

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA
CURSO DE FISIOTERAPIA

Débora dos Santos Macedo

**RELAÇÃO ENTRE DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA, INCAPACIDADE
FUNCIONAL E CINESIOFOBIA**

PORTO ALEGRE

2017

Débora dos Santos Macedo

**RELAÇÃO ENTRE DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA, INCAPACIDADE
FUNCIONAL E CINESIOFOBIA**

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado a Comissão de Graduação do
Curso de Fisioterapia da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul para a
obtenção de título de Bacharel

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriane Vieira

PORTO ALEGRE

2017

Agradecimentos

Agradeço principalmente a toda minha família que me auxiliou durante estes anos todos de formação, sempre me apoiando em minhas decisões e me tranquilizando quando as situações pareciam não ter solução.

... à minha Mãe, Sirlei, que é meu exemplo de força e determinação na vida, mulher guerreira e amorosa com as filhas, quem sempre me incentiva à continuar e é principalmente meu alicerce nessa vida.

... à minha irmã Daiana, minha melhor amiga e conselheira, que sempre está disposta a me ajudar e a me ouvir falar incessantemente sobre meus problemas, me apoiando sempre que preciso.

... à minha Vó Tereza e a minha Tia Sônia, que me deram todo aporte necessário para entrar na faculdade e sempre me incentivando a continuar com os meus estudos, aonde quer que eu vá.

... aos meus amigos que de longe ou perto, na faculdade ou na dança, que me apoiaram e me ajudaram durante a minha formação.

... à minha amiga Janice, pela parceria e grande amizade que tem por mim, que neste último ano se mostrou muito importante para que pudéssemos superar as barreiras e desafios desta última etapa.

...à minha amiga Thaline, parceira de pesquisa, TCC e vida, com quem tive o prazer de construir este belo trabalho e também o prazer de construir nossa amizade durante este trajeto.

... ao grupo de pesquisa do HCPA, aos colegas, em especial à Luciana, Eduardo e Marcelo que sempre me incentivaram e acreditaram em meu potencial, e em especial ao Marcelo que me auxiliou em muitos aspectos durante a construção deste trabalho.

...à minha Orientadora Adriane, pela incansável paciência e por ter aceitado o desafio de me orientar e me guiar durante este caminho e pelo grande exemplo profissional.

Enfim, agradeço a Deus por ter conseguido chegar até aqui, pelos desafios que ainda encontrarei ao longo da vida e a todas as pessoas que de alguma forma estiveram no meu lado e me ajudaram durante esses anos. A todos deixo minha mensagem: Obrigada por tudo, prometo sempre dar o meu melhor!

RESUMO

Introdução: A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é um dos problemas de saúde multifatorial e tem sido reacionada a perda da capacidade funcional. O conhecimento da relação entre fatores psicossociais, como o medo do movimento e da realização de exercícios, o quadro de dor e de incapacidade funcional do indivíduo são relevante para avaliação e definição de estratégias de tratamento.

Objetivo: verificar a existência de uma relação entre incapacidade funcional em pessoas com DLCI com a intensidade da dor e a cinesiofobia. **Metodologia:** estudo ex post facto correlacional com a aplicação da Escala Numérica de Dor, do Questionário Oswestry Disability Index e da Escala Tampa de Cinesiofobia. Os sujeitos convidados a participar da pesquisa foram selecionados através de uma lista de espera de dois grupos de intervenção para o tratamento da DLCI de um hospital universitário. **Resultados:** Foram encontradas neste estudo correlação significativa e forte entre cinesiofobia e incapacidade funcional ($r= 0,641$ e $p=0,000$) e significativa e fraca entre cinesiofobia e dor ($r=0,410$ e $p=0,010$) e incapacidade funcional e dor ($r=0,389$ e $p=0,016$). **Conclusão:** Os resultados do estudo sugerem a necessidade de avaliar a cinesiofobia e considerá-la no tratamento fisioterapêutico de indivíduos portadores de DLCI para evitar ou reduzir o quadro de incapacidade funcional.

Palavras chaves: dor lombar, incapacidade funcional, medo, movimento.

Sumário

1. Apresentação.....	7
2. Introdução	11
3. Metodologia.....	13
3.1. Análise estatística.....	15
4. Resultados	15
6. Discussão.....	17
7. Conclusão	19
8. Referências.....	20
9. ANEXOS	23
ANEXO I - Normas de Publicação da Revista Fisioterapia e Pesquisa.....	23
ANEXO II - Escala Tampa para Cinesiofobia.....	31
ANEXO III - QUESTIONÁRIO OSWESTRY PARA AVALIAÇÃO DA DOR LOMBAR.....	32
ANEXO IV – Escala Visual numérica de dor	35

1. Apresentação

Durante minha formação acadêmica tive a oportunidade de construir meu conhecimento participando de projetos de extensão, monitorias e iniciações científicas, quase sempre em projetos que envolviam intervenções direcionadas a pessoas com dor lombar crônica inespecífica (DLCI), problema frequente na população que acaba por sobrecarregar o sistema de saúde. Ao longo do curso, tive a oportunidade de participar, do projeto de extensão da Profª Drª Adriane Vieira, e durante as práticas de grupo realizadas, percebi que os aspectos psicológicos e comportamentais estão presentes como fatores que podem aumentar as limitações dos indivíduos com DLCI, sendo importantes estudá-los e abordá-los durante as intervenções fisioterapêuticas.

Nos dois últimos anos pude participar de um projeto de iniciação científica, que com o mesmo foco, onde percebi a importância de estudar os fatores envolvidos no processo da cronificação da dor. Este projeto me possibilitou a realização deste estudo acerca do tema DLCI, envolvendo também a cinesiofobia, incapacidade funcional e dor lombar crônica, de forma a tentar entender um pouco mais sobre as relações destas variáveis entre si.

Ao conversar com a nossa professora orientadora, foi-me sugerido que pesquisasse na literatura artigos que abordassem o tema sugerido para minha pesquisa. Poucos estudos foram encontrados que sugeriram relações entre incapacidade funcional, dor e cinesiofobia, ou que soubessem das exatas relações entre estas variáveis. Desta forma, achei que seria importante explorar este mais assunto, o que me permitiu ter outra visão sobre as abordagens terapêuticas acerca deste tema, contribuindo para meu crescimento profissional.

O seguinte trabalho foi estruturado de acordo com as normas da Revista Fisioterapia e Pesquisa (Anexo I), sendo que as Tabelas e Figuras, diferentemente da solicitação das normas da revista, foram colocadas no corpo do texto, e não no final, para facilitar a leitura. Foi realizado um estudo do tipo Ext Post Facto Correlacional, onde foi realizada uma avaliação única com a

aplicação da Escala Tampa de Cinesiofobia (ANEXO II), Questionário Oswestry Disability Index (ANEXO III) e a Escala Numérica de Dor (ANEXO IV). As avaliações foram realizadas em serviço de atenção básica e ambulatório de fisioterapia de um hospital universitário, a fim de verificar a existência da relação entre incapacidade funcional, intensidade da dor e cinesiofobia em indivíduos com dor lombar crônica inespecífica. Este estudo contou com a orientação e apoio da Prof^a Dr^a Adriane Vieira.

RESUMO

Relação entre dor lombar crônica inespecífica, incapacidade funcional e cinesiofobia

Relation between chronic nonspecific low back pain, functional disability and kinesiophobia

Introdução: A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é um dos problemas de saúde multifatorial e tem sido reacionada a perda da capacidade funcional. O conhecimento da relação entre fatores psicossociais, como o medo do movimento e da realização de exercícios, o quadro de dor e de incapacidade funcional do indivíduo são relevante para avaliação e definição de estratégias de tratamento. **Objetivo:** verificar a existência de uma relação entre incapacidade funcional em pessoas com DLCI com a intensidade da dor e a cinesiofobia. **Metodologia:** estudo ex post facto correlacional com a aplicação da Escala Numérica de Dor, do Questionário Oswestry Disability Index e da Escala Tampa de Cinesiofobia. Os sujeitos foram selecionados através de uma lista de espera de dois grupos de intervenção para o tratamento da DLCI, um em serviço ambulatorial e outro em serviço de atenção básica à saúde, sendo ambos vinculados a um hospital universitário. **Resultados:** Foram encontradas neste estudo correlação significativa e forte entre cinesiofobia e incapacidade funcional ($r= 0,641$ e $p=0,000$) e significativa e fraca entre cinesiofobia e dor ($r=0,410$ e $p=0,010$) e incapacidade funcional e dor ($r=0,389$ e $p=0,016$). **Conclusão:** Os resultados do estudo sugerem a necessidade de avaliar a cinesiofobia e considerá-la no tratamento fisioterapêutico de indivíduos portadores de DLCI para evitar ou reduzir o quadro de incapacidade funcional.

Palavras chaves: dor lombar, incapacidade funcional, medo, movimento.

ABSTRACT

Introduction: Chronic nonspecific back pain (CLBP) is one of the multifactorial health problems and has been related to loss of functional capacity. Knowledge of the relationship between psychosocial factors, such as fear of movement and exercise, pain and functional incapacity are relevant for the evaluation and definition of treatment strategies. Objective: to verify the existence of a relationship between functional disability in people with CLBP with pain intensity and kinesiophobia. Methodology: ex post facto correlational study with the application of the Numerical Pain Scale, the Oswestry Disability Index Questionnaire and the Tampa Scale for kinesiophobia. Subjects were selected through a waiting list of two intervention groups for the treatment of CLBP, one in outpatient service and another in basic health care, both of which were linked to a university hospital. RESULTS: A significant and strong correlation between kinesiophobia and functional disability ($r = 0.641$ and $p = 0.000$) and significant and weak correlation between kinesiophobia and pain ($r = 0.410$ and $p = 0.010$) and functional disability and pain were found in this study ($r = 0.389$ and $p = 0.016$). Conclusion: The results of the study suggest the need to evaluate kinesiophobia and consider it in the physiotherapeutic treatment of individuals with DLCl to avoid or reduce functional disability.

Keywords: low back pain, functional disability, fear, movement.

2. Introdução

A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é um dos problemas de saúde mais comuns na sociedade contemporânea, sendo uma queixa recorrente e de impacto para as pessoas e para o sistema de saúde¹. Estima-se que 80% da população mundial terá pelo menos um episódio de dor lombar aguda e que, destes, 10 a 40% evoluirão para um quadro de DLCI².

A manutenção de um quadro de dor crônica, ou seja, aquela com duração superior a doze semanas, influencia negativamente a capacidade funcional^{3,4}, gerando dificuldades ou restrições na execução de movimentos e tarefas habituais e tem sido associada a alterações psicológicas, físicas e fisiológicas que levam a incapacidade de realizar tarefas socialmente esperadas⁵. A relação entre a incapacidade funcional e DLCI vêm sendo amplamente explorada na literatura por influenciar de forma negativa a qualidade de vida do indivíduo, gerando também consequências socioeconômicas, apresentando um grande desafio para o sistema de saúde e desenvolvimento de estratégias de intervenção e tratamento da DLCI⁵.

Embora a intensidade da dor e a incapacidade funcional sejam amplamente estudadas, em sua grande maioria, a relação entre essas duas variáveis sozinhas se mostra fraca⁶. Woby e colaboradores⁷ consideram, portanto, a DLCI como um problema multidimensional, sendo necessário avaliar a influência de fatores psicossociais na queixa relatada pelo paciente e considerá-la no tratamento. Existem evidências na literatura que, dentre os fatores psicossociais relacionados à dor musculoesquelética crônica, a cinesiofobia está relacionada a altos níveis de incapacidade funcional e a intensidade de dor.

De acordo com Picavet e colaboradores⁸, a incapacidade funcional pode estar relacionada a percepção negativa em relação à dor e ao medo do movimento. A intensidade da DLCI pode ser agravada pelo aumento gradual do medo de realizar alguma atividade, fazendo com que o indivíduo restrinja suas práticas do dia a dia, caracterizando o quadro de cinesiofobia⁹, termo introduzido por Kori e colaboradores¹⁰ para referir-se ao medo “excessivo” ou

“irracional” de realizar movimentos. Bunzli e colaboradores¹¹ ressaltam que a dor relacionada ao medo é um fator importante para que um quadro de dor aguda possa evoluir gradativamente para um quadro de dor crônica, mantendo ou aumentando a incapacidade funcional do indivíduo, destacando a importância de direcionar o tratamento da DLCI não somente para diminuir níveis de dor, mas também realizando o manejo da cinesiofobia, a partir de movimentos e exercícios que são desenvolvidos de forma gradual.

Uma meta-análise realizada por Zale e colaboradores¹² incluiu 43 estudos desenvolvidos predominantemente em países europeus e avaliou a correlação entre incapacidade funcional e dor relacionada ao medo do movimento. A correlação encontrada foi classificada de moderada a intensa entre o nível de dor, a incapacidade funcional e o medo do movimento. No entanto, os estudos selecionados para a meta-análise realizaram correlações de cinesiofobia com condições de dor crônicas em diversas regiões corporais (por exemplo, dor crônica em ombro e cervical), não havendo uma análise apenas da DLCI.

Desta forma, torna-se importante realizar estudos nos quais possam ser verificadas as relações entre a incapacidade funcional, o nível de dor e o medo do movimento especificamente na DLCI. O objetivo deste estudo é, portanto, verificar a correlação entre a incapacidade funcional, a intensidade da dor e a cinesiofobia em indivíduos com DLCI.

3. Metodologia

O presente estudo é do tipo Ext Post Facto Correlacional¹³ e foi realizado através da aplicação de questionários em um único momento de avaliação. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética (CAAE 64104017.9.0000.5327).

O cálculo amostral foi realizado a partir do estudo de Preuper e colaboradores⁶, onde foi encontrada uma correlação de 0,5 entre incapacidade funcional, intensidade da dor e cinesiofobia. Foi determinada para este estudo uma correlação de 0,5, considerando um poder de 80% e nível de significância de 5%, determinando assim uma amostra de 29 indivíduos. Os sujeitos convidados a participar da pesquisa foram selecionados através de uma lista de espera de dois grupos de intervenção para o tratamento da DLCI, um em serviço ambulatorial e outro em serviço de atenção básica à saúde, sendo ambos vinculados a um hospital universitário.

A coleta iniciou logo após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, quando os participantes foram convidados a participar da pesquisa por telefone através da lista de espera dos grupos de intervenção para o tratamento de DLCI. Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 18 anos e apresentar quadro de DLCI há no mínimo 12 semanas. Os critérios de exclusão foram apresentar sinais de dor lombar crônica específica (dor irradiada para membros inferiores, pós-operatório imediato, fraturas recentes, doenças reumáticas, presença de tumores), bloqueio anestésico, gravidez e dificuldade para compreender os questionários aplicados.

Os usuários inscritos nos grupos, que aceitaram participar da pesquisa, responderam aos questionários nos locais de realização das atividades nos dias em que iniciavam as intervenções. A duração da aplicação dos questionários foi em torno de 30-40 minutos em cada grupo. Em ambos os serviços de coleta de dados, antes dos participantes assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e preencherem os questionários, foi conduzida uma conversa para explicar o objetivo da pesquisa e a forma de

preenchimento dos questionários. Os pesquisadores realizaram a leitura dos instrumentos de coleta de dados e do TCLE para pessoas impossibilitadas de realizar a leitura por problemas de visão ou em caso de analfabetismo.

Para avaliar o nível de dor dos participantes foi utilizada a *Escala visual numérica de dor* (EVN), constituída por uma linha de 10 cm – numerada – que avalia a intensidade da dor do indivíduo, sendo uma escala unidirecional, onde 0 remete à ausência de dor e 10 remete a pior dor imaginável. Essa escala é validada e tem sido amplamente utilizada na literatura¹⁴. Na avaliação é requisitado ao sujeito que marque na escala a numeração que melhor represente a sua dor¹⁵. Varanda Pereira e colaboradores¹⁶ sugeriram uma classificação dos escores de dor, sendo 0 sem dor, dor leve de 1 a 4, dor moderada de 4 a 6, dor forte de 6 a 9 e pior dor possível de 9 a 10.

Para avaliar a incapacidade funcional foi utilizado o Questionário *Oswestry Disability Index* (ODI), sendo um questionário autoaplicável e amplamente utilizado em estudos desde sua primeira publicação. Este questionário foi validado para o português por Vigatto e colaboradores¹⁷ e avalia o impacto da dor nas atividades de vida diária, possuindo um escore de 0 a 100¹⁸. Seu escore final classifica os indivíduos em incapacidade mínima (de 0% a 20%), incapacidade moderada (de 20% a 40%), incapacidade grave (de 40% a 60%), incapacidade geradora de invalidez (de 60% a 80%) e paciente preso à cama (de 80% a 100%)¹⁸.

Para avaliar o medo do movimento foi utilizada a *Escala Tampa de Cinesiofobia* (ETC), um questionário autoaplicável e composto por 17 questões que abordam a dor e a intensidade dos sintomas. Este questionário foi validado para o português por Siqueira e colaboradores¹⁹. Os escores variam de um a quatro pontos, sendo que a resposta “discordo totalmente” equivale a um ponto e “concordo totalmente” a quatro pontos. Para obtenção do escore total final é necessária à inversão dos escores das questões 4, 8, 12, 16. O escore final pode ser de, no mínimo, 17 e, no máximo, 68 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o grau de cinesiofobia. Trocoli e Botelho²⁰ propõe em seu estudo uma classificação da cinesiofobia como leve (17 a 34 pontos), moderada (35 a 50) ou grave (51 a 68).

3.1. Análise estatística

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, sendo os resultados apresentados por meio de média e desvio padrão para os dados paramétricos e mediana e amplitude interquartil para dados não paramétricos. As análises estatísticas foram realizadas com o Software SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 18.0. Para testar a normalidade dos dados foi realizado o teste de Shapiro-Wilk.

O coeficiente de correlação foi testado com o teste de Spearman para as variáveis que não atenderam os critérios de normalidade, e o teste de Pearson para as variáveis com distribuição normal. Os coeficientes de correlação foram classificados de acordo com Callegari²¹, os quais consideram correlação nula quando igual a 0, fraca de 0 a 0,3, regular de 0,3 a 0,6, forte de 0,6 a 0,9 e muito forte de 0,9 a 1, sendo o nível de significância igual ou menor que 0,05.

4. Resultados

As características da amostra estão descritas na Tabela 1. O estudo contou com uma amostra de 38 indivíduos, sendo a idade média de 56,53 ($\pm 13,07$) anos e 65,8% do sexo feminino. Houve predominância de participantes com pouco estudo (26,3%) e casados (42,1%).

A mediana de intensidade da dor foi de 8 (6 - 9) representando nível de dor severa. Já a incapacidade funcional teve como média de 35,92 ($\pm 15,11$), representando uma incapacidade funcional moderada. Com relação à cinesiofobia, foi encontrada uma média de 42,89 ($\pm 9,47$) representando um nível moderado de cinesiofobia.

Tabela 1: Características da amostra

Variáveis	n (%)	M (DP)	Med (q1 – q2)
Idade (anos)		56,53 (±13,07)	
Escolaridade			
1º Grau Incompleto	10 (26,3%)		
1º Grau completo	6 (15,7%)		
2º Grau Incompleto	5 (13,2%)		
2º Grau Completo	6 (15,8%)		
Superior Incompleto	3 (7,95)		
Superior Completo	6 (15,8%)		
Não alfabetizado	2 (5,3)		
Estado Civil			
Casado			
Divorciado	16 (42,1%)		
Solteiro	8 (21,1%)		
Viúvo	8 (21,1%)		
Não informado	5 (13,2%)		
	1 (2,6%)		
EVN (0-10)			8 (6-9)
ODI (0 -100)		35,92 (15,11)	
ETC (17-68)		42,89 (9,47)	

Tabela 1: M = médias; DP: desvio padrão; n = número de participantes; Me = mediana; q1 –q2: intervalo interquartilico, EVN: Escala Visual numérica de dor; ODI: Oswestry Disability Index; ETC: Escala Tampa de Cinesiofobia.

Os valores das correlações encontram-se na Tabela 2. Foram encontradas neste estudo correlação significativa e forte entre cinesiofobia e incapacidade funcional e significativa, porém regular, entre cinesiofobia e dor e entre incapacidade funcional e dor.

Tabela 2: Resultados das correlações

Variáveis	EVN	ODI	ETC
ETC	0,410 (p=0,010)	—	—
ODI	—	—	0,641 (p=0,000)
EVN	—	0,389 (p=0,016)	—

Tabela 2: Correlação de Spearman entre Dor (EVN) e Cinesiofobia (ETC), Incapacidade Funcional (ODI) e dor (EVN); Correlação de Pearson entre Cinesiofobia (ETC) e Incapacidade funcional (ODI).

6. Discussão

O presente estudo teve por objetivo verificar a correlação entre DLCI, incapacidade funcional e cinesiofobia. Os resultados indicam a presença de uma correlação significativa e forte entre cinesiofobia e incapacidade funcional. Em relação à correlação entre dor e incapacidade funcional e entre dor e cinesiofobia, elas foram significativas, porém fracas. Muitos estudos têm destacado a importância de considerar aspectos psicológicos e comportamentais como fatores relevantes no processo de incapacidade funcional em indivíduos com dor DLCI^{22, 23}. No entanto, há divergências nas relações encontradas entre dor, cinesiofobia e incapacidade funcional.

Resultados semelhantes ao do presente estudo foram encontrados por Crombez e colaboradores²⁴, cujos objetivos foram investigar as relações entre medo relacionado ao movimento, incapacidade funcional e intensidade da dor. Ao contrário do que esperavam, não obtiveram resultados significativos em relação às correlações entre intensidade da dor e incapacidade funcional. Em relação às variáveis de incapacidade funcional e cinesiofobia, os resultados mostraram correlação significativa e moderada, sendo que os autores citam que em seus resultados a cinesiofobia foi maior preditor para a incapacidade funcional do que a intensidade da dor.

Preuper e colaboradores⁶ também encontraram resultados similares em sua pesquisa. Os autores citados realizaram correlações entre aspectos psicológicos, dentre eles a cinesiofobia, com intensidade da dor e incapacidade funcional, sendo que, quando as variáveis psicológicas foram correlacionadas com a dor, os resultados não foram significativos. Entretanto, encontraram uma correlação fraca, porém significativa, quando entre cinesiofobia e incapacidade funcional.

Picavet e colaboradores²⁵ realizaram um estudo de coorte, onde foram estudadas as influências do medo do movimento e catastrofização da dor como fatores preditores da DLCI e a incapacidade funcional. Seus resultados

mostram que a cinesiofobia se relacionou apenas com a incapacidade funcional do indivíduo, podendo assim ser um preditor para aumento de dor no indivíduo.

O estudo de Renneman e colaboradores²⁶ obteve resultados contrários aos achados encontrados no presente estudo. Embasado nos dados de duas coletas de dados do Centro de reabilitação da Universidade e Centro Médico de Groningen, analisaram as relações entre medo do movimento, intensidade da dor e incapacidade funcional e não encontraram correlação significativa entre nenhuma das variáveis estudadas, destacando assim a importância de realizar futuras pesquisas sobre os fatores que influenciam a DLCI.

A cinesiofobia vem sendo cada vez mais estudada na literatura como um dos fatores psicossociais que aumenta a incapacidade funcional dos indivíduos com DLCI. Leonhardt e colaboradores²⁷ realizou um estudo piloto, onde foi montado um protocolo de tratamento com ênfase na exposição gradual do exercício, em indivíduos idosos com DLCI, conduzido por fisioterapeutas que não somente aplicavam o protocolo de exercícios, mas também davam suporte psicológico aos participantes. Foram realizadas avaliações iniciais, onde a questões de medo do movimento, incapacidade funcional, medo de quedas foram analisadas. Seus resultados mostram que uma intervenção com exposição gradual do exercício diminuíram aspectos como o medo de quedas, medo de realizar atividades, aumentando a capacidade funcional e consequentemente diminuindo a intensidade da dor.

O estudo discutido anteriormente nos leva a pensar sobre a importância de abordagens terapêuticas que auxiliam o indivíduo a realizar movimentos e, exercícios que, de forma gradual, vão auxiliando na perda do medo do movimento, consequentemente diminuindo a incapacidade funcional, independentemente da intensidade de dor referida pelo indivíduo. Crombez e colaboradores²⁴ discute em seu estudo, a ideia de que a cinesiofobia pode vir a ser mais incapacitante do que a própria intensidade da dor do indivíduo, nos levando a pensar na importância de insistir na realização de movimentos e exercícios graduais mesmo em quadros de dor mais graves.

Brox²⁸ ressalta que a relação entre incapacidade funcional e medo, vem sendo um fator importante na cronificação da dor lombar dos indivíduos. Destaca a importância de intervenções que abordem, não somente questões psicológicas e psicossomáticas, mas também propõe um programa de reeducação tanto da parte dos terapeutas quanto da parte dos pacientes, para que questões como medo e insegurança de realizar determinados exercícios e movimentos possam ser abordadas e, modificadas durante as intervenções. Portanto, se torna importante realizarmos estudos que nos auxiliem a entender principalmente a relação entre incapacidade funcional e cinesiofobia, para que o tratamento da DLCI não objetive apenas diminuir a intensidade da dor do indivíduo, mas que também tenha por objetivo trabalhar as crenças acerca do movimento e a realização do exercício de maneira gradual para que o tratamento possa ser mais eficaz.

7. Conclusão

Neste estudo foi possível verificar que a cinesiofobia e a incapacidade funcional se correlacionam entre si de forma significativa e forte, o que não ocorreu entre intensidade da dor e cinesiofobia e entre intensidade da dor e incapacidade funcional, as quais apesar de apresentarem correlação significativa, foram fracas. A correlação entre esses diferentes variáveis são importantes para definição de fatores que devem ser contemplados na avaliação e no tratamento, de forma a contribuir para melhorar a avaliação e as estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduos portadores de DLCI.

8. Referências

1. CHAPMAN, Jens R. et al. Evaluating common outcomes for measuring treatment success for chronic low back pain. **Spine**, v. 36, p. S54-S68, 2011.
2. AIRAKSINEN, Olavi et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. **European spine journal**, v. 15, p. s192-s300, 2006.
3. KOVACS, Francisco M. et al. Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. **Spine**, v. 29, n. 2, p. 206-210, 2004.
4. BENTO, Aline Arnaud Câmara; DE PAIVA, Ana Cristina Severino; SIQUEIRA, Fabiano Botelho. Correlação entre incapacidade, dor–Roland Morris, e capacidade funcional–SF-36 em indivíduos com dor lombar crônica não específica. **E-scientia**, v. 2, n. 1, 2009.
5. ALVES, Luciana Correia; LEITE, Iúri da Costa; MACHADO, Carla Jorge. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008.
6. PREUPER, HR Schiphorst et al. Relationship between psychological factors and performance-based and self-reported disability in chronic low back pain. **European spine journal**, v. 17, n. 11, p. 1448-1456, 2008.
7. WOBY, Steve R. et al. The relation between cognitive factors and levels of pain and disability in chronic low back pain patients presenting for physiotherapy. **European Journal of Pain**, v. 11, n. 8, p. 869-877, 2007.
8. PICAUVET, H. Susan J.; VLAEYEN, Johan WS; SCHOUTEN, Jan SAG. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. **American journal of epidemiology**, v. 156, n. 11, p. 1028-1034, 2002.
9. LUSTOSA, Lygia Paccini; GOULART, André; SILVÉRIO, Francisco José. Dor lombar crônica e cinesiofobia: impacto no desempenho funcional. **Terapia Manual**, 9(42):108-113, 2011.
- 10 MILLER, Robert P.; KORI, Shashidar H.; TODD, Dennis D. . Kinesiophobia: a new view of chronic pain behaviour. **Pain Manag**, v. 3, p. 35-43, 1990.
11. BUNZLI, Samantha et al. Making sense of low back pain and pain-related fear. **journal of orthopaedic & sports physical therapy**, v. 47, n. 9, p. 628-636, 2017.

12. ZALE, Emily L. et al. The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. **The Journal of Pain**, v. 14, n. 10, p. 1019-1030, 2013.
13. GAYA, Adroaldo et al. Ciências do movimento humano. **Porto Alegre: Artmed**, p. 278-81, 2008.
14. BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & contexto enfermagem**, v. 19, n. 2, 2010.
15. PEDROSO, Rene Antonio; KLS, Celich. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006.
16. VARANDA PEREIRA, Lilian et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2014.
17. VIGATTO, Ricardo et al. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. **Spine**, v. 32, n. 4, p. 481-486, 2007.
18. FAIRBANK, Jeremy CT; PYNSENT, Paul B. The Oswestry disability index. **Spine**, v. 25, n. 22, p. 2940-2953, 2000.
19. SIQUEIRA, Fabiano Botelho; TEIXEIRA-SALMELA, Luci Fuscaldi; MAGALHÃES, Lívia de Castro. Analysis of the psychometric properties of the Brazilian version the tampa scale for kinesiophobia. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, n. 1, p. 19-24, 2007.
20. TROCOLI, Tathiana O., BOTELHO, Ricardo V. Prevalência de ansiedade, depressão e cinesiofobia em pacientes com lombalgia e sua associação com os sintomas da lombalgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 4, p. 330-336, 2016. 330-336, 2016.
- 21 CALLEGARI-JACQUES, SIDIA M. Bioestatística: princípios e aplicações. 2003. **Porto Alegre: Editora Artmed. 255p.**
22. LEYSEN, Marijke et al. Illness Perceptions Explain the Variance in Functional Disability, but Not Habitual Physical Activity, in Patients With Chronic Low Back Pain: A Cross-Sectional Study. **Pain Practice**, 2017.
- 23 GUZMÁN, Jaime et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. **Bmj**, v. 322, n. 7301, p. 1511-1516, 2001.
- 24 CROMBEZ, Geert et al. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. **Pain**, v. 80, n. 1, p. 329-339, 1999.

25 PICAUVET, H. Susan J.; VLAEYEN, Johan WS; SCHOUTEN, Jan SAG. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. **American journal of epidemiology**, v. 156, n. 11, p. 1028-1034, 2002.

26 RENEMAN, Michiel F. et al. Are pain intensity and pain related fear related to functional capacity evaluation performances of patients with chronic low back pain?. **Journal of occupational rehabilitation**, v. 17, n. 2, p. 247-258, 2007.

27 LEONHARDT, Corinna et al. Graded Exposure for Chronic Low Back Pain in Older Adults: A Pilot Study. **Journal of geriatric physical therapy**, v. 40, n. 1, p. 51-59, 2017.

28 BROX, Jens Ivar. Current evidence on catastrophizing and fear avoidance beliefs in low back pain patients. **The Spine Journal**, v. 14, n. 11, p. 2679-2681, 2014.

9. ANEXOS

ANEXO I - Normas de Publicação da Revista Fisioterapia e Pesquisa

ESCOPO E POLÍTICA

As submissões que atendem aos padrões estabelecidos e apresentados na Política Editorial da Fisioterapia & Pesquisa (F&P) serão encaminhadas aos Editores Associados, que irão realizar uma avaliação inicial para determinar se os manuscritos devem ser revisados. Os critérios utilizados para a análise inicial do Editor Associado incluem: originalidade, pertinência, metodologia e relevância clínica. O manuscrito que não tem mérito ou não esteja em conformidade com a política editorial será rejeitado na fase de pré-análise, independentemente da adequação do texto e qualidade metodológica. Portanto, o manuscrito pode ser rejeitado com base unicamente na recomendação do editor de área, sem a necessidade de nova revisão. Nesse caso, a decisão não é passível de recurso. Os manuscritos aprovados na pré-análise serão submetidos a revisão por especialistas, que irão trabalhar de forma independente. Os revisores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores para os revisores. Os Editores Associados irão coordenar o intercâmbio entre autores e revisores e encaminharam o pré parecer ao Editor Chefe que tomará a decisão final sobre a publicação dos manuscritos, com base nas recomendações dos revisores e Editores Associados. Se aceito para publicação, os artigos podem estar sujeitos a pequenas alterações que não afetarão o estilo do autor, nem o conteúdo científico. Se um artigo for rejeitado, os autores receberão uma carta do Editor com as justificativas. Ao final, toda a documentação referente ao processo de revisão será arquivada para possíveis consultas que se fizerem necessárias na ocorrência de processos éticos.

Todo manuscrito enviado para FISIOTERAPIA & PESQUISA será examinado pela secretaria e pelos Editores Associados, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. O manuscrito que não estiver de acordo com as normas serão devolvidos aos autores para adequação antes de serem submetidos à apreciação dos pares. Cabem aos Editores Chefes, com base no parecer dos Editores Associados, a

responsabilidade e autoridade para encaminhar o manuscrito para a análise dos especialistas com base na sua qualidade e originalidade, prezando pelo anonimato dos autores e pela isenção do conflito de interesse com os artigos aceitos ou rejeitados. Em seguida, o manuscrito é apreciado por dois pareceristas, especialistas na temática no manuscrito, que não apresentem conflito de interesse com a pesquisa, autores ou financiadores do estudo, apresentando reconhecida competência acadêmica na temática abordada, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade da avaliação. As decisões emitidas pelos pareceristas são pautadas em comentários claros e objetivos. Dependendo dos pareceres recebidos, os autores podem ser solicitados a fazerem ajustes que serão reexaminados. Na ocorrência de um parecerista negar e o outro aceitar a publicação do manuscrito, o mesmo será encaminhado a um terceiro parecerista. Uma vez aceito pelo Editor, o manuscrito é submetido à edição de texto, podendo ocorrer nova solicitação de ajustes formais sem, no entanto, interferir no seu conteúdo científico. O não cumprimento dos prazos de ajuste será considerado desistência, sendo o artigo retirado da pauta da revista FISIOTERAPIA & PESQUISA. Os manuscritos aprovados são publicados de acordo com a ordem cronológica do aceite.

RESPONSABILIDADE E ÉTICA

O conteúdo e as opiniões expressas no manuscrito são de inteira responsabilidade dos autores, não podendo ocorrer plágio, autoplágio, verbatim ou dados fraudulentos, devendo ser apresentada a lista completa de referências e os financiamentos e colaborações recebidas. Ressalta-se ainda que a submissão do manuscrito à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA implica que o trabalho na íntegra ou parte(s) dele não tenha sido publicado em outra fonte ou veículo de comunicação e que não esteja sob análise em outro periódico para publicação. Os autores devem estar aptos a se submeterem ao processo de revisão por pares e, quando necessário, realizar as correções e ou justificativas com base no parecer emitido, dentro do tempo estabelecido pelo Editor. Além disso, é de responsabilidade dos autores a veracidade e autenticidade dos dados

apresentados nos artigos. Com relação aos critérios de autoria, só é considerado autor do manuscrito aquele pesquisador que apresentar significativa contribuição para a pesquisa. No caso de aceite do manuscrito e posterior publicação, é obrigação dos autores, mediante solicitação do Editor, apresentar possíveis retratações ou correções caso sejam encontrados erros nos artigos após a publicação. Conflitos éticos serão abordados seguindo as diretrizes do Committee on Publication Ethics (COPE). Os autores devem consultar as diretrizes do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e da Comissão de Integridade na Atividade Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (www.cnpq.br/web/guest/diretrizes) ou do Committee on Publication Ethics – COPE (www.publicationethics.org). Artigos de pesquisa envolvendo seres humanos devem indicar, na seção Metodologia, sua expressa concordância com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes. As pesquisas com humanos devem trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os estudos brasileiros devem estar de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para estudos fora do Brasil, devem estar de acordo com a Declaração de Helsinque.

Estudos envolvendo animais devem explicitar o acordo com os princípios éticos internacionais (por exemplo, Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983) e instruções nacionais (Leis 6638/79, 9605/98, Decreto 24665/34) que regulamentam pesquisas com animais e trazer na folha de rosto o número do parecer de aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa Animal. Reserva-se à revista FISIOTERAPIA & PESQUISA o direito de não publicar trabalhos que não obedeçam às normas legais e éticas para pesquisas em seres humanos e para os experimentos em animais. Para os ensaios clínicos, é obrigatória a apresentação do número do registro do ensaio clínico na folha do rosto no momento da submissão. A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA aceita qualquer registro que satisfaça o Comitê

Internacional de Editores de Revistas Médicas (por ex. <http://clinicaltrials.gov>). A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>. O uso de iniciais, nomes ou números de registros hospitalares dos pacientes deve ser evitado. Um paciente não poderá ser identificado por fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original no momento da submissão. A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da autorização de reprodução pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais dos autores do manuscrito. A revista FISIOTERAPIA & PESQUISA publica, preferencialmente, Artigos Originais, Artigos de Revisão Sistemática e Metanálises e Artigos Metodológicos, sendo que as Revisões Narrativas só serão recebidas, quando os autores forem convidados pelos Editores. Além disso, publica Editoriais, Carta ao Editor e Resumos de Eventos como Suplemento.

FORMA E PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais

onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);

d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;

e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;

f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;

g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;

h) indicação de eventual apresentação em evento científico;

i) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no Clinical Trials(<http://clinicaltrials.gov>).

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3 – Resumo, abstract, descritores e keywords:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o abstract devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual

em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal:

- a)** Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo;
- b)** Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística;
- c)** Resultados – sucinta exposição factual da observação, em seqüência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos;
- d)** Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo;
- e)** Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção.

Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências. O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.

ENVIO DOS MANUSCRITOS

Os autores devem encaminhar dois arquivos que contenham o manuscrito (texto + tabelas + figuras) sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas. Para a submissão do manuscrito, o autor deve acessar a Homepage da SciELO (<http://submission.scielo.br/index.php/fp/login>), ou link disponibilizado abaixo, com o seu login e senha. No primeiro acesso, o autor deve realizar o cadastro dos seus dados. Juntamente com o manuscrito, devem ser enviados no item 4 do processo de submissão – TRANSFERÊNCIA DE DOCUMENTOS SUPLEMENTARES, os três arquivos listados abaixo (Download), devidamente preenchidos e assinados, bem como o comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

- a)** Carta de Encaminhamento (Download) – informações básicas sobre o manuscrito.
- b)** Declaração de Responsabilidade e Conflito de Interesses (Download) – é declarada a responsabilidade dos autores na elaboração do manuscrito, bem como existência ou não de eventuais conflitos de interesse profissional, financeiro ou benefícios diretos ou indiretos que possam influenciar os resultados da pesquisa.
- c)** Declaração de Transferência de Direitos Autorais (Download)- é transferido o direito autoral do manuscrito para a Revista Fisioterapia & Pesquisa / Physical Therapy & Research, devendo constar a assinatura de todos os autores.

ANEXO II - Escala Tampa para Cinesiofobia

Participante nº:

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor, indique um numero de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e depois, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu tenho medo que eu possa me machucar se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo está me dizendo que algo muito errado está acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição médica a sério.	1	2	3	4
6. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor, não significa que é perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário e a atitude mais segura que eu posso tomar para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não é realmente seguro para uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim é muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

ANEXO III - QUESTIONÁRIO OSWESTRY PARA AVALIAÇÃO DA DOR LOMBAR

Participante nº:

Por favor, responda esse questionário. Ele foi desenvolvido para dar-nos informações sobre como seu problema nas costas ou pernas tem afetado a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. Por favor, responda a todas as seções. **ASSINALE EM CADA UMA DELAS APENAS A RESPOSTA QUE MAIS CLARAMENTE DESCREVE A SUA CONDIÇÃO NO DIA DE HOJE.**

Seção 1 – Intensidade da Dor

- Não sinto dor no momento.
- A dor é muito leve no momento.
- A dor é moderada no momento.
- A dor é razoavelmente intensa no momento.
- A dor é muito intensa no momento.
- A dor é a pior que se pode imaginar no momento.

Seção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)

- Posso cuidar de mim mesmo normalmente sem que isso aumente a dor.
- Posso cuidar de mim mesmo normalmente, mas sinto muita dor.
- Sinto dor ao cuidar de mim mesmo e faço isso lentamente e com cuidado.
- Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- Necessito de ajuda diária na maioria dos aspectos de meus cuidados pessoais.
- Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.

Seção 3 – Levantar Objetos

- Consigo levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.
- A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.
- A dor me impede de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.
- Consigo levantar apenas objetos muito leves.
- Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

Seção 4 – Caminhar

- A dor não me impede de caminhar qualquer distância.
- A dor me impede de caminhar mais de 1.600 metros (aproximadamente 16 quarteirões de 100 metros).
- A dor me impede de caminhar mais de 800 metros (aproximadamente 8 quarteirões de 100 metros).
- A dor me impede de caminhar mais de 400 metros (aproximadamente 4 quarteirões de 100 metros).
- Só consigo andar usando uma bengala ou muletas.
- Fico na cama a maior parte do tempo e preciso me arrastar para ir ao banheiro.

Seção 5 – Sentar

- Consigo sentar em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que quiser.
- Consigo sentar em uma cadeira confortável durante o tempo que quiser.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de 10 minutos.
- A dor me impede de sentar.

Seção 6 – Ficar em Pé

- Consigo ficar em pé o tempo que quiser sem aumentar a dor.
- Consigo ficar em pé durante o tempo que quiser, mas isso aumenta a dor.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de 1 hora.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de meia hora.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de 10 minutos.
- A dor me impede de ficar em pé.

Seção 7 – Dormir

- Meu sono nunca é perturbado pela dor.
- Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
- Durmo menos de 6 horas por causa da dor.
- Durmo menos de 4 horas por causa da dor.
- Durmo menos de 2 horas por causa da dor.
- A dor me impede totalmente de dormir.

Seção 8 – Vida Sexual

- Minha vida sexual é normal e não aumenta minha dor.
- Minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.
- Minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.
- Minha vida sexual é severamente limitada pela dor.
- Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.
- A dor me impede de ter uma vida sexual.

Seção 9 – Vida Social

- Minha vida social é normal e não aumenta a dor.
- Minha vida social é normal, mas aumenta a dor.
- A dor não tem nenhum efeito significativo na minha vida social, porém limita alguns interesses que demandam mais energia, como por exemplo, esporte, etc.
- A dor tem restringido minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
- A dor tem restringido minha vida social ao meu lar.
- Não tenho vida social por causa da dor.

Seção 10 – Locomoção (ônibus/carro/táxi)

- Posso ir a qualquer lugar sem sentir dor.
- Posso ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor.
- A dor é intensa, mas consigo me locomover durante 2 horas.
- A dor restringe-me a locomoções de menos de 1 hora.
- A dor restringe-me a pequenas locomoções necessárias de menos de 30 minutos.
- A dor impede de locomover-me, exceto para receber tratamento.

ANEXO IV – Escala Visual numérica de dor

Participante nº:

Esta escala consiste de uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10, sendo que 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 “Máxima Dor”.

Marque um “X” na classificação numérica que equivale a intensidade de sua dor osteomuscular geral durante a última semana de trabalho.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
Sem Dor											Dor máxima										