



Clarissa Madureira  
Moreira **Impacto da lombalgia na  
qualidade de vida relacionada  
com a saúde: Projeto SPLIT.**

Dissertação de Mestrado em Fisioterapia Relatório  
de Projeto de Investigação

**ORIENTADOR**

**Professor Doutor Eduardo Cruz**

30 junho 2019

Relatório do Projeto de Investigação apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Fisioterapia, área de especialização em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Eduardo Cruz e coorientação do Professor Diogo Pires.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

---

Setúbal de de 2019.

Declaro que este Relatório de Projeto de Investigação se encontra em condições de ser apresentado a provas públicas.

O (A) Orientador (a),

---

Setúbal de de 2019.

## AGRADECIMENTOS

“E aprendi que se depende sempre  
De tanta, muita, diferente gente  
Toda pessoa sempre é as marcas  
das lições diárias de outras tantas pessoas.  
É tão bonito quando a gente entende  
Que a gente é tanta gente  
Onde quer que a gente vá.  
É tão bonito quando a gente sente  
Que nunca está sozinho  
Por mais que pense estar...” (Caminhos do coração – Gonzaguinha.)

Em primeiro lugar, não posso deixar agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Cruz pelo exemplo de profissional, por todos os ensinamentos e exigência para comigo: o meu muito obrigada.

Ao meu coorientador Diogo Pires por toda disponibilidade, partilha de conhecimento e pela paciência.

Aos meus pais, pelos valores, educação e amor. Vocês que muitas vezes renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar os meus, hoje a alegria é grande. Aos meus irmãos, por serem tão presentes, pelo incentivo, força e por tanto amor. A minha Avó Neildes (*in memoriam*), como ficaria feliz... Ao meu primo Moysés, pelos ensinamentos e pelo exemplo de homem a ser seguido, você é fera e a minha Tia Clê, pela alegria e amor.

Aos irmãos que a vida me deu e que o meu coração escolheu: Frederico Baptista, não tenho palavras para descrever a grandiosidade da sua importância neste processo todo: pelos ensinamentos, confiança e conselhos. Sou eternamente grata, maninho! A Anna Luísa Pereira, pela amizade, carinho e pelas orações, sem vocês teria sido muito mais difícil.

Ao meu marido, parceiro de todas as horas, por sonhar junto comigo, pelos conselhos, pela paciência e por tanto amor.

## RESUMO

### **Impacto da Lombalgia na qualidade de vida relacionada com a saúde: Projeto SPLIT**

**Clarissa Moreira**

**PALAVRAS-CHAVE:** Lombalgia; qualidade de vida relacionada com a saúde; incapacidade funcional; intensidade da dor.

**Objetivos:** Caracterizar o impacto da Lombalgia (LB) nos diferentes domínios da qualidade de vida relacionada com a saúde (EQ-5D-3L) de uma amostra populacional portuguesa e analisar as correlações entre intensidade da dor (END), incapacidade funcional (RMDQ) e a qualidade de vida desta amostra. A qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) foi comparada em diferentes momentos do tempo, entre os participantes com condição aguda e crónica, níveis de risco, géneros e escalões etários; além de identificar os fatores sociodemográficos e clínicos associados a QVRS.

**Métodos:** 138 participantes com LB, os quais foram selecionados a partir de 4 Unidades de Saúde Familiar da Arrábida, foram avaliados por uma equipa multidisciplinar composta por médicos e fisioterapeutas, nos meses de fevereiro e outubro de 2018. Foi realizada análise estatística através do programa *SPSS Statistics 25*. Testes estatísticos não-paramétricos foram aplicados para comparações das várias variáveis. Valores de  $p < ,05$  foram considerados estatisticamente significativos.

**Resultados:** Relativamente à caracterização sociodemográfica, a maioria dos participantes é do género masculino (55,3%), do escalão etário superior a 40 anos (38,8%). A média da dor END situa-se em 5.4 e a média do RMDQ é de 12.6. A maioria dos participantes apresentava LB Aguda (53,9%). A dor/ mal estar e a dificuldade na realização das atividades habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer), embora moderados, são os domínios da QVRS mais frequentemente reportados pelos participantes neste estudo. Em termos médios, as pessoas com LB Aguda apresentaram baixos níveis de QVRS no momento em que procuraram os cuidados de saúde. A evolução da QVRS foi estatisticamente significativa  $p \leq 0,05$ , nos 2 meses após a avaliação. Entre os 2 e 6 meses após avaliação, não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Foram identificadas as variáveis sociodemográficas e clínicas que influenciam a QVRS: as habilitações literárias e situação profissional foram associadas de forma significativa à baixa QVRS. As pessoas com LB Aguda e que tomam medicação apresentaram pior QVRS.

**Conclusões:** Os nossos resultados demonstram que as pessoas que procuram os cuidados de saúde com lombalgia aguda e que estão a tomar medicação tem, em média, um índice de qualidade de vida relacionada com a saúde baixo quando comparado com a estimativa deste índice, para a população geral portuguesa. Foi também observada uma forte associação negativa entre o índice (EQ-5D) e a RMDQ, indicando que maiores níveis de incapacidade estão associados a menor QVRS. As pessoas com educação básica ou inferior e inativas (desempregadas, reformadas ou incapazes de devido ao seu problema) tem maior probabilidade de reportar baixa QVRS.

## ABSTRACT

### **Impact of low back pain on health-related quality of life in a sample of**

**Clarissa Moreira**

**KEY WORDS:** Lumbar Pain; health-related quality of life; functional disability; intensity of pain.

**Objectives:** To characterize the impact of low back pain in the different domains of health-related quality of life (EQ-5D-3L) of a Portuguese population sample and to analyze the correlations between pain intensity (END), functional disability (RMDQ), quality of life of this sample. HRQoL was compared at different points in time between participants with acute and chronic conditions, risk levels, genders and age groups; in addition to identifying sociodemographic and clinical factors associated with HRQoL.

**Methods:** 138 participants with (LBP), who were selected from four Arrábida Family Health Units, were evaluated by a multidisciplinary team composed of physicians and physiotherapists, in the months of February and October 2018. A statistical analysis was performed through the program SPSS Statistics 25. Non-parametric statistical tests were applied for comparisons of the various variables. Values of  $p < .05$  were considered statistically significant.

**Results:** Concerning the sociodemographic characterization, the majority of the participants are male (55.3%), aged over 40 (38.8%). The mean of the END pain is 5.4 and the average of the RMDQ is 12.6. The majority of the participants presented acute LBP (53.9%). The pain / discomfort and difficulty in carrying out usual activities (eg work, studies, domestic activities, family or leisure activities), although moderate, are the domains of HRQoL most frequently reported by the participants in this study. On average, people with LBP had poor HRQL at the time they sought health care. The evolution of HRQoL was statistically significant  $p \leq 0.05$ , in the 2 months after the baseline assessment. Between 2 and 6 months after baseline assessment, there were no statistically significant differences. Literary skills and professional status were independently associated with poor HRQoL. People with acute LBP and taking medication had worse HRQL.

**Conclusions:** Our results suggest that people seeking health care with acute low back pain who are taking medication have, on average, a low health-related quality of life index when compared with the estimate of this index for the Portuguese general

population. A strong negative association between the index (EQ-5D) and the RMDQ was also observed, indicating that higher disability levels are associated with lower HRQoL. People with basic or lower education and inactive (unemployed, retired or incapacitated due to their problem) who are most likely to report low HRQoL.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. METODOLOGIA.....	18
2.1 Tipo de estudo.....	18
2.2 Participantes.....	18
2.3 Recrutamento da Amostra.....	19
2.4 Instrumentos.....	19
2.4.1 Questionário de Caracterização Sócio Demográfica e Clínica .....	19
2.4.2 EuroQol--5D - Qualidade de vida relacionada a saúde.....	19
2.4.3 Escala Numérica da Dor (END).....	22
2.4.4 Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ).....	23
2.5 Procedimentos de recolha de dados .....	23
2.6 Análise dos dados .....	24
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	25
3.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra .....	27
3.2 Análise da QVRS em diferentes subgrupos da amostra na <i>baseline</i> .....	29
3.3 Correlação entre RMDQ, END e QVRS.....	30
3.4 Evolução da QVRS em diferentes momentos do tempo.....	30
3.5 Fatores associados a baixa QVRS.....	33
4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	34
CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
APÊNDICE 1 – FOLHETO INFORMATIVO.....	46
APÊNDICE 2 – Questionário de caracterização Sócio Demográfica e Clínica.....	55
APÊNDICE 3 – Roland Morris Disability Questionnaire/ EQ - 5 D-3L.....	58
APÊNDICE 4 – Outputs do SPSS.....	63

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização Sociodemográficas.....	26
Tabela 2- Caracterização Clínica da amostra.....	26
Tabela 3- Pontuações no Sistema descritivo do EQ-5D-3L na baseline.....	28
Tabela 4- Índice (EQ-5D) e (EQ-VAS)- T0 (Avaliação).....	30
Tabela 5- Correlações de Spearman em T0.....	31
Tabela 6- Evolução do índice (EQ-5D) e (EQ-VAS).....	31
Tabela 7- Evolução do EQ-5D-3L.....	32
Tabela 8- Evolução da qualidade de vida.....	32
Tabela 9- Regressão Logística: qualidade de vida aos 2 e 6 meses.....	33

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma do Estudo.....	24
-------------------------------------	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

DRM- Doenças reumáticas músculo-esqueléticas

EQ-5D-3L – *European Quality of Life questionnaire five dimensions three levels*

END- Escala Numérica da dor

GBD- *Global Burden of disease*

LB- Lombalgia

LBA- Lombalgia Aguda

LBC- Lombalgia Crónica

MG&F- Medicina Geral e Familiar

MI- Membros Inferiores

QALY- *Quality adjuste of life years*

QDV- Qualidade de Vida

QVRS- Qualidade de vida relacionada com a saúde

RMDQ- *Roland Morris Disability Questionnaire*

USF- Unidades de Saúde Familiar

## 1. INTRODUÇÃO

A Lombalgia (LB) é definida como dor/ desconforto localizada entre a margem pósteroinferior da caixa torácica e as pregas glúteas, com ou sem dor referida para o membro inferior (Airaksinen et al., 2006). A LB é considerada uma condição multifatorial e, comumente, apresenta-se sem uma causa conhecida em cerca de 85% a 95% dos casos (Krismer & Van Tulder, 2007). Assim, na maioria dos casos, a LB é considerada de origem não específica pelo facto de não existir evidência de uma patologia e/ ou causa subjacente a que se possa atribuir de forma direta a origem dos sintomas (Airaksinen et al., 2006; Krismer & Van Tulder, 2007; Kent & Keating, 2008; Costa et al., 2009, Verker et al., 2011). Por sua vez os casos de LB aos quais se pode atribuir uma origem específica, ou seja, quando é causada por um mecanismo fisiopatológico conhecido, são relativamente raros estando presentes em apenas 5 a 15% dos casos (Krismer & Van Tulder, 2007).

A LB pode ser ainda classificada de acordo com a sua duração: aguda quando a sua duração não ultrapassa as seis semanas; subaguda quando apresenta uma duração entre as seis e as doze semanas; ou crónica se perdurar há mais de doze semanas (Gouveia et al., 2015; Deyo et al., 2012; Manchikanti et al., 2009; Treede et al., 2008). O curso clínico da LB (aguda) é inicialmente favorável, ou seja, caracteriza-se por uma redução marcada na intensidade da dor e incapacidade funcional nas primeiras 6 semanas após o início do episódio, independentemente do tipo de tratamento que possa ser realizado (Costa et al., 2012). Contudo, e após as 6 semanas, a progressão na melhoria dos sintomas é incerta e variável, sendo que 10 a 15% dos indivíduos continuam a reportar dor persistente e incapacitante 12 meses após o primeiro episódio de dor (Hestbaek, Leboeuf-Yde & Manniche, 2003) e desenvolvem uma condição crónica ou recorrente (Diamond & Borenstein, 2006).

Esta condição de saúde é um problema transversal a todos os países desenvolvidos sendo a condição mais comumente tratada nos cuidados de saúde a nível global (Koes et al., 2010). Na população global, a prevalência da LB com limitação funcional foi, em 2015, de 7,3%, implicando que 540 milhões de pessoas sejam afetadas em algum momento da vida (Hartvignen et al., 2018). A sua incidência é mais alta na terceira década e a prevalência geral aumenta com a idade até ao grupo etário de 60 a 65 anos, declinando gradualmente a partir desta idade (Hoy et al., 2010). Esta condição parece

afetar igualmente os dois géneros até aos 60 anos de idade, embora após esta idade, seja mais predominante no género feminino (Krause et al., 2004).

A análise sistemática realizada pela “Global Burden of Disease (GBD) 2015” destacou recentemente que a LB é a condição músculo-esquelética com maior impacto a nível global, devido à combinação entre a sua elevada prevalência e a incapacidade associada (Global Burden of Disease, 2016). De acordo com este estudo, a LB encontra-se entre as cinco principais causas de incapacidade ajustada aos anos de vida (*DALYs - disability-adjusted life years*), juntamente com doença cardíaca isquémica, infeções do foro respiratório inferior, doença cerebrovascular e acidentes rodoviários (Murray et al., 2013).

A nível socioeconómico a LB é uma condição com elevado impacto (Ladeira, 2011; Thelin, Holmberg & Thelin, 2008). Embora os custos associados à LB variem em diferentes países, o impacto social e económico é reconhecido mundialmente (Dagenais, Caro & Haldeman, 2008). Na Europa, esta condição é a causa mais comum de baixa médica e reforma antecipada (Hartvigsen et al., 2018), embora os dados existentes relativos aos vários países europeus sejam bastante variáveis. Num estudo realizado na Holanda, 28% das pessoas com LB apresentavam restrições na sua atividade, 42% receberam assistência médica, 23% ficaram em casa, 8% receberam uma pensão por incapacidade e 6% mudaram de atividade profissional ou tiveram que se adaptar a novos locais de trabalho (Rik op de Beeck & Hermans, 2000). Em França, a LB representa 2,5% da prescrição de medicamentos, 8% dos exames radiológicos e 30% em intervenções de Fisioterapia. Da mesma forma, nos EUA a LB é responsável por mais dias de trabalho perdidos do que qualquer outra condição do foro músculo-esquelético (Hartvigsen et al., 2018).

Um estudo epidemiológico em Portugal de base populacional para avaliação de doenças reumáticas- EpiReuma, que integrou 10 661 participantes, estimou a LB como a condição músculo-esquelética mais prevalente com 26,4% (95% IC 23,3% a 29,5%) (Branco et al., 2015). A partir dos dados deste projeto foi também desenvolvido outro estudo com o objetivo de determinar a prevalência da LB Crónica (LBC) “ativa” (presente no dia da entrevista e na maioria do tempo durante pelo menos 90 dias) na população adulta portuguesa. Este estudo mostrou que 10,4 % (95% IC 9.6; 11.9%) dos participantes apresentavam LBC ativa, sendo ainda reportado que esta condição estava associada a maiores níveis de incapacidade ( $\beta = 0,35$ ,  $p < 0,001$ ), diminuição da

qualidade de vida, ansiedade (OR 2,77,  $p < 0,001$ ) e sintomas depressivos (OR 2,18,  $p < 0,001$ ) (Gouveia et al., 2015). No mesmo sentido, a já referida iniciativa GBD identificou também a LB como a principal causa dos anos vividos com incapacidade em Portugal, com um aumento de 13% entre 1999 e 2013 (Global Burden of Disease, 2016).

Em suma, a LB é a principal causa de incapacidade a nível global acarretando custos significativos para os indivíduos, cuidadores, sistemas de saúde e respetivas economias (Hoy et al., 2010). Esta condição representa um impacto substancial em múltiplos domínios da saúde afetando igualmente as interações do indivíduo com o meio sociocultural. Nesses casos, é comum observar uma diminuição no nível das atividades desportivas, dias perdidos no trabalho ou diminuição da vida social (Ocarino et al., 2009) pelo que a qualidade de vida relacionada com a saúde está potencialmente afetada nesta população.

Os estudos que analisam a qualidade de vida para compreender o impacto de uma determinada condição de saúde apresentam resultados de interesse sobre o indivíduo que vão para além das avaliações meramente clínicas, que estão especialmente direcionadas para a doença e oferecem informações baseadas em sinais e sintomas que podem até apresentar um interesse relativo na vida diária do indivíduo (Santos-Eggimann et al., 2000). Desta forma, à medida que o constructo qualidade de vida se afasta do pensamento médico tradicional, voltado para resultados puramente clínicos, acrescenta informações importantes a respeito da saúde e da doença. A avaliação da qualidade de vida, mais do que uma descrição sobre o estado geral do indivíduo, é uma avaliação minuciosa a respeito de como este percebe e reage perante a sua condição de saúde, além de outros aspetos da sua vida (Santos-Eggimann et al., 2000).

Nos contextos de saúde, vários autores (Fleck, 2008; Pais-Ribeiro, 2009) apontam para duas tendências: o uso do termo qualidade de vida (QDV) como um conceito mais genérico, e qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), como um conceito mais específico. No primeiro caso, a definição apresenta uma visão mais ampla, sem fazer alusão especificamente à saúde/doença e, no segundo caso, a QVRS depende ou está relacionada com a condição de saúde que o indivíduo tem e a forma como lida com a mesma (Pais- Ribeiro, 2009). Mais especificamente, a QVRS traduz a perceção do indivíduo quanto à sua saúde, bem-estar e funcionalidade, incluindo as vertentes física, psicológica, social e de autonomia.

O conceito de QVRS é relativamente recente, surgiu na década de 90 e representa atualmente, na área de saúde, uma grande área de investigação (Canavarro et al., 2010; Meneses, Ribeiro & Silva, 2002; Pais-Ribeiro, 2009; Tüzün et al., 2010). Atualmente a QVRS constitui uma importante variável na elaboração de políticas de cuidados de saúde, na efetividade das intervenções ou em estudos epidemiológicos (Simões et al., 2010).

Os instrumentos que avaliam a QVRS, na prática, consistem em perguntas que são agrupadas em grandes domínios teóricos ou dimensões da vida e podem referir-se às áreas psicológicas, físicas, sociais (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013) e ambientais (Pereira et al., 2006). De forma geral, a QVRS tem sido avaliada através de instrumentos genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos avaliam várias dimensões, ou domínios, e permitem comparações entre condições de saúde. Já os instrumentos específicos de avaliação de QVRS são separados por condições específicas, populações e parâmetros. No entanto, os questionários de QVRS específicos não permitem comparações entre condições distintas e avaliam apenas os domínios aos quais se propõem (Fleck, 2008). Considerando a importância crescente deste constructo no contexto da saúde, o desenvolvimento de estudos que avaliam o impacto da LB na QVRS tem sido cada vez mais frequente.

O estudo realizado por Kovacs et al. (2005a) teve por objetivo analisar a relação entre a dor (Escala Visual Analógica), incapacidade funcional (Questionário de *Roland Morris*) e QVRS (EuroQol-5D). Neste estudo, foram incluídas 195 pessoas que recorreram aos cuidados de saúde primários devido a LB tendo sido avaliados num primeiro momento e 15 dias após a primeira avaliação. Na avaliação inicial, a correlação entre dor e a QVRS foi de  $r=-0,442$  entre a incapacidade e o QVRS foi de  $r=-0,442$ . Após 15 dias, os valores de  $r$  de correlação foram de  $-0,672$  entre dor e a QVRS e  $-0,637$  entre a incapacidade e o QVRS. Modelos de regressão linear mostraram também que, no primeiro momento, as pontuações da dor e incapacidade explicaram apenas 27% das pontuações na medida de QVRS e que um aumento de 10% na medida de intensidade da dor estava relacionado com uma redução da QVRS em apenas 2,65%. Em primeiro lugar, estes dados suportam que a avaliação, por si só, da intensidade da dor não parece adequada para analisar o impacto da Lombalgia visto que as relações entre dor e QVRS foram apenas moderadas. Depois e tal como defendido pelos autores do estudo, não é apenas a dor e a incapacidade que determinam a qualidade de vida em utentes com LB

sendo que outros fatores, não relacionados com a condição, podem influenciar a QVRS, como fatores pessoais, familiares, ansiedade/depressão e/ou outros domínios. Desta forma, a avaliação de um constructo mais global como a QVRS parece de grande importância para avaliar o real impacto da LB nos múltiplos aspetos da saúde dos utentes com esta condição.

Por sua vez o estudo de Polo-Cruz et al. (2013) teve por objetivo comparar o nível de capacidade física (bateria de testes), incapacidade funcional (*Oswestry Disability Questionnaire* e o *Roland Morris Disability Questionnaire*) e QVRS (EuroQol-5D-3L) entre trabalhadores sedentários com LB subaguda não-específica e dados de referência para trabalhadores sedentários saudáveis. O estudo integrou 190 trabalhadores entre os quais 118 com Lombalgia subaguda e 72 controlos saudáveis. Os resultados revelaram que os sujeitos com LB apresentavam pontuações mais baixas na maioria dos testes de capacidade física como menores níveis de QVRS ( $p < 0.001$  em 4 das 5 dimensões do EuroQol-5D-3L) e maior incapacidade funcional relativamente ao grupo de trabalhadores saudáveis. Apesar da previsibilidade destes resultados, este estudo revelou ainda uma pobre relação entre os testes de capacidade física e a QVRS reforçando assim que uma avaliação do impacto da LB apenas numa perspetiva física pode ser bastante limitativa. Há ainda a destacar que mesmo para pessoas com LB com início recente (subaguda), o impacto nos domínios da depressão/ ansiedade, que tipicamente é associado a pessoas numa fase crónica, é já evidente.

No estudo de Schaller et al. (2015), os autores procuraram caracterizar o impacto da LB na QVRS bem como identificar a relação entre atividade física (AF) e QVRS em 412 pessoas com LB. Os resultados revelaram uma associação negativa entre e atividade física no local de trabalho e QVRS ( $\beta = -0,064$ ;  $p = 0,04$ ) mas uma associação positiva entre atividade física de lazer e QVRS ( $\beta = 0,068$ ;  $p = 0,01$ ). Este estudo mostrou ainda que uma percentagem relevante dos participantes apresentava problemas moderados (ou pior) nos domínios da mobilidade (51,3%), atividades diárias (62,6%) e depressão/ ansiedade (37%) devido à LB. Por fim, será também relevante destacar que variáveis com a idade, género, nível educacional, índice de massa corporal ou duração da LB não mostraram associação significativa com a QVRS. Pelo contrário, apenas as variáveis: intensidade da dor ( $\beta = 0.104$ ;  $p < 0,01$ ) e capacidade de trabalho atual ( $\beta = -0,030$ ;  $p < 0,01$ ) se relacionaram significativamente com a QVRS.

Também o já referido estudo que teve por base o projeto EpiReumaPt, realizado por Branco et al. (2015), analisou o impacto das várias doenças reumáticas e músculo-esqueléticas (DRM) na QVRS (EuroQol-5D-3L) bem como os fatores associados. Em primeiro lugar este estudo veio confirmar que pessoas com DRM, por comparação a pessoas sem DRM, apresentam níveis mais baixos de QVRS ( $\beta = -0,09$ ;  $p < 0,001$ ) e consomem mais recursos de saúde. Um aspeto relevante a retirar deste estudo é a comparação do entre as várias DRM relativamente à associação com pior QVRS. A destacar que a LB apresentou uma menor associação com pior QVRS ( $\beta = -0,07$ ;  $p < 0,001$ ) relativamente à artrite reumatoide ( $\beta = -0,13$ ;  $p = 0,001$ ) e fibromialgia ( $\beta = -0,10$ ;  $p < 0,001$ ) mas maior associação que a osteoartrose do joelho ( $\beta = -0,06$ ;  $p < 0,001$ ) e restantes DRM identificadas. Por se tratarem de dados de um estudo de base nacional, parece razoável afirmar que a LB é uma das condições de saúde do foro músculo-esquelético com maior impacto na QVRS em Portugal.

Apesar da crescente importância atribuída à avaliação da QVRS em pessoas com LB, continuam a persistir lacunas importantes nesta temática nomeadamente o conhecimento acerca do impacto nos diferentes domínios da QVRS, a existência de diferenças entre os indivíduos com LB em diferentes estágios da condição, bem como os potenciais fatores associados a diferentes níveis de QVRS. Diante destas limitações, mais investigação é necessária de forma a aprofundar o conhecimento sobre estes tópicos e colmatar as lacunas já referidas. Desta forma, o real impacto da LB na QVRS, nomeadamente num país como Portugal e nas pessoas que recorrem aos cuidados de saúde primários, devido a LB, carece de investigação de qualidade. Este conhecimento poderá ser determinante não só para ter a noção do impacto real desta condição de saúde como também para melhorar a organização e resposta dos cuidados de saúde e profissionais de saúde a pessoas com LB.

O presente estudo tem por objetivo geral analisar o impacto da LB na qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes que recorrem aos cuidados primários. De forma mais específica, pretende-se: (1) caracterizar em termos sociodemográficos e clínicos os utentes com LB; (2) caracterizar a amostra a partir dos diferentes domínios de QVRS recorrendo ao uso de um questionário genérico de avaliação da QVRS; (3) comparar a QVRS entre os utentes com condição aguda e crónica, entre géneros, escalões etários, situação profissional, escolaridade, irradiação da dor para o membro inferior e utilização de medicação para a LB; (4) analisar a evolução da QVRS em diferentes momentos do

tempo; e (5) identificar fatores sociodemográficos e clínicos associados a baixos níveis de QVRS.

## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 Tipo de estudo**

Realizou-se um estudo observacional de coorte prospetivo com 6 meses de seguimento integrando utentes com Lombalgia recrutados a partir de 7 Unidades de Saúde Familiar (USF), entre fevereiro e outubro de 2018. O presente estudo foi parte integrante do Projeto “Split- Avaliação de um novo sistema de referenciação para tratamento estratificado de fisioterapia em indivíduos com Lombalgia que recorrem aos cuidados de saúde primários” (Ref.<sup>a</sup> LISBOA-01-0145-FEDER-023439), que foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT).

### **2.2 Participantes**

Para este estudo, foram considerados elegíveis os utentes diagnosticados, pelos Médicos de Medicina Geral e Familiar (MG&F) das USF parceiras do projeto, com Lombalgia (códigos L03- Sinais e sintomas da região lombar; L84- Síndromes da coluna sem irradiação de dor; e L86- Síndrome vertebral com irradiação de dores) que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: idade compreendida entre 18-65 anos e que saibam ler e escrever Português Europeu, de forma a garantir o preenchimento dos instrumentos de avaliação.

Foram excluídos do estudo, os utentes com Lombalgia de origem específica, nomeadamente os que apresentassem manifestações clínicas compatíveis com infeção, tumor, fratura e/ou doença inflamatória e/ou infecciosa, doença sistémica, dor de origem visceral/ maligna, fratura ou risco de fratura, que tenham realizado cirurgia lombar recentemente (últimos 6 meses), ou mulheres grávidas ou até 6 meses após o parto, à data da consulta (Smeets et al., 2006, Casagrande et al., 2015, Cruz et al., 2013).

## **2.3 Recrutamento da Amostra**

Num primeiro momento os utentes diagnosticados com lombalgia não específica foram convidados a participar no estudo pelos médicos da MG&F que colaboraram neste estudo. Os utentes que aceitaram fazer parte do estudo foram encaminhados pelos médicos de MG&F para um investigador colaborador que forneceu informação verbal e um folheto explicativo com todos os detalhes e procedimentos associados ao estudo (Apêndice 1). Qualquer questão ou dúvida foi esclarecida pelo investigador colaborador. Caso aceitassem fazer parte do estudo, foram convidados a assinar o consentimento informado (Apêndice 1) e posteriormente, foi solicitado a cada utente que preenchesse o caderno de instrumentos, imediatamente após a consulta, e que incluía: Questionário de caracterização sócio- demográfica e clínica (Apêndice 2), a Escala Numérica da Dor (Apêndice 2), e as versões portuguesas da *Roland Morris Disability Questionnaire*, e *EuroQol-5D* (Apêndice 3), sendo que o tempo máximo para o preenchimento dos questionários foi de 20 minutos. Aos dois e seis meses, após a consulta inicial, os utentes foram novamente avaliados através dos instrumentos de autopreenchimento anteriormente referidos.

## **2.4 Instrumentos**

### **2.4.1 Questionário de Caracterização Sócio Demográfica e Clínica**

O Questionário Caracterização Sócio- Demográfica e Clínica, aplicado à amostra deste estudo, foi desenvolvido com base nas recomendações da “NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain” para avaliação das características e impacto da LBC (Deyo et al., 2014). Este questionário é composto por 2 secções distintas: (1) Dados sociodemográficos tais como idade, género, estado civil, habilitações literárias e situação profissional (8 questões); (2) Dados Clínicos incluindo a caracterização da dor, medicação, dor noutras regiões anatómicas e frequência dos sintomas (12 questões) (Caeiro, Cruz, Fernandes, Pires & Costa, 2015).

### **2.4.2 EuroQol-5D - Qualidade de vida relacionada a saúde**

O EQ-5D-3L é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde que permite gerar um índice cardinal único representativo do valor do estado de saúde de um indivíduo, podendo ser usado como uma medida dos resultados

de saúde, tanto num contexto de avaliação clínica, como na económica. Este foi desenvolvido em 1987, por um grupo de investigadores do grupo EuroQol e passou a ser a medida mais utilizada na análise de custo-utilidade e na avaliação de tecnologias de saúde. A vantagem da utilização deste instrumento é permitir não apenas medir ganhos em saúde, mas também o cálculo de índices representativos do valor atribuído ao estado de saúde, úteis em estudos económicos de custo-utilidade e comparações multinacionais (Ferreira et al., 2013). O EQ-5D-3L é aplicável a uma variedade de doenças e tratamentos, fornece um perfil descritivo, simples, e um valor de índice único para o estado de saúde.

O EQ-5D é constituído por duas partes: uma primeira parte descritiva perfil que descreve a qualidade de vida em termos de domínios ou dimensões e uma segunda parte que contém uma escala visual analógica vertical. A parte descritiva, consiste essencialmente na descrição da saúde do indivíduo através de cinco dimensões/domínios: mobilidade, auto- cuidado, atividades habituais, dor/ mal-estar e ansiedade/ depressão. Cada um destes domínios é dividido em três níveis de gravidade (nível 1: sem problemas, nível 2: alguns problemas e nível 3: problemas extremos) associados a cada dimensão. Para cada indivíduo, o resultado desta descrição é apresentado usando um número de 5 dígitos. Por exemplo, um estado de saúde 21132 representa um estado de saúde de uma pessoa com alguns problemas em mobilidade, sem problemas tanto na dimensão “cuidados pessoais” como na dimensão “atividades habituais”, mas com intensa dor/ desconforto e moderada ansiedade ou depressão. No total, podem ser definidos 243 estados de saúde diferentes, aos quais foram adicionados os estados: inconsciente e morto, totalizando 245 estados de saúde.

Para associar um valor ao estado de saúde específico é realizada a conversão do sistema descritivo num valor que se encontra situado numa escala que varia de 1 (saúde perfeita) a 0 (morte) e tem em consideração as preferências recolhidas da população em geral (EuroQol Group.,1990, Brooks, 2013, Ferreira & Ferreira, 2014).

Tal foi possível através da técnica de regressão generalizada dos mínimos quadrados, em que os investigadores desenvolveram uma fórmula que permite a conversão de um número de 5 dígitos proveniente do sistema descritivo num índice cardinal que varia entre -0,594 e 1,00 (saúde perfeita). Esse índice é sensível para o nível de gravidade de cada dimensão e inclui uma constante  $\alpha$  para qualquer estado de saúde diferente de

11111 e uma constante N3 que identifica um nível mais severo de qualquer dimensão. Essa função aditiva é definida por:

$$V = 1 - \alpha \cdot MO - CP - AH - DM - AD - N3$$

Em que 1 representa um valor de saúde perfeita,  $\alpha$  é um valor constante que representa a não coincidência do valor de qualquer dimensão relacionada ao nível 1; N3 é outro valor constante que representa a presença do nível 3 em qualquer dimensão; e as variáveis MO (mobilidade), CP (cuidados pessoais), AH (atividades habituais), DM (dor/mal-estar) e AD (ansiedade/ depressão) assumem os valores dados pelas primeiras 5 linhas da tabela para o nível de cada uma das 5 dimensões. Deste modo, é possível determinar o valor de QALY (*quality-adjusted life years*) associado a cada estado de saúde, fornecendo uma medida de benefício dos cuidados de saúde, que pode ser utilizada em avaliações económicas. A estimativa deste índice para a população geral portuguesa é de 0,758, variando entre -0,5 e 1 (Ferreira *et al.*, 2013; Ferreira, Ferreira, Pereira & Oppe, 2014). Neste estudo e para cálculo do índice foram utilizadas as ponderações portuguesas no algoritmo para a obtenção do índice (Ferreira *et al.*, 2014).

A segunda parte do questionário, consiste em assinalar a perceção do seu estado de saúde usando a escala visual analógica vertical configurada de 0 (pior estado de saúde imaginável) a 100 (melhor estado de saúde imaginável), comumente chamada de EQ-VAS *thermometer* (Cheung, Oemar, Oppe & Rabin, 2009). Esta informação pode ser usada como uma medida quantitativa do resultado de saúde conforme julgado pelos entrevistados individualmente.

A versão portuguesa do questionário ED-5D foi finalizada em 1998, com base em normas de orientação definidas pelo Grupo EuroQol, incluindo os procedimentos de tradução e retroversão. Apesar da sua larga utilização em Portugal, entretanto, ainda não tinham sido publicados os estudos que conduziram inicialmente à versão portuguesa e à análise da aceitabilidade, fiabilidade e validade. Sendo assim, em 2013, foram documentados valores referentes à versão portuguesa do EQ-5D. Esta medida apresentou uma ótima aceitabilidade por parte dos respondentes com poucos dados omissos e a presença do esperado efeito de teto. Foram encontrados valores muito bons de correlação e valores *k* de *Cohen* moderados (cuidados pessoais e dor / mal-estar) a bons (restantes dimensões). O valor  $\alpha$  de *Cronbach* para o EQ-5D foi de 0,716 indicando uma coerência interna aceitável. Por outro lado, o coeficiente intraclass ICC

para a EQ-VAS entre os dois períodos foi elevado (0,862 com intervalo de confiança de 0,808 a 0,901), assim como o coeficiente de correlação de *Pearson* (0,768;  $p < 0,001$ ). Assim, a fiabilidade teste-reteste foi confirmada e considerada elevada.

A validade de constructo foi testada através da relação entre a EQ-5D, o aumento da idade, o sexo feminino e a perceção de doença, assim como os valores de dimensões da escala SF-36v2. A validade convergente foi baseada nas correlações entre os valores de EQ-5D e outras escalas específicas de condição de saúde. O EQ-5D apresentou correlações moderadas a altas com outras medidas de estado de saúde e de qualidade de vida relacionada com a saúde, específicas de cada doença. A validade de critério foi testada através do comportamento do EQ-5D e da EQ-VAS em relação ao outro instrumento baseado em preferências (SF-6D) e, apesar de se tratar de um instrumento genérico de medição em saúde, em relação às dimensões de instrumentos específicos para as cataratas, asma, a DPOC e a AR. A versão portuguesa do EQ-5D apresentou boa aceitabilidade e foi considerada válida para a medição do estado de saúde (Ferreira et al., 2013). O aspeto pouco estudado nesta medida é a sua interpretabilidade. Porém, estudos recentes têm dicotomizado as várias amostras em estudo em “Pobre QVRS” e “Boa QVRS” de acordo com as pontuações no índice da EQ-5D, utilizando o critério dos 0.6 (Forsbrand et al., 2018).

#### **2.4.3 Escala Numérica da Dor (END)**

Para avaliar a intensidade da dor foi utilizada a Escala Numérica da Dor (END). A END é uma medida unidimensional da dor em adultos (Jones et al., 2007). É uma escala de 11 pontos (0 a 10), sendo que 0 representa “ausência de dor” e 10 representa “a pior dor possível” (Ferreira-Valente et al., 2011; Rahu et al., 2015). No seu preenchimento é solicitado ao utente que selecione o número que melhor represente a intensidade da sua dor no momento (Ferreira-Valente et al., 2011; Mannion et al., 2007; Hawker et al., 2011). A END tem boas propriedades psicométricas sendo válida, fiável e com utilidade na prática clínica (Hawker et al., 2011; Cleland et al. 2008; Ferreira-Valente et al., 2011; Rahu et al., 2015). Segundo Farrar et al. (2001) e Ostelo & De Vet (2005), uma diminuição de 30% ou de 2 ou mais pontos relativamente à avaliação inicial está associada com a categoria de “muito melhor” do *global rating scale of change*.

#### **2.4.4 Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ)**

O RMDQ é um instrumento muito utilizado e recomendado a nível mundial para avaliar a incapacidade funcional autoreportada em utentes com Lombalgia. Foi desenvolvido em 1993 e validado em pelo menos 17 países (Hancock et al., 2007). Este questionário é constituído por 24 perguntas de autorresposta que pode ser preenchido em menos de cinco minutos (Nusbaum et al., 2001). Cada pergunta tem como opções de resposta “sim” ou “não” sendo que o resultado final corresponde à soma das respostas “sim”. Este resultado pode variar entre 0 e 24, correspondendo o zero a uma pessoa sem queixas ou incapacidade funcional e o valor máximo a uma pessoa com limitações funcionais muito graves.

Este questionário foi adaptado e validado para a população portuguesa em 2010 por Monteiro et al. (2010), tendo revelado níveis elevados de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach: 0,81) e de estabilidade temporal (correlação teste-reteste:0,86), situando-se na gama de valores observada nos estudos internacionais com este instrumento.

A validade externa foi avaliada através da convergência com resultados obtidos através da Escala Numérica de Dor (END), do Teste de *Schober* (TS) e do grau de flexão anterior da coluna (GFA). Os resultados revelam uma correlação elevada entre o RMDQ e o END ( $r = 0,73$ ) e uma correlação moderada com TS e o GFA (respetivamente,  $r = - 0, 52$  e  $r = 0, 42$ ). A análise das propriedades psicométricas mostrou, assim, que o RMDQ fornece dados fiáveis e válidos de incapacidade funcional em pessoas com LB, encontrando-se assim adaptado e validado para a população portuguesa (Monteiro et al., 2010).

#### **2.5 Procedimentos de recolha de dados**

Após a verificação dos critérios de inclusão/ exclusão e assinatura do consentimento informado, os participantes foram avaliados em 3 momentos distintos: Avaliação inicial (T0), após 2 meses (T1) e após 6 meses (T2). Na avaliação inicial, imediatamente após a consulta, os participantes preencheram o questionário de caracterização sócio-demográfica e clínica, a Escala Numérica da Dor e as versões portuguesas do *Roland Morris Disability Questionnaire*, e *EuroQuol-5D*.

No final da avaliação inicial (T0), ficou combinado com os utentes dois contactos telefónicos, o primeiro após 2 meses e outro 6 meses após a avaliação inicial (conforme explicado no folheto explicativo do estudo e acordado no consentimento informado). Em ambos os momentos, os utentes receberam por correio o caderno de instrumentos (exceto o questionário sociodemográfico). Foi solicitado o seu preenchimento prévio à data da entrevista telefónica. Os participantes foram então contactados por telefone, no dia e hora determinada pelo mesmo, onde foram transmitidos os resultados de cada questionário ou recolhidas as respostas quando o preenchimento prévio não tivesse ocorrido. Este procedimento visou reduzir a probabilidade de perda de participantes nos momentos de *follow-up* do estudo.

## **2.6 Análise dos dados**

A análise estatística foi efetuada com recurso ao *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows (Apêndice 4). Numa primeira fase, foi realizada a caracterização sociodemográfica e clínica da amostra utilizando os dados obtidos na *baseline*, através dos instrumentos já mencionados. Para tal, recorreu-se ao uso de metodologias de estatística descritiva aplicada às variáveis demográficas e clínicas dos participantes. Para as variáveis nominais/categóricas, utilizou-se as frequências relativas (%) e frequências absolutas (n). Para as variáveis contínuas, utilizaram-se os valores mínimos e máximos, média (M) e desvio-padrão (DP). Nesta análise descritiva foi dada especial relevância aos valores da QVRS (sistema descritivo; termómetro; índice de qualidade de vida).

De forma a determinar a abordagem estatística inferencial a utilizar (paramétrica ou não-paramétrica), todas as variáveis contínuas foram analisadas relativamente à normalidade dos dados através dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* ou *Shapiro-Wilk* de acordo com o tamanho dos (sub) grupos a analisar. Em primeiro lugar, os participantes que terminaram o estudo foram comparados aos participantes que desistiram relativamente às características sociodemográficas e clínicas. As variáveis contínuas foram comparadas com recurso ao teste de *Mann-Whitney* (visto que não se verificou o pressuposto da normalidade) enquanto para as variáveis nominais ou ordinais utilizou-se o teste de Qui-quadrado. Posteriormente, a média do termómetro e do índice de qualidade de vida na *baseline* foi comparada entre subgrupos de participantes de acordo

com as seguintes características: género; duração da Lombalgia; escalões etários; situação profissional; escolaridade; irradiação da dor para o membro inferior; e utilização de medicação para a Lombalgia. Nesta análise foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* ou de *Kruskal-Wallis*. Ainda com recurso aos dados da *baseline*, as associações entre a intensidade da dor, incapacidade funcional e EQ-VAS (termómetro) foram analisadas com recurso ao coeficiente de correlação de *Spearman*. A força da associação foi interpretada conforme Portney e Watkins (2009) sendo que valores de correlação entre 0,00 e 0,25 representam pouca ou nenhuma associação entre variáveis; entre 0,25 e 0,50 fraca associação; entre 0,50 e 0,75 moderada associação; e acima de 0,75 forte associação.

Do ponto de vista longitudinal, a evolução da QVRS foi analisada através de 2 métodos distintos: 1) o teste de ANOVA de Friedman foi utilizado para analisar eventuais diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) no índice e termómetro de QVRS ao longo dos 3 momentos de avaliação que integraram o estudo. Este teste foi complementado com o teste de comparações múltiplas (pairwise comparisons com correção de Bonferroni) de forma a identificar entre quais momentos existiam diferenças estatisticamente significativas. 2) A proporção de participantes com diferentes pontuações nos 5 domínios que compõem a EQ-5D bem como aqueles com “baixa” ou “boa” QVRS foram calculados nos 3 momentos de avaliação. Neste último caso, a dicotomização da amostra foi efetuada de acordo com os valores do índice de QVRS: “Baixa QVRS” = Índice  $< 0,6$ ; e “Boa QVRS” = Índice  $> 0,6$ .

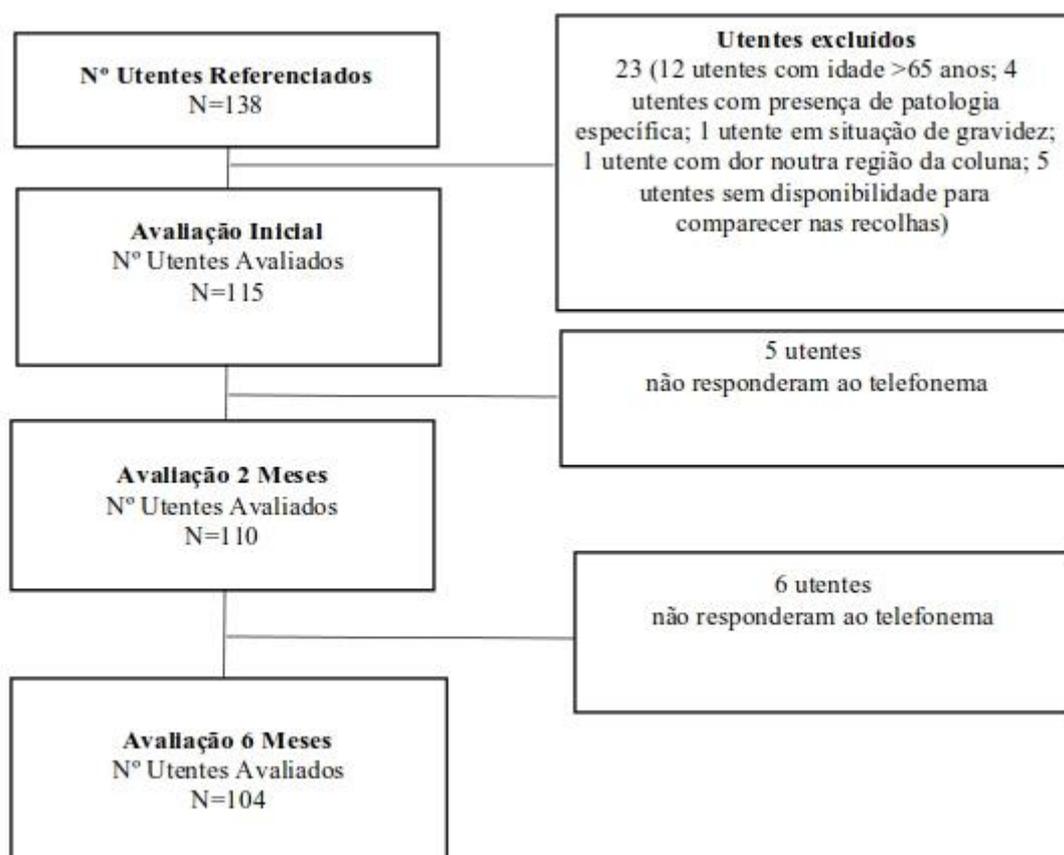
Por último, a associação (*Odds Ratio*) entre as variáveis sociodemográficas e clínicas na *baseline* (Variáveis independentes: género; duração da Lombalgia; escalões etários; situação profissional; escolaridade; irradiação da dor para o membro inferior; utilização de medicação para a Lombalgia) e o critério de “Baixa” QVRS (Variável dependente) aos 2 e 6 meses foi analisada através da regressão logística binária (Método: Enter). De forma a assegurar o poder estatístico das associações e a precisão dos resultados, as variáveis sócio-demográficas foram agregadas tendo em atenção o número reduzido de participantes nalgumas das suas subcategorias (Estado civil: Vive acompanhado/ vive sozinho; Escolaridade: Ensino Básico ou Inferior/ Ensino Secundário ou Superior; Situação Profissional: A trabalhar/ Inativo; para a idade foram criadas três categorias: 18-39; 40-54; 55-65; e para o IMC duas: Baixo peso ou normal/ Excesso de peso ou obesidade). A análise da associação entre as diferentes variáveis independentes

e a variável dependente foi ajustada às variáveis género e idade. Em todas as situações a significância estatística foi estabelecida para  $p < 0,05$ .

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Ao longo de 9 meses (de fevereiro e outubro de 2018) foram referenciados 138 utentes consultados nas 7 Unidades de Saúde Familiar, do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, parceiras do projeto. Destes, 23 foram excluídos do estudo por incumprimento dos critérios de inclusão, sendo a principal razão, apresentarem idade superior a 65 anos (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do estudo



### 3.1 Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

A maioria dos participantes foi do género masculino (55,3%), do escalão etário superior a 40 anos (38,8%), viviam acompanhados (67%), tinha habilitações académicas ao nível do ensino básico ou inferior (50,5%) e em termos de situação profissional encontrava-se a trabalhar (76,7%). Quanto ao IMC a maioria apresentava sobrepeso e obesidade (62,1%). Na tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes bem como dos que abandonaram o estudo. Os grupos foram equivalentes na maioria das variáveis com exceção da idade ( $p = 0,027$ ), em que os participantes que abandonaram o estudo pertenciam maioritariamente ao escalão etário 40-54 anos (66,7%).

No que diz respeito à caracterização clínica da amostra, a maioria apresentava lombalgia há menos de 12 semanas (53,9%). A maioria dos participantes tinha dor irradiada para o MI (66,1%) e tomava medicação para a lombalgia (57,4%). As ausências ao trabalho afetavam cerca de um terço (30,4%), sendo que 27% tinham baixa remunerada. A intensidade média da dor foi de 5,4 ( $\pm 2,5$ ) e a média do RMDQ foi de 12,6 ( $\pm 5,9$ ). As restantes características podem ser observadas na tabela 2. Nas variáveis de caracterização clínica os participantes que abandonaram o estudo apresentavam características semelhantes dos participantes. Igualmente, quando se comparam os índices (EQ-5D) e EQ-VAS, as diferenças entre os dois grupos não foram estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabela 1. Caracterização sociodemográficas (N = 115).

	Participantes (103)		Abandono (12)		Total (115)		Valor p
	N	%	N	%	N	%	
<i>Gênero</i>							0,548 a
Feminino	46	44,7%	4	33,3%	50	43,5%	
Masculino	57	55,3%	8	66,7%	65	56,5%	
<i>Idade</i>							0,027* b
18-39	23	22,3%	4	33,3%	27	23,5%	
40-54	40	38,8%	8	66,7%	48	41,7%	
55-65	40	38,8%	0	0,0%	40	34,8%	
<i>Estado civil</i>							0,112 a
Vive acompanhado	69	67,0%	5	41,7%	74	64,3%	
Vive sozinho	34	33,0%	7	58,3%	41	35,7%	
<i>Escolaridade</i>							0,367 a
Ensino Básico ou Inferior	52	50,5%	8	66,7%	60	52,2%	
Ensino Secundário ou Superior	51	49,5%	4	33,3%	55	47,8%	
<i>Situação profissional</i>							1,000 a
A trabalhar	79	76,7%	10	83,3%	89	77,4%	
Inativo	24	23,3%	2	16,7%	26	22,6%	
<i>IMC</i>							0,217 a
Magro ou normal	39	37,9%	7	58,3%	46	40,0%	
Sobrepeso ou obesidade	64	62,1%	5	41,7%	69	60,0%	

a) teste de Fisher b) teste do Qui-quadrado \*  $p \leq 0,05$

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra na *baseline*.

	Participantes (103)		Abandono (12)		Total (115)		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
<i>Duração da Lombalgia</i>							0,140 a
0-12 Semanas	53	51,5%	9	75,0%	62	53,9%	
> 12 semanas/ 3 meses	50	48,5%	3	25,0%	53	46,1%	
<i>Dor irradiada MI</i>							1,000 a
Sim	68	66,0%	8	66,7%	76	66,1%	
Não	35	34,0%	4	33,3%	39	33,9%	
Se sim, uma ou ambas							1,000 a
Uma	53	77,9%	6	75,0%	59	77,6%	
Ambas	15	22,1%	2	25,0%	17	22,4%	
<i>Medicação</i>							0,553 a
Sim	58	56,3%	8	66,7%	66	57,4%	
Não	45	43,7%	4	33,3%	49	42,6%	
<i>Ausência no trabalho</i>							0,508 a
Sim	30	29,1%	5	41,7%	35	30,4%	
Não	73	70,9%	7	58,3%	80	69,6%	
<i>Baixa remunerada</i>							0,301 a
Sim	26	25,2%	5	41,7%	31	27,0%	
Não	77	74,8%	7	58,3%	84	73,0%	
<i>Evolução LB</i>							0,753 b
Melhor ou Muito melhor	29	28,2%	4	33,3%	33	28,7%	
Na mesma	37	35,9%	5	41,7%	42	36,5%	
Pior ou Muito pior	37	35,9%	3	25,0%	40	34,8%	
<i>Última semana de sono reparador</i>							0,331 b
Nunca ou Raramente	26	25,5%	5	41,7%	31	27,2%	
Às vezes	29	28,4%	4	33,3%	33	28,9%	
Frequentemente ou Sempre	47	46,1%	3	25,0%	50	43,9%	
<i>Última semana de problemas para adormecer</i>							0,138 b
Nunca ou Raramente	57	55,9%	4	33,3%	61	53,5%	
Às vezes	21	20,6%	2	16,7%	23	20,2%	
Frequentemente ou Sempre	24	23,5%	6	50,0%	30	26,3%	
<i>Última semana acordou várias vezes</i>							0,242 b
Nunca ou Raramente	32	31,4%	1	8,3%	33	28,9%	
Às vezes	23	22,5%	4	33,3%	27	23,7%	
Frequentemente ou Sempre	47	46,1%	7	58,3%	54	47,4%	
Dor – END (M; DP)	5,31	2,5	6,25	2,4	5,4	2,5	0,281 c
RMDQ (M; DP)	12,5	5,9	13,8	5,4	12,6	5,8	0,478 c
Índice (M; DP)	0,43	0,23	0,43	0,15	0,43	0,22	0,731 c
VAS (M; DP)	53,4	21,3	57,3	14,7	53,8	20,7	0,482 c

a) teste de Fisher, b) teste do Qui-quadrado, c) teste de Mann-Whitney

Na Tabela 3, encontram-se apresentadas as pontuações do Sistema Descritivo do EQ-5D-3L para os três níveis possíveis de resposta para cada dimensão do instrumento (sem problemas, problemas moderados e problemas extremos) na *baseline* (T0). De forma genérica, constata-se que 67,8% dos participantes apresentava “problemas moderados” no domínio “atividades habituais”, 57,4% apresentava “problemas moderados” no domínio “mobilidade” e 84,3% apresentou “problemas moderados” no domínio “dor e mal-estar”.

Tabela 3. Pontuações no sistema descritivo do EQ-5D-3L na *baseline* (n= 115).

Domínios	N (%)		
	Sem problemas	Problemas moderados	Problemas extremos
Mobilidade	46 (40,0)	66 (57,4)	3 (2,6)
Cuidados pessoais	71 (61,7)	43 (37,4)	1 (0,9)
Atividades habituais	30 (26,1)	78 (67,8)	7 (6,1)
Dor / mal-estar	4 (3,5)	97 (84,3)	14 (12,2)
Ansiedade / depressão	56 (48,7)	54 (47,0)	5 (4,3)

### 3.2 Análise da QVRS em diferentes subgrupos da amostra na *baseline*

Quando comparamos os valores do índice (EQ-5D) e EQ-VAS na *baseline*, em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, encontramos diferenças estatisticamente significativas no índice (EQ-5D) em função da classificação da Lombalgia ( $p=0,003$ ). Os participantes com dor crónica apresentam valores significativamente mais elevados (0,46 vs 0,42) que os participantes com LBA. Aqueles que não tomam medicação ( $p = 0,003$ ) apresentaram valores mais elevados (0,54 vs 0,36) dos que tomam medicação. Na EQ-VAS as diferenças não foram estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre nenhum dos subgrupos. As restantes comparações são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Índice (EQ-5D) e (EQ-VAS) -T0 (Avaliação).

	Índice		<i>p</i>	VAS		<i>p</i>
	M	DP		M	DP	
Gênero			0,624			0,178 a
Masculino	0,42	0,23		56,80	21,01	
Feminino	0,44	0,21		51,57	20,44	
Idade			0,936			0,347 b
18-39	0,44	0,18		50,41	17,50	
40-54	0,42	0,25		56,63	21,15	
55-65	0,44	0,21		52,83	22,32	
Escolaridade			0,381			0,588 a
Ensino Básico ou Inferior	0,43	0,21		52,77	21,26	
Ensino Secundário ou Superior	0,45	0,25		55,02	20,35	
Situação profissional			0,425			0,864 a
A trabalhar	0,43	0,24		53,53	21,51	
Inativo	0,46	0,19		54,92	18,33	
Classificação LB			0,003*			0,275 a
Aguda	0,42	0,21		52,12	20,05	
Crónica	0,46	0,25		57,21	21,97	
Dor irradiada MI			0,252			0,231 a
Sim	0,42	0,21		52,12	20,05	
Não	0,46	0,25		57,21	21,97	
Medicação			0,001*			
			*			0,428 a
Sim	0,36	0,20		52,38	19,37	
Não	0,54	0,22		55,82	22,56	

\*  $p \leq 0,01$

### 3.3 Correlação entre RMDQ, END e QVRS

Os coeficientes de correlação de *Spearman* entre as pontuações da RMDQ, END e da EQ-VAS e do índice (EQ-5D) na *baseline*, indicam correlações significativas ( $p \leq 0,001$ ) mas apenas moderadas na sua maioria ( $r < 0,5$ ). Há uma forte associação negativa entre o índice (EQ-5D) e a RMDQ, indicando que maiores níveis de incapacidade estão associados a menor QVRS (Tabela 5).

Tabela 5. Correlações de *Spearman* em T0

	END	RMDQ
Índice (EQ-5D)	-0,484*	-0,791*
EQ-VAS	-0,434*	-0,439*

\*  $p \leq 0,001$  \*\*  $p \leq 0,001$  a) teste de Mann-Whitney b) teste de Kruskal-Wallis

### 3.4 Evolução da QVRS em diferentes momentos do tempo

A evolução do índice (EQ-5D) relativo à QVRS, foi estatisticamente significativo ( $p = 0,001$ ), sendo que as diferenças entre o T0 e T1 ( $p = 0,001$ ) e T0 e T2 ( $p = 0,001$ ), foram igualmente significativas. Por sua vez, a diferença entre o T1 e T2 não foi estatisticamente significativa ( $p = 1,000$ ) (Tabela 6).

Também a evolução da QVRS medida através EQ-VAS, foi estatisticamente significativa ( $p = 0,001$ ), sendo que as diferenças entre o T0 e T1 ( $p = 0,001$ ) e T0 e T2 ( $p = 0,001$ ), foram também significativas. A diferença entre os momentos de avaliação T1 e T2 não foram estatisticamente significativas ( $p = 0,888$ ) (Tabela 6).

Tabela 6. Evolução do índice (EQ-5D) e (EQ-VAS)

	T0		T1 (2 meses)		T2 (6 meses)		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP	
Índice (0 - 1)	0,43	0,23	0,60	0,26	0,59	0,25	0,001*
VAS (0 - 100)	53,44	21,37	67,90	21,78	70,26	23,91	0,001*

\*  $p \leq 0,001$ ; Escala EQ-5D: 0 (morte) a 1 (saúde perfeita); *Teste Anova de Friedman*

Na Tabela 7, encontram-se apresentadas as pontuações do Sistema Descritivo do EQ-5D-3L para os três níveis possíveis de resposta para cada dimensão do instrumento (sem problemas, problemas moderados e problemas extremos) nos três períodos de tempo (T0, T1 e T2). De forma genérica, constata-se que a diferença do percentual de “problemas moderados” em todos os domínios evoluiu de T0 para T1 e de T0 para T2, não observando uma grande diferença quando se comparam o T1 e T2.

Tabela 7. Evolução do EQ-5D-3L.

<b>Domínios</b>	<b>T0</b>		<b>T1 - 2 Meses</b>		<b>T2 - 6 Meses</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Mobilidade</i>						
Sem problemas	46	40,0	68	61,8	72	69,2
Problemas moderados	66	57,4	42	38,2	31	29,8
Problemas extremos	3	2,6	0	0,0	1	1,0
<i>Cuidados pessoais</i>						
Sem problemas	71	61,7	82	74,5	78	75,0
Problemas moderados	43	37,4	28	25,5	26	25,0
Problemas extremos	1	,9	0	0,0	0	0,0
<i>Atividades habituais</i>						
Sem problemas	30	26,1	60	52,2	59	56,7
Problemas moderados	78	67,8	49	42,6	44	42,3
Problemas extremos	7	6,1	1	0,9	1	1,0
<i>Dor / mal-estar</i>						
Sem problemas	4	3,5	32	29,1	42	40,4
Problemas moderados	97	84,3	71	64,5	56	53,8
Problemas extremos	14	12,2	7	6,4	6	5,8
<i>Ansiedade / depressão</i>						
Sem problemas	56	48,7	74	67,3	76	73,1
Problemas moderados	54	47,0	28	25,5	22	21,2
Problemas extremos	5	4,3	8	7,3	6	5,8

Em relação a evolução da proporção de participantes com “Boa QVRS” ou “Baixa QVRS” (Tabela 8), observou-se que o número de percentagem de participantes com boa QVRS aumentou de T0 para T1 e T2 (20,9%, 47% e 50,4%) ao invés do grupo com baixa QVRS que diminui progressivamente (79,1%, 53% e 49,6%).

Tabela 8. Evolução da qualidade de vida.

	<b>T0</b>		<b>T1 - 2 Meses</b>		<b>T2 - 6 Meses</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Boa QV	24	20,9	54	47,0	58	50,4
Baixa QV	91	79,1	61	53,0	57	49,6

### 3.5 Fatores associados a “baixa QVRS”.

Através da regressão logística binária observou-se que as variáveis habilitações literárias ( $p = 0,04$ ) e situação profissional ( $p = 0,02$ ) foram preditivas de baixa QVRS aos 2 meses após a avaliação inicial. Assim, os participantes com educação básica ou inferior apresentam uma probabilidade 2,29 superior de apresentarem baixa QVRS aos 2 meses relativamente aos participantes com ensino secundário ou superior. Por sua vez, os participantes inativos apresentam uma probabilidade 3,28 superior de apresentarem baixa QVRS aos 2 meses relativamente aos participantes ativos. Não foi encontrada nenhuma associação significativa para os 6 meses, como demonstrado na Tabela 9.

Tabela 9 – Regressão logística: qualidade de vida aos 2 e 6 meses

	QDVRs ≤ 0,6 – T1 (2 Meses)			QDVRs ≤ 0,6 – T2 (6 Meses)		
	OR Ajustado	IC 95%	Valor p	OR Ajustado	IC 95%	Valor p
Idade <sup>b</sup>						
[18 – 39] <sup>a</sup>	1			1		
[40 – 54]	0,96	0,37-2,49	0,93	0,91	0,35-2,39	0,85
[55 – 65]	1,02	0,37-2,80	0,96	1,65	0,60-4,56	0,33
Gênero <sup>c</sup>						
Masculino <sup>a</sup>	1			1		
Feminino	1,42	0,66-3,04	0,36	1,56	0,72-3,36	0,25
Habilitações Literárias <sup>d</sup>						
Secundário(ou superior) <sup>a</sup>	1			1		
Básico (ou inferior)	2,29	1,03-5,09	0,04*	1,48	0,67-3,27	0,32
Situação Profissional <sup>d</sup>						
Ativo <sup>a</sup>	1			1		
Inativo	3,28	1,16-9,21	0,02*	0,92	0,35-2,39	0,87
Duração Lombalgia <sup>d</sup>						
Aguda <sup>a</sup>	1			1		
Crônica	1,74	0,82-3,68	0,14	0,67	0,31-1,44	0,31
Irradiação MI <sup>d</sup>						
Não <sup>a</sup>	1			1		
Sim	1,74	0,79-3,83	0,16	1,40	0,63-3,10	0,40
Medicação <sup>d</sup>						
Não <sup>a</sup>	1			1		
Sim	1,48	0,69-3,15	0,30	1,31	,61-2,80	0,48

Regressão Logística- IC: Intervalo de Confiança; MI – Membro Inferior; <sup>a</sup> Classe de Referência; <sup>b</sup> Ajustado para gênero; <sup>c</sup> Ajustado para idade; <sup>d</sup> Ajustado para gênero e idade; \*  $p < 0,05$

#### 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Realizou-se um estudo de coorte prospetivo que teve como objetivo analisar o impacto da LB na QVRS e fatores sociodemográficos e clínicos associados numa amostra de utentes Portugueses que recorreram aos cuidados de saúde primários. De acordo com os resultados obtidos, pode ser afirmado que a LB teve um impacto moderado nos vários domínios de QVRS na maioria dos participantes do estudo. Em termos médios, as pessoas com LB apresentaram baixos níveis de QVRS no momento em que procuraram os cuidados de saúde sendo que apenas 20% destes apresentava “Boa QVRS”. Os participantes com LB aguda/ subaguda e aqueles que tomam medicação apresentavam níveis mais baixos de QVRS. Apesar da evolução favorável ao longo do tempo, as principais melhorias observaram-se 2 meses após a avaliação inicial sendo que após 6 meses uma elevada percentagem de participantes ainda apresentava problemas moderadas nos vários domínios e “baixa QVRS”. Por fim, observou-se que os participantes com menor escolaridade e inativos profissionalmente apresentaram maior probabilidade de ter “baixa QVRS” aos 2 meses de avaliação.

Em relação à totalidade da amostra, os resultados mostram que a maioria dos participantes deste estudo era do género masculino (56,5%), do escalão etário superior a 40 anos (41,7%), viviam acompanhados (64,3%), tinha habilitações académicas ao nível do ensino básico ou inferior (52,2%) e em termos de situação profissional encontrava-se a trabalhar (77,4%). Quanto ao IMC a maioria apresentava sobrepeso e obesidade (60%).

No estudo de Branco et al. (2016), verificamos que a LB foi significativamente mais frequente nas mulheres do que nos homens (29,6% vs 22,8%;  $p=0.04$ ) e que a sua prevalência foi superior na faixa etária de 46 a 55 anos (27,7%; IC 95%: 23,1% a 32,4%), divergindo dos resultados nosso estudo. No estudo de Verkerk et al. (2013), 74,3% dos participantes também pertenciam ao género feminino, no entanto, a média de idades dos participantes desse estudo é ligeiramente inferior 40,1 ( $\pm 10,6$ ) anos, e próxima dos resultados encontrados neste estudo. Segundo o estudo de Gouveia et al. (2016), o género feminino e a idade são dois dos fatores que estão significativamente associados à presença de LB crónica ativa. O facto do nosso estudo não ter apresentado critérios de duração da LB e não ser de âmbito nacional, pode ajudar a explicar estas diferenças.

Uma característica na amostra em estudo é o IMC dos participantes, onde a maioria apresenta excesso de peso. Apesar do excesso de peso e obesidade e/ou sobrepeso surgir identificado como um fator de risco para o surgimento de lombalgia (Heuch, Hagen, Nygaard, & Zwart, 2010), estudos realizados tem observado que variáveis como a idade, gênero, índice de massa corporal ou duração da LB, não se encontram estatisticamente associadas com a QVRS (Schaller et al. 2015), corroborando com os resultados do nosso estudo onde não houve associação significativa entre estas variáveis.

Analisando as habilitações literárias da amostra, conclui-se que 50,5% dos participantes têm o ensino básico ou inferior. Resultados semelhantes são encontrados no estudo de Costa et al. (2014), onde 46,3% tem o ensino básico ou primário. No estudo de Verkerk et al. (2013) 40,7% dos participantes apresentavam um baixo nível educacional e no estudo de Costa et al. (2009), que contou com 406 utentes, 59% dos participantes tinha um nível educacional inferior ao ensino secundário. Estudos apontam para a existência de maior incidência da lombalgia em utentes com baixas habilitações literárias e que esses apresentam pior prognóstico no que diz respeito à duração da dor (Balagué et al., 2012). Relativamente à situação profissional, da amostra do nosso estudo, 76,7% dos participantes encontra-se a trabalhar. No estudo de Costa et al. (2014), 67,4% dos participantes está a trabalhar a tempo inteiro ou a tempo parcial. No estudo de Verkerk et al. (2013), 22,2% encontra-se a trabalhar a 100% e 60,2% tem uma participação no trabalho até 99%. Schaller et al (2015) identificaram que a capacidade de trabalho atual se relaciona significativamente com a QVRS ( $\beta = -0,030$ ;  $p < 0,01$ ). No nosso estudo, os participantes com educação básica ou inferior apresentaram uma probabilidade superior (OR=2,29;  $p=0,04$ ) de apresentarem baixa QVRS em relação aos participantes com ensino superior ou secundário. Por sua vez, os participantes inativos também apresentaram probabilidade superior (OR=3,28;  $p=0,02$ ) de apresentarem baixa QVRS em comparação com os ativos. Considerando os dados apresentados anteriormente, podemos concluir que, de uma forma geral, as características sociodemográficas dos participantes são semelhantes com as de outros estudos realizados no mesmo âmbito e que a amostra do estudo é comparável, no que diz respeito às características sociodemográficas, com outros estudos.

No que diz respeito às características clínicas da amostra, a maioria dos participantes tem dor há menos de 12 semanas (53,9%), apresenta sintomas de irradiação para o

membro inferior (66,1%) e seguia medicação (57,4%). Comparando com os estudos de Stump, Kobayashi e Campos (2016) e Almeida e Kraychete (2017), estes apontam para que a maioria da população com LB tende a apresentar dor aguda. Relativamente à irradiação, existem dados díspares noutros estudos. Por exemplo, enquanto no estudo de Harms, Peers & Chase (2010) a maioria (59,3%) dos participantes apresentam sintomas de irradiação acima ou abaixo do joelho, no estudo de Heymans et al. (2010) apenas 33,8% dos participantes tem sintomas de irradiação para um ou ambos os membros inferiores. Há ainda a destacar como no estudo de Schaller et al (2015) que pessoas com LB de início recente (subaguda), apresentam impacto nos domínios de QVRS (depressão/ ansiedade), que tipicamente é associado a pessoas numa fase crónica, já é evidente. Outro facto relevante desta amostra em estudo é que mais de metade (56,3%) toma medicação. A literatura apresenta resultados semelhantes ao presente estudo, onde referem percentagens elevadas, com 64% e 71% de utentes a tomarem analgésicos na fase aguda da LB (Macedo et al., 2014). Podemos assim referir que a maioria das características clínicas da amostra do presente estudo está de acordo com outros estudos apresentados, o que nos permite concluir que os participantes são comparáveis a outros estudos de impacto da LB na QVRS dos utentes que tenham esta condição.

Os valores médios de intensidade da dor (END) e de incapacidade funcional (RMDQ), na *baseline*, foram, respetivamente, 5,4 ( $\pm$  2,5) e 12,6 ( $\pm$  5,9). Comparando estes resultados com os reportados no estudo de Verkerk et al. (2015) onde o valor médio de 55,5 ( $\pm$  23) na EVA (0/100), na *baseline*, e um valor médio de 51,7 ( $\pm$  15,6) na incapacidade funcional [medida pela Quebec Back Pain Disability Scale (0-100)], os resultados foram semelhantes aos nossos (convertendo os resultados obtidos na RMDQ para 0-100). Os coeficientes de correlação indicaram correlações significativas ( $p \leq 0,001$ ) entre incapacidade funcional (RMDQ) e QVRS (EQ-5D). Resultados semelhantes também foram identificados noutros estudos, onde correlações entre QVRS e a incapacidade funcional também se mostraram relevantes (Soer et al., 2012; Ogunlana et al., 2015; Schaller et al. 2015; Ruiz et al., 2015).

Em relação as dimensões da QVRS, na *baseline*, a amostra apresentou maior proporção de “problemas moderados” nos seguintes domínios: “Atividade Habitual”, “Mobilidade” e “Dor e mal-estar”, com 67,8%, 57,4% e 84,3% dos participantes respetivamente. Schaller et al. (2015), mostraram ainda que uma percentagem relevante dos participantes apresentava problemas moderados (ou pior) nos domínios da

mobilidade (51,3%), atividades diárias (62,6%) e depressão/ ansiedade (37%) devido à lombalgia. Os resultados deste presente estudo, demonstram que as pessoas com um episódio de lombalgia que recorrem aos CSP tem um índice de qualidade de vida relacionada com a saúde baixo (0,43) quando comparado com a estimativa deste índice para a população geral portuguesa (0,758).

Relativamente a evolução da QVRS ao longo do tempo, medida através do EQ-VAS e EQ-5D, comprovou ser estatisticamente significativa. Evoluiu favoravelmente logo após os dois meses da avaliação ( $p= 0,001$ ), não sendo estatisticamente significativa dos 2 para os 6 meses ( $p = 1,000$ ), porém foi estatisticamente significativa da avaliação até os 6 meses ( $p=0,001$ ). Estes resultados corroboram com o estudo de Meneses e Costa et al., 2012, onde pessoas com LB apresentam melhoria substancial nas primeiras seis semanas, havendo uma redução acentuada na dor e incapacidade, porém estas reduções são muito pequenas entre as 6 e 52 semanas.

Um aspeto importante a destacar, neste presente estudo, é que em relação aos fatores associados, observou-se que apenas duas variáveis são preditivas para a baixa qualidade de vida: as variáveis habilitações literárias ( $p =0,04$ ) e situação profissional ( $p =0,02$ ) após 2 meses. Assim, os participantes com educação básica ou inferior apresentam uma probabilidade 2,29 superior de apresentarem baixa QVRS aos 2 meses, relativamente aos participantes com ensino secundário ou superior. Por sua vez, os participantes inativos apresentam uma probabilidade 3,28 superior de apresentarem baixa QVRS aos 2 meses relativamente aos participantes ativos e não foi encontrada nenhuma associação significativa para os 6 meses. As outras variáveis independentes não tiveram relevância preditiva para a baixa QVRS.

Os resultados deste presente estudo sugerem, então, que deverão existir outros fatores, para além dos sociodemográficos e clínicos, mais importantes para preverem a baixa QVRS. Na literatura é referido que fatores psicossociais, tais como o medo do movimento/ atividade, ansiedade ou expectativas pessimistas relativamente à condição e a sua evolução constituem fatores de risco para a desenvolver dor persistente, incapacitante e conseqüentemente baixa qualidade de vida (Jellema P. et al., 2005).

Entende-se que o presente estudo apresenta como pontos positivos o facto de a recolha dos dados ter sido realizada em vários locais de prática clínica bem como o baixo número de desistências ao longo do estudo (apenas 11 participantes o que representa menos de 10%). No entanto, este estudo apresenta como limitações, o facto de não

avaliarmos outro tipo de variável na *baseline* (fatores psicossociais) que poderia ser relevante para a relacionarmos com a QVRS e a incapacidade funcional, e assim poderíamos perceber se existiria alguma influência dos mesmos na mudança da QVRS. Outra limitação deste estudo foi a medição dos resultados. Todos os *outcomes* do estudo foram avaliados com medidas de autoavaliação pelo participante, situação que pode gerar o viés de resposta. Sendo assim, as respostas podem ser dadas com base em pressupostos desejáveis socialmente (viés de desejabilidade social). Ainda relativamente ao preenchimento dos instrumentos de autoavaliação, as diferentes fases de avaliação poderiam contribuir para o viés de memória. No entanto, na tentativa de minimizar estes aspetos, foi solicitado aos participantes que respondessem com sinceridade e foi assegurado que as suas respostas eram confidenciais.

Relativamente a perspetivas futuras, sugerimos a replicação do mesmo estudo com a introdução de novas variáveis social/cultural e económica. Esta aquisição de dados, permitiria estabelecermos comparações com uma maior diversidade, visto que os resultados deste presente estudo apontaram maior probabilidade de baixa QVRS nas pessoas com educação básica ou inferior e inativas (desempregadas, reformadas ou incapazes de devido ao seu problema) que tem maior probabilidade de reportar baixa QVRS. O que nos permitiria comparar as nossas respostas em outros contextos com uma maior variabilidade da população com diferentes subgrupos de utentes. Outra indicação também, para estudos futuros, seriam as correlações entre incapacidade funcional (RMDQ) e QVRS (EQ-5D) em *follow-ups* por exemplos, aos 6 meses e 12 meses da avaliação para percebermos se as características clínicas da LB influenciam nestes resultados. Assim sendo, espera-se que este estudo seja um contributo relevante dado o crescente número de pessoas com lombalgia em Portugal.

## 5. CONCLUSÃO

O presente estudo tem por objetivo geral analisar o impacto da LB na qualidade de vida relacionada com a saúde em utentes que recorrem aos cuidados primários. Os resultados obtidos indicam que as pessoas que procuram os cuidados de saúde primários com um episódio de lombalgia tem, em média, um índice de qualidade de vida relacionada com a saúde baixo quando comparado com a estimativa deste índice para a população geral portuguesa. Este índice é significativamente mais baixo nas

peças com lombalgia aguda e que estão a tomar medicação.

A dor/ mal estar e a dificuldade na realização das atividades habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer), embora moderados, são os domínios da QVRS mais frequentemente reportados pelos participantes neste estudo. Foi também observada uma forte associação negativa entre o índice (EQ-5D) e a RMDQ, indicando que maiores níveis de incapacidade estão associados a menor QVRS.

No período de 6 meses após consulta, existe uma melhoria estatisticamente significativa nesse índice que ocorre nos primeiros 2 meses. Apesar de se observarem melhorias na QVRS no período de 6 meses após consulta, com diferenças estatisticamente significativas aos 2 meses, o valor final do índice EQ5D mantêm-se em média, inferior ao encontrado na população portuguesa. Também aos 2 meses, e entre os que recorrem aos cuidados de saúde primários por um episódio de lombalgia, são as pessoas com educação básica ou inferior e inativas (desempregadas, reformadas ou incapazes de devido ao seu problema) que tem maior probabilidade de reportar baixa QVRS.

Desta forma e considerando a importância crescente deste constructo QVRS no contexto da saúde, esperamos que o presente estudo possa contribuir para o melhor conhecimento sobre o impacto que da lombalgia, cada vez mais frequente, na população portuguesa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klaber-Moffett, J., Kovacs, F., ..., COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain (2006). Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 15 Suppl 2, S192-300.

Almeida, D., & Kraychete, D. (2017). Dor lombar - uma abordagem diagnóstica. *Revista Dor*, 18(2), 173-177. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170034>.

Anandacoomarasamy A, Caterson I, P Sambrook, Fransen M, March L (2008) O impacto da obesidade no sistema músculo-esquelético. *Int Journal of Obesity* 32: 211-222.

Artus, M., van der Windt, D., Jordan, K. P., & Croft, P. R. (2014). The clinical course of low backpain: a meta-analysis comparing outcomes in randomised clinical trials (RCTs) and observational studies. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1), 68. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-68>

Bagattini, Â. M. (2015). *Aplicação do Questionário EQ-5D em Formato Eletrônico: equivalência com a versão em português brasileiro do formato em papel*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

Branco, J., Rodrigues, A., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P, EpiReumaPt study group. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD open*, 2(1), p.e 000166.

Berenguera A, Pujol-Ribera E, T Rodriguez-Blanco, Violan C, Casajuana M, et al. (2011) Protocolo de estudo de custo-efetividade e custo-utilidade de uma intervenção biopsicossocial multidisciplinar na evolução da lombalgia sub-aguda não-específica na população de trabalho: ensaio clínico randomizado por cluster. *BMC Musculoskeletal Disord* 12: 194.

Brooks, R. (2013). *The EuroQol group after 25 years*. New York: Springer.

Caeiro, Cruz, Fernandes, Pires, & Costa. (2015). Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica.

Canavarro, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Casagrande, D., Gugala, Z., Clark, S. & Lindsey, R. (2015). Low Back Pain and Pelvic Girdle Pain in Pregnancy. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 23(9), 539–549. <http://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00248>

- Cheung, K., Oemar, M., Oppe, M. & Rabin, R. (2009) EQ-5D user guide: basic information on how to use EQ-5D. *EuroQol Group*, 1-24.
- Cleland, J., Childs, J. & Whitman, J. (2008). Psychometric Properties of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in Patients with Mechanical Neck Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(1), 69–74.
- Costa, L., Maher, C., McAuley, J. Hancock, M., Herbert, R., Refshauge, K., Henschke, N. (2009). Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ*, 6, 339-382.
- Costa, L., Maher, C., Hancock, M., Mcauley, J., Herbert, R. & Costa, L. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 184(11), E613-24.
- Cruz, L., Fleck, M., Oliveira, M., Camey, S., Hoffmann, J., Bagattini, A. & Polanczyk, C. (2013). Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Cien Saude Colet*, 18(7), 1911-1921.
- Cuesta-Vargas, A., González-Sánchez, M. & Casuso-Holgado, M. (2013). Effect on health-related quality of life of a multimodal physiotherapy program in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 1-19.
- da C Menezes Costa, L., Maher, C. G., Hancock, M. J., McAuley, J. H., Herbert, R. D., & Costa, L. O. P. (2012). The prognosis of acute and persistent low-back pain: a meta-analysis. *CMAJ*, 184(11), E613–24.
- Dagenais, S., Caro, J. & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J.*, 8(1), 8-20.
- Deyo, R., Dworkin, S., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein, D, Carragee, E., ..., Weinee, D. (2012). Report of the NIH Task Force on Research Standards for Chronic Low Back Pain. *Spine Epidemiology*, 39(14), 1128-1143.
- Deyo, R., Dworkin, S., Amtmann, D., Andersson, G., Borenstein, D., Carragee, E., . . . Weiner, D. K. (2014). Report of the NIH task force on research standards for chronic low back pain. *Pain Medicine (United States)*, 15(8), 1249-1267. doi:10.1111/pme.12538
- Diamont, S., & Borenstein, D. (2006). Chronic low back pain in a working-age adult. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 20 (4), 707-20.
- Dworkin, R., Turk, D., McDermott, M., Peirce-Sandner, S., Burke, L., Cowan, P., . . . Sampaio, C. (2009). Interpreting the clinical importance of group differences in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 146(3), 238– 244.
- EuroQol Group (1990). EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3),199–208.
- Farrar, J., Young, J., LaMoreaux, L., Werth, J. & Poole, R. (2001). Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical rating scale. *Pain*, 94(2), 149–158.
- Ferreira, L. & Ferreira, P., 2014. Health State Values and Country-Specific Value Sets. In A. C. Michalos, ed. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 2744-2749). Dordrecht: Springer Netherlands.

- Ferreira, P., Ferreira, L., & Pereira, L. (2013). Contribution for the Validation of the Portuguese Version of EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, 26(6), 664-675.
- Ferreira-Valente, M., Pais-Ribeiro, J. & Jensen, M. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404.
- Ferreira, L., Ferreira, P., Pereira, L. & Oppe, M. (2014). EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res*, 23(2), 425-30.
- Fleck, M. (2008). Problemas Conceptuais em qualidade de vida. In M. P.A. Fleck, & cols. *A avaliação da qualidade: Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Fritz, J., Beneciuk, J., George, S. (2011). Relationship between categorization with the STarT Back Screening Tool and prognosis for people receiving physical therapy for low back pain. *Phys Ther.*, 91(5), 22-32. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100109>.
- Fritz, J., Kim, M., Magel, J. & Asche, C. (2017). Cost-Effectiveness of Primary Care Management with or Without Early Physical Therapy for Acute Low Back Pain. *SPINE* 42(5), 285–290.
- Forsbrand, M., Grahn, B., Hill, J., Petersson, I., Sennehed, C. & Stigmar, K. (2018). Can the STarT Back Tool predict health-related quality of life and work ability after an acute/subacute episode with back or neck pain? A psychometric validation study in primary care. *BMJ Open*, 8: e021748. doi:10.1136/bmjopen-2018-021748.
- Foster NE, Dziedzic KS, van der Windt DA, Fritz JM, Hay EM. Research priorities for non-pharmacological therapies for common musculoskeletal problems: nationally and internationally agreed recommendations. *BMC Musculoskelet Disord*.2009;10:3. doi:10.1186/1471-2474-10-3.
- FUJIWARA A, KOBAYASHI N, SAIKI K et al: Association of the Japanese Orthopaedic Association score with the Oswestry Disability Index, Roland-Morris Disability Questionnaire, and short-form 36. *Spine* 2003;28(14):16017.
- GBD (2016). Mortality and causes of Death Collaborators Global, regional, and national life expectancy, all- cause mortality, and cause- specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.*, 388, 1459-1544. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31012-](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31012-)
- Gheldof E, Vinck J, Van den Bussche E, Vlaeyen J, Hidding A, Crombez G. Pain and pain-related fear are associated with functional and social disability in an occupational setting: evidence of mediation by pain-related fear. *Eur J Pain*. 2006 Aug;10(6):513-25.
- Gouveia, N., Rodrigues, A., Eusebio, M., Ramiro, S., Machado, P., Canhao, H., & Branco, J. C. (2015). Prevalence and social burden of active chronic low back pain in the adult Portuguese 37 population: results from a national survey. *Rheumatology International*, 1–15. <http://doi.org/10.1007/s00296-015-3398-7>.
- Hahne, A., Ford, J., Surkitt, L., Richards, M., Chan, A., Slater, S. & Taylor, N. (2017). Individualized Physical Therapy Is Cost-Effective Compared with Guideline-Based Advice for People with Low Back Disorders. *SPINE*, 42(3), E169–E176.
- Hancock, M., Maher, C., Latimer, J., McLachlan, A., Cooper, C., Spindler, M. & McAuley, J. (2007). Assessment of diclofenac or spinal manipulative therapy, or both, in addition to recommended first-line treatment for acute low back pain: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9599), 1638-43.

Handrakis JP, Friel K, Hoeffner F, Akinkunle O, Genova V, Isakov E, Mathew J, Vitulli F. Key Characteristics of Low Back Pain and Disability in College-Aged Adults: A Pilot Study. 2012. Arch Phys Med Rehabil Vol 93.

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Woolf, A. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 6736(18). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Hawker, G., Mian, S., Kendzerska, T. & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res.*, 63, Suppl 11, S240-52. doi: 10.1002/acr.20543.

Hwang, Y.-H., Jang, Y., Wu, H.-C. & Wang, J.-D. (2005). Predicting Health-Related Quality of Life in Patients with Low Back Pain. *SPINE* 30(5), 551–555.

Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C., & Manniche, C. (2003) Low back pain: what is the longterm course? A review of studies of general patient populations. *European Spine Journal*, 12(2), 149-65.

Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F. & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769-81.

Jellema P, van der Windt DA, van der Horst HE, Twisk JW, Stalman WA, Bouter LM: Should treatment of (sub)acute low back pain be aimed at psychosocial prognostic factors? Cluster randomised clinical trial in general practice. *BMJ* 2005, 331:84.

Jones, K., Vojir, C., Hutt, E. & Fink, R. (2007). Determining mild, moderate, and severe pain equivalency 38 across pain-intensity tools in nursing home residents. *Journal of rehabilitation research and development*, 44(2), 305–314

Kent, P. & Keating J. (2008). Can we predict poor recovery from recent-onset nonspecific low back pain? A systematic review. *Manual Therapy*, 13(1), 12-28.

Koes, B., van Tulder, M, Lin, C, Macedo, L, Mc Auley, J, Maher, C. (2010). Na updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in: primary care. *European Spine Journal*, 19, 2075-2094.

Kovacs, M., Abairra, V., Zamora, J., Gil, T., Libera, J. & Fernández, C. (2005a). The transition from acute to subacute and chronic low-back pain. *Spine*, 30(15),1786-92.

Kovacs, F., Muriel, A., Abairra, V., Medina, J., Sanchez, M. & Olabe, J. (2005b). The influence of fear avoidance beliefs on disability and quality of life is sparse in spanish low back pain patients. *Spine*, 30(22), E676-682.

Krause, N., Rugulies, R., Ragland, D.R., & Syme, S.L. (2004). Physical workload, ergonomic problems, and incidence of low back injury: a 7.5 - year prospective study of San Francisco Transit operators. *American Journal of Industrial Medicine*, 46 (6), 570-85.

Krimer, M., & van Tulder, M. (2007). Low back pain (non-specific). *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 21(1), 77-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004>.

K Yamada, Matsudaira K, K. Takeshita, Oka H, Hara N, et al. (2013) Prevalência de dor lombar como local de dor primária e fatores associados à baixa qualidade de vida

relacionada à saúde em uma grande população japonesa: um estudo epidemiológico transversal de dor associado. *Mod Rheumatol* 2013: 1-8.

Ladeira, C. (2011). Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 15(3), 190-199.

Linton, S. J. (2000). A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine*, 25(9), 1148-56.

Ludwig, C., Luthy, C., Allaz, A., Herrmann, F., & Cedraschi, C. (2017). The impact of low back pain on health-related quality of life in old age: results from a survey of a large sample of Swiss elders living in the community. *Eur Spine J*, 27(5), 1157-1165. <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5427-6>.

Manchikanti, L., Singh, V., Datta, S., Cohen, S. P., & Hirsch, J. A. (2009). Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain physician*, 12(4), E35-70.

Mannion, A., Balagué, F., Pellisé, F. & Cedraschi, C. (2007). Pain measurement in patients with low back pain. *Rheumatology*, 3(11), 610-618.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª edição. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda.

Meneses, R. F. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: Contributos o contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Meneses, R., Ribeiro, J. & Silva, A. (2002). Revisão de Literatura sobre avaliação da qualidade de vida de adultos com epilepsia. Dificuldade na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 61-88.

Montazeri, A. & Mousavi, S. (2010). Quality of Life and Low Back Pain. In: Preedy V.R., Watson R.R. (eds) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York: Springer.

Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O. & Hipólito, J. (2010). Questionário de Incapacidade de Roland Morris: adaptação e validação para a população portuguesa com lombalgia / Roland Morris Disability Questionnaire Adaptation and Validation for the Portuguese Speaking Patients with Back Pain, *Acta Médica Portuguesa*, 5(23), 761-766.

Murray, C., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A., Michaud, C., ..., Memish, Z. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2197-223.

Nusbaum, L., Natour, J., Ferraz, M. & Goldenberg, J. (2001). Translation, adaptation and validation of the Roland- Morris questionnaire- Brazil- Morris. *Braz J Med Biol Res.*, 34(2), 203-10.

Ocarino, J., Gonçalves, G., Vaz, D., Cabral, A., Porto, J. & Silva, M. (2009). Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 13(4), 343-349.

Ogunlana MO, Odole AC, Adejumo A, Odunaiya N. Catastrophising, pain, and disability in patients with nonspecific low back pain. *Hong Kong Physiotherapy Journal* (2015) 33, 73-79

Ogunlana MO, Oduniya ND, Dairo MD, Ihekuna O (2012) Preditores de qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lombalgia inespecífica. *AJPARS* 4: 15-22.

- Ostelo, R. & de Vet, H. (2005). Clinically important outcomes in low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol.*, 19(4),593-607.
- Ostelo, R., Deyo, R., Stratford, P., Waddell, G., Croft, P., Von Korff, M., Bouter, L. & de Vet, H. (2008). Interpreting Change Scores for Pain and Functional Status in Low Back Pain. *Spine*, 33(1), 90–94.
- Pais- Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-estar e qualidade de vida* (pp. 31-49) Alcochete: Textiverso.
- Pereira, R., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S. & Cecon, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38.
- Pincus, T., Burton, A. K., Vogel, S., & Field, A. P. (2002). A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine*, 27(5), E109–20.
- Pinheiro, J., Figueiredo, P., Branco, J., Ramos, S. & Ferreira, L. (2011). Dor Lombar Crónica Inespecífica e Função. Estudo Clínico no Âmbito de uma Consulta de Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Med Port* 24(S2), 287-292.
- Polo-Cruz, B., Gusi, N., Adsuar, J., Pozo-Cruz, J., Parraca, J., Hernandez-Mocholí, M. (2013). Musculoskeletal fitness and health-related quality of life characteristics among sedentary office workers affected by sub-acute, non-specific low back pain: a cross-sectional study. *Physiotherapy*, 99, 194–200.
- Portney L. & Watkins, M. P. (2009). *Foundations of clinical research: applications to practice*, 3 ed. Upper Saddle River; Prentice Hall.
- Rahu, M., Grap, M., Ferguson, P., Joseph, P., Sherman, S. & Elswick, Jr. (2015). Validity and Sensitivity of 6 Pain Scales in Critically Ill, Intubated Adults. *American Journal of Critical Care*, 24(6), 514–524.
- Raimundo, A., Parraca, J., Batalha, N., Tomas-Carus, P., Branco, J., Hill, J., & Gusi, N. (2017). Portuguese translation, cross-cultural adaptation and reliability of the questionnaire «Start Back Screening Tool» (SBST). *Acta Reumatol Port.*, 42, 38-46.
- Rik Op De Beeck, L. & Hermans, V. (2000). *Work-Related Low Back Disorders*. Brussels: Institute for Occupational Safety and Health.
- Ruiz FK, Bohl DD, Webb ML, Russo GS, Grauer JN. Oswestry Disability Index is a better indicator of lumbar motion than the Visual Analogue Scale. *The Spine Journal* 14 (2014) 1860–1865.
- Santos-Eggimann, B., Wietlisbach, V., Rickenbach, M., Paccaud, F. & Gutzwiller, F. (2000). One-year prevalence of low back pain in two Swiss regions: estimates from the population participating in the 1992-1993 MONICA project. *Spine*, 25(19), 2473-9.
- Schaller, A., Dejonghe, L., Haastert, B. & Froboese, I. (2015). Physical activity and health-related quality of life in chronic low back pain patients: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16, 62-69.
- Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, S Solovieva, Viikari-Juntura E (2010) [Associação entre obesidade e lombalgia: uma meta-análise. Am J Epidemiol 171: 135-154.](#)

Simões, M., Sousa, L., Vilar, M. & Paredes, T. (2010) Avaliação da Qualidade de Vida: Uma Breve Revisão de Estudos Psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOLBref. In Canavarro, M. C., & Vaz Serra, A. (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. (pp. 129-151). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Smeets, R., Vlaeyen, J., Kester, A. & Knottnerus, J. (2006). Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-Behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain. *The Journal of Pain*, 7(4), 261–271. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2005.10.011>

Soer R, Reneman MF, Speijer BL, Coppes MH, Vroomen PC. Clinimetric properties of the EuroQol-5D in patients with chronic low back pain. *Spine J*. 2012;12(11):1035–9.

Stefane T, Munari dos Santos A, Marinovic A, Hortense P (2013) Lombalgia crônica: intensidade da dor, incapacidade e qualidade de vida. *ActapaulEnferm* 26: 1.

Stump, P., Kobayashi, R. & Campos, A. (2016). Lombociatalgia. *Revista Dor*, 17(Suppl. 1), 63-66. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160051>.

Thelin, A., Holmberg, S., & Thelin, N. (2008). Functioning in neck and low back pain from a 12-year perspective: A prospective population-based study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 555–561. doi: 10.2340/16501977-0205

Treede, R., Jensen, T., Campbell, J., Cruccu, G., Dostrovsky, J., Griffin, J., ... Serra, J. (2008). Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70(18), 1630-1635. doi: 10.1212/01.wnl.0000282763.29778.59

Tüzün, S., Aktas, I., Akarirmak, Ü., Sipahi, S. & Tüzün, F. (2010). Yoga might be an alternative training for the quality of life and balance in postmenopausal osteoporosis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 46, 69–72.

WIESINGER GF, NUHR M, QUITTAN M et al: Cross-cultural adaptation of the Roland-Morris questionnaire for German-speaking patients with low back pain. *Spine* 1999; 24:1099-103.

Verkerk, K., Luijsterburg, P., Ronchetti, I., Miedema, H., Goudzwaard, A., Wingerden, J. & Koes, B. (2011). Course and prognosis of recovery for chronic non-specific low back pain: design, therapy program and baseline data of a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2(12), 252-260.

## **APÊNDICE 1**

### **FOLHETO INFORMATIVO E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO- UTENTES**

**Título do Estudo:** Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Apresentação do estudo:** Somos um grupo de investigadores constituído por Médicos Reumatologistas, Médicos de Medicina Geral e Familiar e Fisioterapeutas empenhados em oferecer o melhor tratamento para os utentes com dor lombar aguda/ sub- aguda que recorrem aos cuidados de saúde primários e, por isso, estamos a desenvolver um conjunto de estudos que poderão contribuir para a otimização dos cuidados que são prestados a estes utentes.

O estudo para o qual gostaríamos de a(o) convidar a participar é realizado no âmbito do Projeto SPLIT, projeto desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, cofinanciado pelo Programa Operacional Regional de Lisboa, na componente FEDER, e pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, na componente nacional – OE.

Antes de tomar qualquer decisão, é importante que compreenda as razões pelas quais este estudo está a ser conduzido, porque está a ser convidado, e o nível de envolvimento que lhe é pedido. O objetivo deste documento é explicar-lhe os procedimentos e deste modo, ajudá-lo a decidir se quer participar neste estudo ou não.

Leia atentamente este documento e peça ao seu médico/ investigador que lhe explique qualquer palavra ou informação que não compreenda.

#### **QUAL É O OBJECTIVO DO ESTUDO?**

O objetivo deste estudo é avaliar os resultados clínicos (alívio da dor e melhoria da sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia e do trabalho) e o custo-efetividade do tratamento que é prestado aos utentes com um episódio de dor lombar aguda ou subaguda que recorrem ao Médico de Medicina Geral e Familiar nas Unidades de Saúde Familiar do ACES Arrábida. Queremos conhecer quais são os procedimentos usuais do seu Médico,

nomeadamente que tipo de exames solicita, qual a medicação prescrita e se o referencia para algum tipo de tratamento. Queremos também saber como evolui a sua condição.

#### **POR QUE FUI CONVIDADO(A)?**

Foi convidada(o) a participar neste estudo porque o seu médico lhe diagnosticou dor lombar/lombalgia aguda ou subaguda. Por essa razão possui as características clínicas necessárias para ser integrado neste estudo.

#### **TENHO MESMO QUE PARTICIPAR?**

A sua participação é totalmente voluntária. Só serão incluídas as pessoas que derem o seu consentimento informado para o estudo. O estudo e os respetivos procedimentos serão descritos ao longo deste folheto informativo. Terá o tempo que necessitar para a ler e colocar questões. É livre de não participar ou de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar.

**Caso recuse aceitar o convite ou desista no decorrer do estudo, isso não afetará o seu tratamento, que será sempre realizado de acordo com a decisão do seu médico.**

#### **O QUE ACONTECE, SE ACEITAR PARTICIPAR?**

Se aceitar participar neste estudo é importante que compreenda que nada no seu tratamento será alterado. Todos os aspetos requeridos ou recomendados pelo seu Médico serão cumpridos.

Iremos primeiro confirmar que reúne todos os critérios para ser incluído no estudo e realizar uma avaliação da sua condição de dor lombar. Esta avaliação consta do preenchimento de questionários que incluem questões acerca das suas características sociodemográficas (por exemplo, a sua idade, nível de escolaridade, agregado familiar ou duração da sua dor), sobre a sua condição de dor lombar (por exemplo, há quanto tempo sente a sua dor), e sobre a repercussão que esta tem nas atividades do seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. **O tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Todos estes procedimentos serão realizados presencialmente, imediatamente após a sua consulta médica, e no mesmo local, por um Fisioterapeuta, membro da equipa de investigação.

Passados 2 e 6 meses da data da sua consulta ao seu médico, iremos enviar-lhe por correio, os mesmos questionários (exceto o questionário que inclui questões sobre as suas características sociodemográficas, idade, nível de escolaridade, etc.), e pedir-lhe que os preencha. **Também aqui o tempo máximo estimado para o preenchimento dos questionários é de 15 minutos.**

Posteriormente será contactado por telefone, em dia e hora determinada por si, onde lhe iremos pedir que nos transmita o que preencheu nos questionários. Por essa razão iremos pedir-lhe que disponibilize o seu contacto telefónico. Julgamos que o tempo necessário para o telefonema não deverá ultrapassar os **10 minutos**.

Para além dos questionários necessitamos ainda de consultar a sua ficha clínica de forma a recolher informação acerca das intervenções ou outros procedimentos às quais está/esteve sujeito, sendo esta consulta limitada à sua condição de Dor Lombar.

Esta sua participação não envolve quaisquer encargos ou despesas da sua parte, com exceção do tempo necessário para o preenchimento dos questionários/ resposta a questões. Tem ainda o direito de responder apenas às perguntas que quiser, embora todos os questionários sejam habitualmente utilizados na avaliação clínica da dor lombar.

#### **QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS VANTAGENS EM PARTICIPAR?**

Não existe garantia de que venha a retirar qualquer benefício do estudo, mas o conhecimento que pensamos vir a adquirir poderá vir a ajudá-lo a si e/ou a outras pessoas com dor lombar aguda/ subaguda, no futuro.

#### **QUAIS SÃO AS POSSÍVEIS DESVANTAGENS OU RISCOS SE ACEITAR PARTICIPAR?**

Não são esperadas quaisquer implicações negativas para os participantes neste estudo. Se, por alguma razão este estudo tiver qualquer impacto negativo na sua condição poderá abandoná-lo a qualquer momento sem necessidade de fornecer qualquer justificação.

Será informado a respeito de qualquer novo dado que possa afetar a sua decisão de participar neste estudo ou que possa afetar negativamente a sua saúde a longo prazo.

#### **TENHO LIBERDADE PARA ABANDONAR O ESTUDO A QUALQUER MOMENTO?**

A sua participação é totalmente voluntária e é livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem que tenha que o justificar, devendo apenas comunicá-la ao investigador principal do estudo. Não precisa justificar a sua retirada e essa retirada não irá afetar negativamente o seu tratamento atual ou futuro.

#### **O QUE ACONTECE SE EU NÃO ACEITAR PARTICIPAR NO ESTUDO?**

Caso não aceite participar no estudo, irá ser abordado/tratado de acordo com a prática clínica habitual em casos como o seu. Essa decisão não terá qualquer impacto no seu tratamento atual ou futuro, ou direitos de saúde e legais.

#### **E SE HOUVER ALGUM PROBLEMA?**

Se tiver alguma reclamação sobre qualquer aspeto deste estudo, deverá falar com um membro da equipa de investigação. Nessa situação, faremos o nosso melhor para responder às suas questões. Poderá contactar-nos através do número 265709391 ou através do seguinte e-mail: [splitproject@gmail.com](mailto:splitproject@gmail.com). Se por acaso não nos conseguir contactar, deixe a sua mensagem para que a(o) contactemos logo que possível.

Se pretende informação adicional da Instituição que suporta esta investigação, ou se desejar fazer uma reclamação poderá contactar a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, através do telefone (265709391) ou através do e-mail ([eduardo.cruz@ess.ips.pt](mailto:eduardo.cruz@ess.ips.pt)).

#### **A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO SERÁ CONFIDENCIAL?**

Sim. a recolha de dados pessoais e de saúde no âmbito deste estudo cumpre com as disposições da Lei de Proteção de Dados Pessoais (nº67/98 de 26 de Outubro) e serão adotados um conjunto de procedimentos de natureza ética de forma a assegurar que a sua participação será mantida em confidencialidade.

No âmbito do estudo, os seus dados sociodemográficos e de saúde serão recolhidos e tratados de forma pseudonimizada, isto é, em vez de usar o seu nome para a(o) identificar, ser-lhe-á atribuído um código numérico. Este código ser-lhe-á atribuído por um membro da equipa de investigação e apenas ele conseguirá relacionar as suas informações ao seu nome, de forma a garantir a sua privacidade.

O seu nome, morada ou qualquer outro contacto não constarão em qualquer documento.

Os seus dados e as suas respostas aos questionários serão codificados e introduzidos pela equipa de investigação numa base de dados sem qualquer referência ao seu nome ou outros dados identificativos.

Toda a documentação (questionários preenchidos e base de dados) será armazenada em local seguro (Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal) apenas acessível à equipa de investigação.

Para além do seu médico, os seus registos médicos relacionados com a sua condição de dor lombar irão ser acedidos, de forma controlada sob supervisão do Conselho Clínico do ACES Arrábida e com dever de sigilo, pelos investigadores.

Nos termos da lei, tem o direito de, através do seu médico/ equipa de investigação, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.

Caso retire o seu consentimento, os seus dados serão retirados do estudo.

### **O QUE IRÁ ACONTECER COM OS RESULTADOS DESTE ESTUDO?**

Os dados recolhidos no âmbito do estudo poderão vir a ser usados para publicar os resultados e conclusões em relatórios, revistas científicas, congressos, ou outra forma de disseminação. Sempre que isso aconteça, os resultados são apresentados de forma agregada, não sendo, em circunstância alguma, possível identificá-la(o).

Caso tenha interesse em receber a informação que consigamos recolher, refira isso ao investigador principal. No futuro, o investigador principal irá contactá-lo para lhe fazer chegar essa informação.

Uma vez apresentados os resultados, os dados dos questionários originais serão destruídos (no prazo máximo de 2 anos). Os dados digitais ficarão armazenadas na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

### **REMUNERAÇÃO DA EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO**

A equipa de investigação não é remunerada para a realização deste trabalho de investigação.

### **SE TIVER ALGUMA DÚVIDA COM QUEM FALO?**

Caso sinta sintomas anómalos ou tenha algum problema de saúde, pedimos que contacte sempre o seu médico. Caso tenha dúvidas relativamente à sua participação no estudo, pedimos que contacte:

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz (**Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal**; tel.: 265709391) ou com o seu Médico (que lhe facultará um contacto de fácil acesso).

Muito obrigada por ler este documento,

Eduardo José Brazete Carvalho Cruz, Professor Coordenador do Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Luís Miguel Antunes Gomes, Fisioterapeuta, Bolseiro de Investigação associado ao Projeto SPLIT. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO****de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>**

*Por favor, leia com atenção toda a informação do folheto informativo do estudo. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações ao seu médico/ investigador. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:**

**UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

---

**Título do Estudo:** Avaliação dos resultados clínicos e custo-efetividade do tratamento atual para indivíduos com dor lombar aguda e subaguda que recorrem aos cuidados de saúde primários.

**Enquadramento:** Estudo desenvolvido em parceria pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Nova Medical School/ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, através do Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida, que tem como Investigador Responsável, Eduardo Brazete Cruz- Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Declaro que:

1. Fui convidado para participar num estudo que pretende avaliar os resultados clínicos e o custo-efetividade do tratamento que me é prestado.
2. Li e compreendi a informação descrita no folheto informativo, foi-me dado tempo para refletir, e pude esclarecer todas as minhas dúvidas com os investigadores deste estudo.
3. Estou consciente que a minha participação no estudo é completamente voluntária, e que posso recusar-me a participar, ou que posso retirar-me deste estudo a qualquer momento sem que isso afete o meu tratamento atual ou futuro e sem ter de fornecer qualquer explicação.
4. Compreendo que irei participar em três momentos de recolha de dados (imediatamente após a consulta com o meu médico de medicina geral e familiar, e depois aos 2 e 6 meses após a data dessa consulta). Estou consciente que o primeiro momento de recolha de dados será realizado presencialmente e os seguintes através de entrevista telefónica. A entrevista telefónica será combinada previamente e decorrerá em dia e hora determinada por mim, com

---

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

uma duração aproximada de 10 minutos. Por essa razão irei disponibilizar o meu contacto telefónico aos investigadores.

5. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais, mas que vou contribuir para um melhor conhecimento sobre resultados de tratamento da dor lombar aguda/subaguda.
6. Compreendo que será usado um sistema de codificação da minha identidade, que impedirá qualquer identificação pessoal no estudo ou qualquer publicação do estudo. Fui informado que estes dados serão apenas utilizados no âmbito de investigação científica nunca sendo apresentados de forma individual e nunca fazendo referência à minha identidade.
7. Estou consciente que receberei uma cópia assinada e datada deste formulário.

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....

Confirmo que expliquei ao participante de forma adequada e inteligível todos os procedimentos necessários à sua participação no estudo acima descrito. É garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura sem que isso cause qualquer prejuízo ao participante ou afecte os cuidados que lhe são prestados.

**Investigador responsável pelo estudo**

Nome: Eduardo José Brazete Carvalho Cruz

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....

**APÊNDICE 2**

Centro Familiar: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Saúde/ \_\_\_\_\_ Unidade \_\_\_\_\_ Saúde

Nº de Código Atribuído ao Utente (a ser preenchido pelo Investigador colaborador):

\_\_\_\_\_

Data do preenchimento do questionário: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA**

**DO LOMBAR**

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Idade \_\_\_\_\_ 2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Peso (kg): \_\_\_\_\_ 4. Altura (cm): \_\_\_\_\_

5. Qual o seu Estado Civil? *(escolha uma das seguintes opções)*

Solteiro(a)  Casado(a)  União de Facto  Viúvo(a)  Divorciado(a)

6. Quais são as suas Habilitações Literárias? *(escolha uma das seguintes opções)*

Ensino Primário ou inferior  Ensino Básico completo (9º ano de escolaridade)  Ensino Secundário ou equivalente completo (12º ano de escolaridade)  Ensino Superior completo

7. Qual é sua situação profissional? *(escolha uma das seguintes opções)*

A trabalhar  Incapaz de trabalhar devido ao seu problema  Desempregada(o)  Reformada(o)  Doméstica(o)

## DADOS CLÍNICOS

9. Há quanto tempo tem dor lombar? *(escolha uma das seguintes opções)*

0-2 semanas       2-4 semanas       4-8 semanas       8-12 semanas

> 3 meses       > 3 meses e < 7 meses       > 7 meses e < 3 anos       < 3 anos

10. A sua dor prolonga-se para a perna?

Sim       Não

Se sim,      Uma       Ambas

11. Atualmente toma alguma medicação para a sua dor lombar?

Sim  Não

Se sim, indique qual \_\_\_\_\_

12. Está ausente do seu trabalho devido à sua Dor Lombar?

Sim  Não

13. Está de baixa remunerada (estado, seguros, empregador, etc.) devido à sua Dor Lombar?

Sim  Não

14. Desde o início do seu episódio de dor lombar considera que está? (escolha uma das seguintes opções)

Muito melhor  Melhor  Na mesma  Pior  Muito Pior

15. Na última semana... (escolha uma das seguintes opções)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O meu sono foi reparador	<input type="checkbox"/>				
Tive problemas em adormecer	<input type="checkbox"/>				
Acordei várias vezes durante a noite	<input type="checkbox"/>				

16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade da sua dor AGORA.

Sem Dor 

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

 Dor Máxima

16. Por favor, assinale o número que melhor representa a intensidade média da sua dor NOS ÚLTIMOS 7 DIAS.

<b>Sem Dor</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Dor Máxima</b>
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

## APÊNDICE 3

### Roland Morris Disability Questionnaire - versão portuguesa<sup>3</sup>

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. **Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.**

	Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
	Mudo frequentemente de posição para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.
	Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.
	Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.
	Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.
	Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.
	Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.
	Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.
	Visto-me mais lentamente do que é habitual por causa das minhas costas.
	Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.
	Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.
	Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.
	As minhas costas estão quase sempre a doer.
	Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.

<sup>3</sup> **Adaptado e validado para a população Portuguesa por:** Monteiro et. al. (2010). Ata Médica Portuguesa 23: 761-766. Versão Original de Roland & Morris, 1983. *Spine (Phila Pa 1976)*, 8(2), 141-144.

	Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.
	Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meias altas por causa das dores das minhas costas.
	Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.
	Não durmo tão bem por causa das minhas costas.
	Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.
	Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
	Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.
	Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.
	Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.
	Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas

## AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE – EQ - 5 D-3L (Versão Portuguesa)<sup>4</sup>

Assinale com uma cruz (X) um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações descreve melhor o seu estado de saúde hoje.

### Mobilidade

- Não tenho problemas em andar  1
- Tenho alguns problemas em andar  2
- Tenho de estar na cama  3

### Cuidados Pessoais

- Não tenho problemas em cuidar de mim  1
- Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me  2
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a  3

**Atividades Habituais** (*ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer*)

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais  1
- Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais  2
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais  3

### Dor / Mal Estar

- Não tenho dores ou mal estar  1
- Tenho dores ou mal estar moderados  2
- Tenho dores ou mal estar extremos  3

### Ansiedade / Depressão

---

<sup>4</sup> Adaptado e validado para a população Portuguesa por: Ferreira, PL, Ferreira, LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da versão Portuguesa do EQ-5D, Acta Med Port 2013 Nov-Dec;26(6):664-675. Copyright © EuroQol Group. Copyright © Versão Portuguesa, 1997, 1998. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

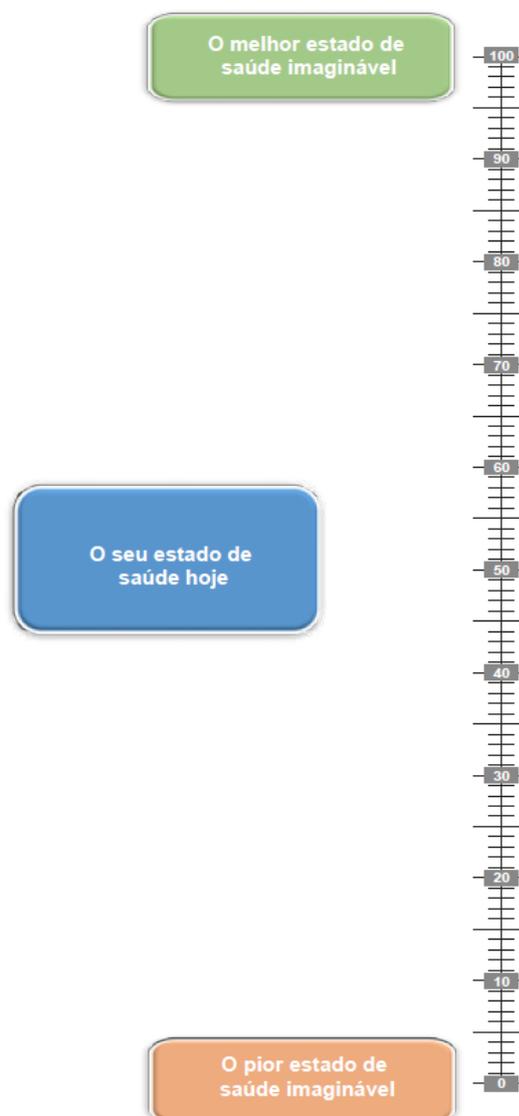
- Não estou ansioso/a ou deprimido/a  1
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a  2
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a  3

Comparado com o meu nível geral de saúde durante os últimos 12 meses, o meu estado de saúde hoje é:

- Melhor  1
- O mesmo  2
- Pior  3

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



## APÊNDICE 4 – Outputs SPSS

### TESTES DE NORMALIDADE

Variáveis em estudo	Kolmogorov-Smirnov	
	Estatística	Valor p
Idade	0,089	0,025*
Peso	0,090	0,024*
Altura	0,054	0,200
IMC	0,126	0,000*
END (T0)	0,115	0,001*
RMDQ (T0)	0,110	0,002*
Índice EQ-5D-3L (T0)	0,146	0,000*
Termómetro EQ-5D-3L (T0)	0,105	0,003*

\*Valor  $p \leq 0,05$

### Testes de Normalidade

	Dropout	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
END_Momento_T0	0	,132	103	,000	,953	103	,001
	Dropout	,182	12	,200*	,925	12	,329
RMDQ_T0	0	,116	103	,002	,961	103	,004
	Dropout	,121	12	,200*	,945	12	,569

\*. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	7,209 <sup>a</sup>	2	,027
Razão de verossimilhança	11,036	2	,004
Associação Linear por Linear	4,644	1	,031
Nº de Casos Válidos	115		

a. 2 células (33,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,82.

### Testes qui-quadrado

	Valor	gl	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	3,004 <sup>a</sup>	1	,083		
Correção de continuidade <sup>b</sup>	2,002	1	,157		
Razão de verossimilhança	2,864	1	,091		
Teste Exato de Fisher				,112	,081
Associação Linear por Linear	2,978	1	,084		
Nº de Casos Válidos	115				

a. 1 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 4,28.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

### Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T0	,113	103	,002	,961	103	,004
EQ_5D_VAS_T0	,096	103	,020	,976	103	,053
EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T1	,145	103	,000	,937	103	,000
EQ_5D_VAS_T1	,150	103	,000	,930	103	,000
EQ_5D_Index_T2	,156	103	,000	,940	103	,000
EQ_5D_VAS_T2	,166	103	,000	,892	103	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de EQ_5D_3L_Calculo_Indice_TO é a mesma entre as categorias de Cat_Idade.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,936	Retar a hipótese nula.
2	A distribuição de EQ_5D_VAS_TO é a mesma entre as categorias de Cat_Idade.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes	,347	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	As distribuições de EQ_5D_VAS_T0, EQ_5D_VAS_T1 and EQ_5D_VAS_T2 são as mesmas.	Análise de Variância de Dois fatores de Friedman por Postos de Amostras Relacionadas	,000	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de EQ_5D_3L_Calculo_Indice_T0 é a mesma entre as categorias de Medicação_DL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,000	Rejeitar a hipótese nula.
2	A distribuição de EQ_5D_VAS_T0 é a mesma entre as categorias de Medicação_DL.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,428	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

### Correlações

		END_Momento_T0	EQ_5D_3L_Total_T0	RMDQ_T0	EQ_5D_VAS_T0	
r Spearman	END_Momento_T0	Coeficiente de Correlação	1,000	,469**	,485**	-,434**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,000
		N	115	115	115	115
	EQ_5D_3L_Total_T0	Coeficiente de Correlação	,469**	1,000	,759**	-,415**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000
		N	115	115	115	115
	RMDQ_T0	Coeficiente de Correlação	,485**	,759**	1,000	-,439**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000
		N	115	115	115	115
	EQ_5D_VAS_T0	Coeficiente de Correlação	-,434**	-,415**	-,439**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	.
		N	115	115	115	115

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

**Tabela de Classificação<sup>a,b</sup>**

	Observado	Predito		Porcentagem correta	
		Baixa_QV	Baixa_Boa_QV_T1		
Passo 0	Baixa_Boa_QV_T1	Boa_QV	0	54	,0
		Baixa_QV	0	61	100,0
	Porcentagem global				53,0

a. A constante está incluída no modelo.

b. O valor de recorte é ,500

**Regressão Logística:****Baixa\_Boa\_QV\_T0**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Boa_QV	24	20,9	20,9	20,9
	Baixa_QV	91	79,1	79,1	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

**Baixa\_Boa\_QV\_T1**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Boa_QV	54	47,0	47,0	47,0
	Baixa_QV	61	53,0	53,0	100,0
	Total	115	100,0	100,0	

**Baixa\_Boa\_QV\_T2**

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Boa_QV	58	50,4	50,4	50,4
	Baixa_QV	57	49,6	49,6	100,0
	Total	115	100,0	100,0	