sua família durante os períodos em que sente dor, afirmação com a qual a maioria dos fisioterapeutas respondentes do nosso estudo concordaram.

Além da relação dos pais com a criança, a relação terapeuta-paciente influencia tanto na avaliação quanto no manejo da criança com dor. Essa aliança terapêutica pode refletir na concordância entre paciente e terapeuta sobre os objetivos do tratamento e interferir na qualidade do vínculo. A falta de acordo sobre objetivos e

tarefas pode resultar em rupturas na aliança terapêutica e abandono do tratamento. Tanto as crianças quanto os pais enfatizam a necessidade de confiança e disposição dos fisioterapeutas para levar em consideração os desejos das crianças e dos pais durante o atendimento (CROM et al., 2020). Ressaltando a importância da aliança terapêutica, na frase 'a relação terapeuta e paciente pode mudar o desfecho da dor na criança' que foi avaliada no nosso estudo, a maioria dos fisioterapeutas concordaram com a afirmação.

Há uma escassez de estudos relatando o nível de satisfação dos profissionais de saúde sobre a dor pediátrica no Brasil, mas nesse estudo a maioria dos fisioterapeutas discordam que o manejo da dor crônica em crianças é satisfatório no Brasil. Entretanto, os fisioterapeutas que não têm nenhuma formação complementar têm maior chance de concordar totalmente com a afirmação. Isso pode acontecer por desinformação ou, até mesmo, por falta de prática clínica. Concomitantemente a isso, a maioria dos fisioterapeutas não tiveram aulas durante a graduação sobre o manejo/tratamento da dor crônica em crianças e crenças na dor crônica.

Artigos que buscaram fazer mapeamentos de programas de educação fisioterapêutica e quantitativo de fisioterapeutas no Brasil, verificaram que o número de fisioterapeutas aumenta a cada ano. Relataram que os programas de ensino em fisioterapia distribuíram-se de forma desigual nas cinco regiões brasileiras, com maior concentração nas regiões Sudeste (43%) e Nordeste (23%) (SAMPAIO et al., 2019). Assim, também foi verificado a concentração de fisioterapeutas no Brasil, predominantemente em dois focos na região Sudeste (55,23%), a região nordeste ficou em segundo lugar, apresentando 18,16% dos fisioterapeutas brasileiros e observou-se uma grande área com ausência de profissionais, principalmente na região Norte (3,65%) (MATSUMURA et al., 2018).

Reforçando a informação da distribuição de fisioterapeutas no Brasil, Veloso e Veronezi (2021) verificaram que 52,57% dos fisioterapeutas estão na região sudeste e 21,34% na região nordeste (VELOSO; VERONEZI, 2021). Na distribuição amostral nesse estudo, obtivemos uma predominância dos fisioterapeutas atuantes na região sudeste e nordeste, corroborando com o nível de distribuição dos fisioterapeutas brasileiros. Outra observação em relação a distribuição da nossa amostra, foi que 56,1% dos fisioterapeutas apresentavam formação *stricto sensu* e sabe-se que a maior parte dos fisioterapeutas brasileiros não apresentam essa formação. (MELO et al., 2021) Entretanto, a provável justificativa para a maior parte da amostra ter

formação *stricto sensu* é a forma de busca dos participantes e o interesse de responder a um questionário online, por apresentar experiência no âmbito da pesquisa e saber a real importância da participação para o desenvolvimento científico.

Nosso estudo investigou crenças e percepções dos fisioterapeutas brasileiros sobre dor na criança, apresentando uma amostra bem distribuída, com respostas originadas em todos os estados brasileiros e divisão representativa em todas as regiões. Dentre as limitações do estudo, nos deparamos com o fato da resposta do participante se atende ou não crianças ser autorrelatada. Outra limitação apresentada no estudo, foi referente a distribuição dos fisioterapeutas em relação à formação complementar, pois a maior parte da amostra apresentava formação *stricto sensu*, não sendo fidedigna com a realidade no Brasil. Entretanto, podemos ressaltar que a maioria dos fisioterapeutas com formação *stricto sensu* apresenta maior experiência na pesquisa científica em relação aos que não apresentam formação complementar. Espera-se que, com a publicação e divulgação desse estudo, os fisioterapeutas verifiquem em quais quesitos apresentaram desatualizações e passem a reduzir as crenças limitantes e melhorar a avaliação e manejo das crianças. A atualização na área de atuação fisioterapêutica deve ser constante, para que seja um fator contribuinte buscando melhorar o manejo de forma geral da criança com dor.

7 CONCLUSÃO

Os achados mostram que fisioterapeutas brasileiros que atuam na área de pediatria possuem diversas crenças sobre dor na criança. A maioria das informações avaliadas estavam em concordância com o que os fisioterapeutas acreditavam e os achados encontrados na literatura. Entretanto, os fisioterapeutas avaliados entendiam de forma equivocada assuntos voltados para dor, acreditando não existir uma normalidade da dor, que a dor apresenta causalidade única, lesão estrutural foi considerado um fator causal, a existência de uma relação proposicional somente entre lesão estrutural e nível de intensidade, acreditavam que não há relação entre pais e filhos com dor crônica e que os familiares deveriam ter atitudes superprotetoras com a criança, tratando melhor a criança que está sentindo dor.

8 REFERÊNCIAS

- BADIA, M. et al. Pain, motor function and health-related quality of life in children with cerebral palsy as reported by their physiotherapists. **BMC Pediatrics**, v. 14, n. 1, 2014.
- BEVERIDGE, J. K. et al. Examining Parent Adverse Childhood Experiences as a Distal Risk Factor in Pediatric Chronic Pain. **Clinical Journal of Pain**, v. 38, n. 2, 2022.
- BOERNER, K. E. et al. Sex differences in experimental pain among healthy children: A systematic review and meta-analysis. **Pain**, v. 155, n. 5, p. 983–993, maio 2014.
- BRITO, L. C. D. S. et al. Knowledge of caregivers and factors associated with neuropsychomotor development in children. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 75, n. 3, 2021.
- BROWN, E. A. et al. **Review of a Parent's Influence on Pediatric Procedural Distress and Recovery. Clinical Child and Family Psychology Review**, 2018.
- CHABOT, B. et al. Pain Catastrophizing throughout the Perioperative Period in Adolescents with Idiopathic Scoliosis. **Clinical Journal of Pain**, v. 37, n. 9, 2021.
- CHIMENTI, R. L.; FREY-LAW, L. A.; SLUKA, K. A. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. **Physical Therapy**, v. 98, n. 5, p. 302–314, 1 maio 2018.
- CRAMTON, R. E. M.; GRUCHALA, N. E. **Managing procedural pain in pediatric patients. Current Opinion in Pediatrics**, 2012.
- CROM, A. et al. Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy. **Physical and Occupational Therapy in Pediatrics**, v. 40, n. 1, 2020.
- DA SILVA, L. G. et al. Beliefs and attitudes towards child epilepsy: A structural equation model. **Seizure**, v. 84, 2021.
- DESANTANA, J. M. et al. Definition of pain revised after four decades. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 3, n. 3, 2020.
- DE SOUZA BORGES, M. G.; DE MEDEIROS, A. M.; LEMOS, S. M. A. The international classification of functioning, disability and health for children and youth (ICF-CY) and speech-language pathology: Associations with sociodemographic and health care variables. **CODAS**, v. 32, n. 3, 2020.
- DOWDEN, S.; MCCARTHY, M.; CHALKIADIS, G. **Achieving organizational change in pediatric pain management. Pain Research and Management**, 2008.

- ECCLESTON, C. et al. **Delivering transformative action in paediatric pain: a Lancet Child & Adolescent Health Commission. The Lancet Child and Adolescent Health**, 2021.
- FISHER, E. et al. **Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2018.
- GARDNER, T. et al. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. **Journal of Physiotherapy**, v. 63, n. 3, 2017.
- GROENEWALD, C. B.; GILES, M.; PALERMO, T. M. School Absence Associated with Childhood Pain in the United States. **Clinical Journal of Pain**, v. 35, n. 6, 2019.
- IVES, L. T. et al. Children's beliefs about pain: An exploratory analysis. **Children**, v. 8, n. 6, 2021.
- KING, S. et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. **Pain**, v. 152, n. 12, 2011.
- LAEKEMAN, M. et al. Recommendations for a pediatric pain education curriculum for physical and occupational therapists: Scoping review and survey. **Children**, v. 8, n. 5, 2021.
- LAFOND, C. M. et al. Nurses' Beliefs Regarding Pain in Critically Ill Children: A Mixed-Methods Study. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 31, n. 6, 2016.
- LANGER, S. L. et al. Pain catastrophizing predicts verbal expression among children with chronic pain and their mothers. **Health Psychology Open**, v. 3, n. 1, 2016.
- LEE, R. R. et al. "Reluctant to Assess Pain": A Qualitative Study of Health Care Professionals' Beliefs About the Role of Pain in Juvenile Idiopathic Arthritis. **Arthritis Care and Research**, v. 72, n. 1, 2020.
- LIMENIS, E.; GROSBEIN, H. A.; FELDMAN, B. M. The relationship between physical activity levels and pain in children with juvenile idiopathic arthritis. **Journal of Rheumatology**, v. 41, n. 2, 2014.
- LINDER, L. A.; HOOKE, M. C. **Symptoms in Children Receiving Treatment for Cancer—Part II: Pain, Sadness, and Symptom Clusters. Journal of Pediatric Oncology Nursing**, 2019.
- LI, Z.-Z. et al. Knowledge of Chinese Pediatric Professionals Regarding Pediatric Pain Management. **Children**, v. 9, n. 11, p. 1785, 21 nov. 2022.

MANWORREN, R. C. B.; STINSON, J. **Pediatric Pain Measurement, Assessment, and Evaluation. Seminars in Pediatric Neurology**, 2016.

MATSUMURA, E. S. DE S. et al. Distribuição territorial dos profissionais fisioterapeutas no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 309–314, set. 2018.

MELO, N. G. et al. Perfil de formação e produção científica do fisioterapeuta pesquisador no Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 1, 2021.

MICHAELIDES, A.; ZIS, P. **Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges. Postgraduate Medicine**, 2019.

MILLER, M. et al. Emotion regulation, pain interference and affective symptoms in children and adolescents with sickle cell disease. **Journal of Affective Disorders**, v. 282, 2021.

MILLER, M. M.; MEINTS, S. M.; HIRSH, A. T. Catastrophizing, pain, and functional outcomes for children with chronic pain: A meta-analytic review. **Pain**, v. 159, n. 12, 2018.

MIRÓ, J. et al. Pain Beliefs and Quality of Life in Young People with Disabilities and Bothersome Pain. **Clinical Journal of Pain**, v. 33, n. 11, 2017.

MIRÓ, J.; HUGUET, A.; JENSEN, M. P. Pain beliefs predict pain intensity and pain status in children: Usefulness of the pediatric version of the survey of pain attitudes. **Pain Medicine (United States)**, v. 15, n. 6, 2014.

MOON, E. C. et al. Sex Differences in Parent and Child Pain Ratings during an Experimental Child Pain Task. **Pain Research and Management**, v. 13, n. 3, p. 225–230, 2008.

NIJS, J. et al. Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. **Manual Therapy**, v. 18, n. 2, 2013.

NOEL, M. et al. Chronic pain in adolescence and internalizing mental health disorders: A nationally representative study. **Pain**, v. 157, n. 6, 2016.

OSTOJIC, K. et al. **Acute and Chronic Pain in Children and Adolescents With Cerebral Palsy: Prevalence, Interference, and Management**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. **Anais...**2020.

PALERMO, T. M.; VALRIE, C. R.; KARLSON, C. W. Family and parent influences on pediatric chronic pain: A developmental perspective. **American Psychologist**, v. 69, n. 2, 2014.

- PANCEKAUSKAITĖ, G.; JANKAUSKAITĖ, L. **Paediatric pain medicine: Pain differences, recognition and coping acute procedural pain in paediatric emergency room. Medicina (Lithuania)**, 2018.
- PIERETTI, S. et al. Gender differences in pain and its relief. **Annali dell'Istituto Superiore di Sanita**, v. 52, n. 2, 2016.
- QUAYE, A. A. et al. Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 23–24, p. 4525–4537, 2019.
- RAGNARSSON, S. et al. **Recurrent Pain and Academic Achievement in School-Aged Children: A Systematic Review. Journal of School Nursing**, 2020.
- RAJA, S. N. et al. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, 2020a.
- RAJA, S. N. et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976–1982, set. 2020b.
- ROSSETTINI, G. et al. **Context matters: the psychoneurobiological determinants of placebo, nocebo and context-related effects in physiotherapy. Archives of Physiotherapy**, 2020.
- SANTANA, J. M. DE et al. Pain curriculum for graduation in Physiotherapy in Brazil. **Revista Dor**, v. 18, n. 1, 2017.
- SEMINOWICZ, D. A.; MOAYEDI, M. The Dorsolateral Prefrontal Cortex in Acute and Chronic Pain. **Journal of Pain**, v. 18, n. 9, 2017.
- SOLLERHED, A. C.; ANDERSSON, I.; EJLERTSSON, G. Recurrent pain and discomfort in relation to fitness and physical activity among young school children. **European Journal of Sport Science**, v. 13, n. 5, 2013.
- STAHLSCHMIDT, L. et al. **Pain Self-Efficacy Measures for Children and Adolescents: A Systematic Review. Journal of Pediatric Psychology**, 2019.
- STEVENS, B. Revisions to the IASP definition of pain—What does this mean for children? **Paediatric and Neonatal Pain**, v. 3, n. 3, 2021.
- SWIGGUM, M.; JACOBSON, E.; WRISLEY, DI. **Embracing Our Role in the Prevention of Chronic Pain. Pediatric Physical Therapy**, 2021.
- TREEDE, R.-D. et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). **Pain**, v. 160, n. 1, p. 19–27, jan. 2019.

VAN TILBURG, M. A. L. et al. Psychosocial mechanisms for the transmission of somatic symptoms from parents to children. **World Journal of Gastroenterology**, v. 21, n. 18, 2015.

VELOSO, A. H. N.; VERONEZI, R. J. B. Levantamento georreferenciado de fisioterapeutas no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021.

VENTURINE, J. S. et al. Overview of curricula about pain in physical therapist education programs in Brazil: A faculty survey. **Physical Therapy**, v. 98, n. 11, 2018.

WICKSELL, R. K.; OLSSON, G. L.; HAYES, S. C. Mediators of change in Acceptance and Commitment Therapy for pediatric chronic pain. **Pain**, v. 152, n. 12, 2011.

WOOLNOUGH, L. U. et al. The relationships of kinesiophobia and physical function and physical activity level in juvenile idiopathic arthritis. **Pediatric Rheumatology**, v. 20, n. 1, p. 73, 1 set. 2022.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 510/16 – Conselho Nacional da Saúde

O(a) senhor(a) está sendo CONVIDADO(A) a participar, como VOLUNTÁRIO(A), da pesquisa intitulada "Crenças e percepções de profissionais de saúde brasileiros sobre dor na criança", a qual se trata de um estudo observacional conduzido pela Profa. Dr^a Josimari Melo de Santana, coordenadora do Laboratório de Pesquisa em Neurociência (LAPENE) da Universidade Federal de Sergipe.

De antemão, esclarecemos que você tem TOTAL AUTONOMIA para participar desta pesquisa. Assim, não haverá qualquer tipo de transtorno caso você não aceite. Esclarecemos que o estudo tem como objetivo: 1) Investigar as crenças nos profissionais de saúde brasileiros sobre dor em crianças; 2) Identificar as características sociodemográficas que mais podem influenciar atitudes e crenças de profissionais de saúde sobre dor em crianças; 3) Comparar os achados em diferentes profissionais de saúde; 4) Analisar as percepções e perspectivas dos profissionais de saúde no manejo da dor infantil; 5) Investigar a relação de tempo de atuação com nível de crenças sobre dor em crianças.

A coleta dos dados dos participantes será feita por meio de QUESTIONÁRIO ONLINE (Link: <https://forms.gle/RvC5gN1jqpEgmAmB6>), o qual será divulgado nas mídias sociais por meio de aplicativos multiformas de mensagem instantânea para smartphones. Os benefícios esperados para você e demais voluntários se dá uma vez que vocês poderão contribuir com o avanço da ciência, principalmente no que condiz a maximizar o acesso ao mapeamento das crenças dos profissionais de saúde brasileiros sobre a dor nas crianças, dessa forma, entendendo as perspectivas dos profissionais, identificando e informando os desafios práticos para explorar melhores estratégias de implementação do serviço no futuro.

A Resolução CNS nº 510/2016 define RISCO da pesquisa como “a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente, entretanto, nossa avaliação só trará riscos caso você tenha sensibilidade ao teor de qualquer pergunta feita neste questionário. Os procedimentos realizados oferecem riscos mínimos, como o de constrangimento durante a aplicação do questionário, não há nenhum método invasivo na obtenção dos dados e há utilização de um ambiente confortável e livre de interrupções quando estiver respondendo o formulário. Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa.

Também os pesquisadores supracitados assumem o compromisso de proporcionar informações atualizadas obtidas durante a realização do estudo, em formato acessível

ao grupo ou população que foi pesquisada. Caso precise da retirada do consentimento, o voluntário poderá se recusar a responder ou retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem qualquer prejuízo. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, o participante terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário. Caso o(a) participante sofra algum dano realmente decorrente dessa pesquisa, os pesquisadores garantem indenizá-lo com um valor de R\$ 10,00 (dez reais). Os voluntários terão direito à privacidade, a identidade do participante não será divulgada, porém os voluntários aceitarão o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser utilizados como fonte para elaboração de relatos científicos e sua posterior publicação, em forma de livro e/ou artigo. O presente termo encontra-se em duas vias, sendo enviado para o e-mail do participante da pesquisa, e a outra ficará nas respostas do pesquisador responsável. Os participantes receberão uma via deste Termo assinado eletronicamente por todos os envolvidos (participantes e pesquisadores).

Caso você concorde em participar da presente pesquisa, assine digitalmente ao final desta página e não se esqueça de SALVAR UMA CÓPIA DESTE TERMO, a qual pode ser ASSINADA DIGITALMENTE PELA PESQUISADORA RESPONSÁVEL. É importante que você tenha esse termo em mãos para quaisquer necessidades futuras. Para as questões relacionadas a este estudo, não hesite em solicitar esclarecimentos por meio do e-mail lapene.ufs@yahoo.br

Sobre o CEP UFS: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com “munus público”, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses do sujeito da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Normas e Diretrizes regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Res. CNS 466/12). Para entrar em contato com o CEP responsável por esta pesquisa acesse o endereço eletrônico: <http://cep.ufs.br/pagina/2160>. O CEP UFS tem seu contato por meio da Plataforma Brasil. Portanto, você pode mandar e-mail no endereço <http://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/centralSuporteNova/enviarEmail/enviarEmail.jsf> ou no endereço: Rua Cláudio Batista s/nº Bairro: Sanatório – Aracaju CEP: 49.060-110 – SE Contato por e-mail: cep@academico.ufs.br Telefone e horários para contato: (79) 3194-7208 – Segunda a Sexta-feira das 07 às 12h.

Declaro que li e concordo.

Assinatura do participante de pesquisa

Aracaju, ____/____/____

Flávia Diana Santos Figueredo Tel: (79)9 9933-8218
RG: 3696110-8 SSP/SE

Profa. Dra. Josimari Melo de Santana
RG: 1447145 SSP/SE

APÊNDICE 2

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS DOS FISIOTERAPEUTAS BRASILEIROS SOBRE DOR NA CRIANÇA

Identificação:

1.1 E-mail:

- (e-mail)

1.2 Antes da leitura do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), precisamos confirmar se o(a) senhor(a) preenche os critérios de elegibilidade, a saber: Critérios de inclusão: Ser fisioterapeuta. Critérios de exclusão: fisioterapeutas que não atendam pacientes da área da pediatria.

- Eu atendo criança;
- Eu não atendo criança;

2.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- Eu aceito o TCLE;
- Eu não aceito o TCLE;

Identificação

3.1 Nome completo

- (Descritiva/ resposta curta)

3.2 Em qual estado você atua profissionalmente?

- (Colocar todos os estados/ lista suspensa)

3.3 Em qual cidade você atua profissionalmente?

- (Descritiva/ resposta curta)

3.4 Há quanto tempo você atua na área?

- Menos de 1 ano;
- Entre 1 e 4 anos;
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos.

3.5 Você tem quanto tempo de formado?

- Menos de 1 ano;
- Entre 1 e 4 anos;
- Entre 5 e 10 anos
- Mais de 10 anos.

3.6 Você faz parte de alguma associação e/ou sociedade profissional?

- Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN);
- Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR);
- Associação Brasileira de Fisioterapia Traumató-Ortopédica (ABRAFITO);
- Não faço parte de nenhuma.
- Outro _____.

3.7 Você faz atendimento de crianças com dor crônica?

- Sim
- Não

3.8 Qual faixa etária da população pediátrica que você costuma atender? (pode ter mais de uma resposta)

- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- 5 anos
- 6 anos
- 7 anos
- 8 anos
- 9 anos
- 10 anos
- 11 anos
- 12 anos

3.9 Com qual frequência você costuma atender crianças?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensalmente
- Anualmente

3.10 Seus atendimentos são fornecidos em serviços: (pode ter mais de uma resposta)

- Privado por convênio
- Privado de forma particular
- Público

- Clínica particular
- Hospital
- Programa de pós-graduação
- Não faço atendimento
- Outro _____.

3.11 Com relação a sua formação: (pode ter mais de uma resposta)

- Tenho título de especialista em neurofuncional pelo COFFITO
- Tenho curso de especialização lato senso em pediatria ou saúde da criança
- Tenho título de mestrado com dissertação em pediatria ou na área de saúde da criança
- Tenho título de doutorado com tese em pediatria ou na área de saúde da criança
- Não tenho nenhuma formação específica na área de pediatria ou saúde da criança
- Outro _____.

Dor: É uma experiência sensitiva e emocional desagradável, associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial.

Definição de dor pela Associação Internacional para o estudo da dor (IASP).

4.1 É normal a criança sentir dor;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.2 A lesão estrutural tem relação de causalidade com a dor;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.3 A escolha das estratégias de avaliação da dor na criança depende da faixa etária;

- Discordo totalmente

- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.4 A escolha das estratégias de tratamento da dor na criança depende da faixa etária;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.5 Intensidade de dor está diretamente associada com lesão;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.6 Dor tem uma causa a ser encontrada;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.7 Dor aguda é um sinal de alerta do organismo;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.8 Dor crônica é considerada uma doença;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.9 Crianças com dor crônica podem apresentar alteração de fatores psicossociais;

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.10 Quando a criança é avaliada por um profissional de saúde, basta o relato dos pais ou dos responsáveis.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.11 Criança com dor crônica tem mais chance de ser um adulto com dor crônica.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.12 Criança que tem pais com dor crônica tem mais chance de ter dor crônica.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4.13 O manejo da criança com dor aguda ou crônica é parecido.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Atividade Física/ Funcionalidade: Atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia. Organização Mundial da Saúde (OMS)

Qualidade do que desempenha corretamente a função para a qual foi desenvolvido.

5.1 Quando a criança sente dor, deve ser liberada da atividade física na escola.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

5.2 Ao sentir dor, a atividade física deve ser abolida.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

5.3 Atividade física é benéfica para a saúde geral de crianças sem dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

5.4 Atividade física é benéfica para crianças com dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

5.5 Mesmo com dor crônica, a criança pode ser funcional.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente

- Concordo totalmente

5.6 Quando há presença de dor, a criança deve se manter em repouso.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

5.6A presença de dor implica que a criança precisa se exercitar mais.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Fatores Psicossociais: Observação: A catastrofização é uma distorção da realidade em que a pessoa é pessimista e negativa em relação a uma situação que aconteceu ou que vai acontecer, sem ter em consideração outros possíveis desfechos.

6.1 As emoções influenciam a dor da criança.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.2 Sentir raiva/tristeza pode aumentar a dor na criança.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.3 Os meninos sentem menos dor que as meninas.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente

- Concordo totalmente

6.4 É recomendado que a criança vá para a escola mesmo se estiver sentindo dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.5 Ficar com a família é bom quando a criança está com dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.6 Presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.6 Catastrofização dos pais interfere na dor da criança.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.7 Avaliar se a criança apresenta catastrofização/ medo do movimento é importante.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.8 Medo do movimento é frequente em crianças que sentem dor.

- Discordo totalmente

- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

6.9 A presença de medo do movimento modifica a intervenção do fisioterapeuta para o manejo da dor da criança.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Comportamento das crianças e dos pais: Observação: Autoeficácia designa em psicologia a convicção de uma pessoa de ser capaz de realizar uma tarefa específica.

7.1 Crianças não têm como manejar a dor sozinhas.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7.2 Quando a criança sente dor, não deve fazer a tarefa escolar ou ajudar nas tarefas domésticas.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7.3 Atitudes da criança perante a dor podem interferir na sua modulação.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7.4 Ao sentir dor, a família deve tratar melhor a criança.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7.5 É válido fazer outras atividades para distrair a criança que está sentindo dor.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7.6 A reação dos pais/responsáveis ao verem a criança com dor interfere na sua modulação.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

7.7 Os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Profissionais de saúde/ Relatos dos profissionais de saúde/ Capacitação profissional:

8.1 Somente os profissionais de saúde podem manejar a dor da criança.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

8.2 A relação terapeuta e paciente pode mudar o desfecho da dor na criança.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

8.3 O manejo da dor crônica em crianças é satisfatório no Brasil.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

8.4 Qual(is) atividade(s) que seus pacientes pediátricos com dor crônica têm mais dificuldade de realizar? (pode ter mais de uma resposta)

- Não tenho paciente com dor crônica
- Subir e descer escadas;
- Saltar;
- Correr;
- Sentar e levantar;
- Brincar no parquinho;
- Atividades da escola;
- Se alimentar;
- Praticar algum esporte;
- Outros:_____.

8.5 O que poderia ser feito para melhorar a abordagem, a avaliação e o tratamento da dor em crianças?

- (Texto de resposta longa)

8.6 Quais diagnósticos/disfunções estão mais presentes nas crianças que você atende? (pode ter mais de uma resposta)

- Síndrome de Down
- Paralisia cerebral
- Osteogênese imperfeita
- Doenças cardiorrespiratórias

- Câncer
- Displasia do desenvolvimento do quadril
- Trauma
- Fratura
- Infecções bacterianas
- Outro:_____.

8.7 Durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre o manejo/ tratamento da dor crônica em crianças?

- Sim
- Não

8.8 Durante a graduação, você recebeu aulas/ palestras sobre crenças na dor crônica?

- Sim
- Não

8.9 Você sente a necessidade ou gostaria de receber capacitação específica sobre dor em crianças? Responda em uma escala de 0 -10, sendo 0 nenhuma necessidade e 10 muita necessidade.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

8.10 Teria disponibilidade para participar de uma pesquisa qualitativa frente a esse assunto? Se sim deixe o seu número para contato por favor

- (Texto de resposta longa)

APÊNDICE 3

RESULTADOS DAS ASSOCIAÇÕES SIGNIFICATIVAS DO TESTE QUI-QUADRADO DE PERSON OU TESTE EXATO DE FISHER

No caso da afirmação 'É recomendado que a criança vá para a escola, mesmo se estiver sentindo dor', verificamos associação com o tempo de formação acadêmica ($p=0,014$, $r=22,67$) e o tempo de atuação na área de pediatria ($p=0,016$, $r=22,48$) (tabela 1).

Tabela 1. Associação entre a afirmação se é recomendo que a criança vá para a escola mesmo se estiver sentindo dor e características sociodemográficas e características profissionais.

Variável	É recomendo que a criança vá para a escola mesmo se estiver sentindo dor	
	χ^2	p
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	18,28	0,536
Faz atendimento em crianças com dor crônica	4,26 ^a	0,391
Estados brasileiros de atuação	118,43	0,168
Forma de atendimentos fornecidos	13,18	0,074
Formações complementares na área pediátrica	18,28	0,061
Frequência de atendimento	8,81	0,711
Regiões brasileiras de atuação	22,81	0,066
Sexo	3,19 ^a	0,527
Tempo de formação acadêmica	22,67	0,014*
Tempo de atuação na área pediátrica	22,48	0,016*

χ^2 = Teste de qui-quadrado de person ou Teste de Fisher's Exact; Associação significativa= *: $p<0,05$.

^a = valor do teste qui-quadrado.

Na afirmação 'presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente', obtive associação através do teste exato de Fisher ($p=0,037$), em fisioterapeutas que fazem parte ou não de alguma associação ou sociedade profissional (Tabela. 2). Além disso, em outras afirmações, verificamos associações com esse mesmo público, a exemplo de: 'somente os profissionais de saúde podem manejar a dor da criança' ($p=0,033$) na tabela 3 e a frase 'é válido fazer outras atividades para distrair a criança que está sentindo dor' ($P=0,041$). Além disso, essa frase também obteve associação com o sexo dos fisioterapeutas ($P=0,001$) na tabela 4.

Tabela 2. Associação entre a afirmação presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente e características sociodemográficas e características profissionais.

Variável	Presença de catastrofização na criança interfere nos possíveis desfechos da evolução do paciente	
	χ^2	p
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	23,40	0,037*
Faz atendimento em crianças com dor crônica	6,74 ^a	0,081
Estados brasileiros de atuação	72,64	0,959
Forma de atendimentos fornecidos	3,15	0,773
Formações complementares na área pediátrica	2,76	0,977
Frequência de atendimento	5,93	0,708
Regiões brasileiras de atuação	6,90	0,853
Sexo	2,09 ^a	0,550
Tempo de formação acadêmica	8,19	0,461
Tempo de atuação na área pediátrica	8,18	0,457

χ^2 = Teste de qui-quadrado de person ou Teste de Fisher's Exact; Associação significativa= *: p<0,05.
^a = valor do teste qui-quadrado.

Tabela 3. Associação entre a afirmação somente os profissionais de saúde podem manejar a dor da criança e características sociodemográficas e características profissionais.

Variável	Somente os profissionais de saúde podem manejar a dor da criança	
	χ^2	p
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	28,47	0,033*
Faz atendimento em crianças com dor crônica	5,04 ^a	0,284
Estados brasileiros de atuação	98,75	0,413
Forma de atendimentos fornecidos	3,24 ^a	0,927
Formações complementares na área pediátrica	9,15	0,627
Frequência de atendimento	14,31	0,203
Regiões brasileiras de atuação	14,99	0,464
Sexo	4,94 ^a	0,282
Tempo de formação acadêmica	16,33	0,142
Tempo de atuação na área pediátrica	10,92	0,514

χ^2 = Teste de qui-quadrado de person ou Teste de Fisher's Exact; Associação significativa= *: p<0,05.
^a = valor do teste qui-quadrado.

Tabela 4. Associação entre a afirmação é válido fazer outras atividades para distrair a criança que está sentindo dor e características sociodemográficas e características profissionais.

Variável	É válido fazer outras atividades para distrair a criança que está sentindo dor	
	χ^2	p
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	28,96	0,041*
Faz atendimento em crianças com dor crônica	3,05 ^a	0,585
Estados brasileiros de atuação	109,11	0,783
Forma de atendimentos fornecidos	9,86	0,211
Formações complementares na área pediátrica	12,89	0,285
Frequência de atendimento	10,49	0,497
Regiões brasileiras de atuação	16,52	0,297
Sexo	29,81 ^a	0,001*
Tempo de formação acadêmica	11,38	0,421
Tempo de atuação na área pediátrica	11,55	0,405

χ^2 = Teste de qui-quadrado de person ou Teste de Fisher's Exact; Associação significativa= *: p<0,05.
^a = valor do teste qui-quadrado.

Examinamos a associação da frase 'quando a criança sente dor, não deve fazer a tarefa escolar ou ajudar nas tarefas domésticas' com as variáveis independentes e foi encontrada associação (p=0,028) com as regiões brasileiras (Tabela.5).

Tabela 5. Associação entre a afirmação quando a criança sente dor, não deve fazer a tarefa escolar ou ajudar nas tarefas domésticas e características sociodemográficas e características profissionais.

Variável	Quando a criança sente dor, não deve fazer a tarefa escolar ou ajudar nas tarefas domésticas	
	χ^2	p
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	19,68	0,347
Faz atendimento em crianças com dor crônica	6,30 ^a	0,181
Estados brasileiros de atuação	104,59	0,394
Forma de atendimentos fornecidos	5,06	0,741
Formações complementares na área pediátrica	11,10	0,419
Frequência de atendimento	8,63	0,669
Regiões brasileiras de atuação	24,94	0,028*
Sexo	1,54 ^a	0,828
Tempo de formação acadêmica	13,08	0,313

Tempo de atuação na área pediátrica	11,93	0,404
-------------------------------------	-------	-------

χ^2 = Teste de qui-quadrado de person ou Teste de Fisher's Exact; Associação significativa= *: $p < 0,05$.
^a = valor do teste qui-quadrado.

Em relação às regiões e estados brasileiros de atuação dos fisioterapeutas encontramos associação com a variável dependente que 'ao sentir dor, a família deve tratar melhor a criança' ($P=0,04$) (Tabela. 6). Na tabela 7, ainda sobre as regiões brasileiras, foi verificada associação com a frase 'Os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma' ($P=0,027$).

Tabela 6. Associação entre a afirmação ao sentir dor, a família deve tratar melhor a criança e características sociodemográficas e características profissionais.

Variável	Ao sentir dor, a família deve tratar melhor a criança	
	χ^2	p
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	21,30	0,260
Faz atendimento em crianças com dor crônica	2,98 ^a	0,560
Estados brasileiros de atuação	109,37	0,039*
Forma de atendimentos fornecidos	10,42 ^a	0,235
Formações complementares na área pediátrica	11,38	0,436
Frequência de atendimento	8,10	0,760
Regiões brasileiras de atuação	32,73	0,004*
Sexo	2,26 ^a	0,708
Tempo de formação acadêmica	9,76 ^a	0,643
Tempo de atuação na área pediátrica	8,60 ^a	0,744

χ^2 = Teste de qui-quadrado de person ou Teste de Fisher's Exact; Associação significativa= *: $p < 0,05$.
^a = valor do teste qui-quadrado.

Tabela 7. Associação entre a afirmação os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma e características sociodemográficas e características profissionais.

Variável	Os pais devem acreditar que a criança com dor consegue cuidar de si mesma	
	χ^2	p
Faz parte de alguma associação e/ou sociedade	13,65	0,835
Faz atendimento em crianças com dor crônica	1,14 ^a	0,895
Estados brasileiros de atuação	94,44	0,424
Forma de atendimentos fornecidos	9,23 ^a	0,324
Formações complementares na área pediátrica	12,87	0,309

Frequência de atendimento	8,46	0,737
Regiões brasileiras de atuação	26,60	0,027*
Sexo	5,30 ^a	0,260
Tempo de formação acadêmica	7,33 ^a	0,841
Tempo de atuação na área pediátrica	7,87 ^a	0,803

χ^2 = Teste de qui-quadrado de person ou Teste de Fisher's Exact; Associação significativa= *: $p < 0,05$.
^a = valor do teste qui-quadrado.