

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

Thaline Lima Horn

**RELAÇÃO ENTRE A INCAPACIDADE FUNCIONAL COM INTENSIDADE DA
DOR, DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA DOR LOMBAR CRÔNICA NÃO
ESPECÍFICA**

Porto Alegre

2017

Thaline Lima Horn

**RELAÇÃO ENTRE A INCAPACIDADE FUNCIONAL COM INTENSIDADE DA
DOR, DEPRESSÃO E ANSIEDADE NA DOR LOMBAR CRÔNICA NÃO
ESPECÍFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca examinadora, como exigência para
conclusão do Curso de Fisioterapia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Prof^a Dra^a Adriane Vieira

Porto Alegre

2017

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à toda minha família, principalmente meus pais e meu irmão, que mesmo de longe, estavam sempre perto, sendo minha base, me apoiando, entendendo minha ausência e oferecendo amor, compreensão e estímulo. Devido a isso me sinto segura para continuar, pois estão juntos comigo.

...à minha mãe, Margarete, minha inspiração, uma mulher forte e amorosa, que me ensinou a ter empatia, a pessoa com o maior coração que já conheci, sempre enfrentando tudo com determinação, fazendo o melhor que pode e alcançando, assim, seus objetivos.

...ao meu pai, Ademar, um homem forte, mas extremamente apegado à família e que faz tudo por nós, que me ensinou que persistindo alcançamos nossos objetivos e sempre me incentivando a fazer o que eu amo.

...ao meu irmão, Matheus, que tem todo o meu amor desde que nasceu, que me tranquiliza sabendo que está junto com nossos pais enquanto eu estou longe e que é motivo de muito orgulho, sendo também um incentivo para eu seguir no caminho certo e tentar ser um bom exemplo.

...aos meus amigos e colegas, que de longe ou perto, sempre torceram por mim, me ajudaram, acreditaram no meu potencial, que entenderam a minha ausência nesse período e que tornaram esse caminho muito mais leve e prazeroso.

...agradeço também minha amiga Cassiele e sua família, que durante todo o período de graduação me acolheram, sendo uma segunda família, me ajudando e incentivando sempre que precisei e também confortando o coração dos meus pais que estavam longe e sabiam que eu não estava só.

...agradeço ao grupo de colegas e amigos da pesquisa do HCPA, principalmente Eduardo, Luciana e Marcelo que sempre se mostraram prestativos durante esse trabalho, respondendo dúvidas e ajudando no que era preciso.

...agradeço a minha amiga Débora, que foi fundamental na execução desse trabalho do início ao fim, sendo meu braço direito e minha parceria de vida, dividindo comigo as tarefas e os sentimentos sobre a execução desse trabalho e, assim, facilitando esse caminho.

... à minha orientadora, Adriane, por ter sido um grande exemplo desde o início da graduação, sendo fundamental, não só na execução desse trabalho, mas também na minha evolução ao longo do curso e agradeço também por ter aceitado o desafio deste trabalho e ter gentilmente me ajudado e me guiado.

Um sincero muito obrigada a todos que contribuíram de alguma forma até aqui, e aos que continuarão acompanhando: prometo sempre dar o meu melhor.

Tente uma, duas, três vezes e se possível tente a quarta, a quinta e quantas vezes for necessário. Só não desista nas primeiras tentativas, a persistência é amiga da conquista. Se você quer chegar aonde à maioria não chega, faça o que a maioria não faz.

Bill Gates

RESUMO

A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é um problema multifatorial prevalente na sociedade contemporânea e uma frequente causa de incapacidade funcional. Acredita-se que essa incapacidade seja agravada pela intensidade da dor e por fatores psicossociais como a ansiedade e a depressão. Esse estudo teve por objetivo verificar a existência de relação entre incapacidade funcional com a intensidade da dor, depressão e ansiedade em sujeitos com dor lombar crônica inespecífica. O estudo foi observacional, retrospectivo, de corte transversal, com uma única avaliação, com aplicação da Escala Numérica de Dor, Questionário Oswestry Disability Index e questionários PROMIS Short Form 8-A Ansiedade e Depressão. A amostra foi composta por 38 indivíduos e as avaliações foram realizadas em serviço de atenção básica e ambulatório de fisioterapia de um hospital universitário. O coeficiente de correlação foi testado com o teste de Spearman e de Pearson e o nível de significância foi de 0,05 em todas as análises estatísticas. Verificou-se correlação moderada entre incapacidade funcional e ansiedade ($r=0,501$, $p=0,01$) e entre incapacidade funcional e depressão ($r=0,512$, $p=0,01$). Entretanto, a correlação entre incapacidade funcional e intensidade da dor foi fraca ($r=0,389$, $p=0,016$). Conclui-se que os achados deste estudo vão ao encontro da visão biopsicossocial da DLCI, em que tratamentos, que visam melhorar a qualidade de vida desses pacientes, não devem deter-se apenas na avaliação física e no alívio da dor, mas também devem contemplar avaliações psicológicas e considerar o manejo dessas questões para um tratamento mais eficaz.

Palavras-chave: dor lombar, incapacidade funcional, depressão, ansiedade.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	11
METODOLOGIA	12
RESULTADOS	14
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÃO	19
REFERENCIAL TEÓRICO	20
ANEXOS	27
ANEXO I. Normas de Publicação da Revista Fisioterapia e Pesquisa.....	27
ANEXO II. Questionário Oswestry Disability Index.....	34
ANEXO III. Escala de Dor Visual Numérica.....	37
ANEXO IV. PROMIS - Angústia emocional - Ansiedade - Short Form 8-A.....	38
ANEXO V. PROMIS - Depressão - Short Form 8-A.....	39

APRESENTAÇÃO

Desde o início da graduação me interessei pelo tema dor lombar crônica, já que é um problema frequente e que acomete muitas pessoas, sobrecarregando atendimentos de saúde, representando um grande encargo financeiro para a pessoa e para o sistema de saúde e, mesmo assim, apresenta fatores correlacionados com a causa não completamente definidos.

Além de ter aprendido sobre esse assunto durante algumas disciplinas ao longo do curso, ao acompanhar a Prof^ª. Dr^ª. Adriane Vieira, durante o período em que fui sua bolsista, pude aprender mais a prática desse tratamento e vi, dentre outros fatores, como fatores psicológicos muitas vezes estavam presentes em sujeitos com dor lombar crônica não específica (DLCI). Depois participei de outro projeto com pessoas que apresentavam DLCI, onde o tratamento era feito apenas através de recursos cinesioterapêuticos, diferentemente do que era abordado pela Prof^ª. Dr^ª. Adriane Vieira, que considerava a influência de aspectos posturais, biológicos, psicológicos e sociais, durante a avaliação e tratamento. Assim, percebi a importância dessa abordagem mais completa nesses pacientes.

Contudo, ao procurar na literatura, verifiquei que, apesar de muitos autores acreditarem que esses fatores influenciam na DLCI e na incapacidade funcional causada por ela, não se sabe a exata relação entre essas variáveis. Assim, achei que seria uma contribuição interessante explorar o tema escolhido como meu trabalho de conclusão de curso. Este trabalho me proporcionou um aprofundamento do conhecimento adquirido em algumas disciplinas e durante minhas vivências práticas, além de uma maior compreensão em relação as minhas percepções ao longo da graduação.

O trabalho foi estruturado em forma de artigo seguindo as normas de formatação da Revista Fisioterapia e Pesquisa (Anexo I), sendo que as Tabelas, 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 observacional, retrospectivo, de corte transversal, onde foi realizada uma avaliação única, com aplicação do Questionário Oswestry Disability Index (Anexo II), da Escala Numérica de Dor (Anexo III) e dos questionários PROMIS Short Form 8-A para avaliação da Ansiedade (Anexo IV) e da Depressão (Anexo V). As avaliações foram realizadas em serviço de atenção básica e ambulatório de fisioterapia de um hospital

universitário, a fim de verificar a existência de relação entre incapacidade funcional com a intensidade da dor, depressão e ansiedade em sujeitos com dor lombar crônica inespecífica.

Este estudo contou com o apoio e a orientação da Prof^a. Dr^a. Adriane Vieira.

RESUMO

Relação entre a incapacidade funcional com intensidade da dor, depressão e ansiedade na dor lombar crônica não específica

Relation between functional disability with pain intensity, depression and anxiety in non-specific chronic low back pain

A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) é um problema multifatorial prevalente na sociedade contemporânea e uma frequente causa de incapacidade funcional. Acredita-se que essa incapacidade seja agravada pela intensidade da dor e por fatores psicossociais como a ansiedade e a depressão. Esse estudo teve por objetivo verificar a existência de relação entre incapacidade funcional com a intensidade da dor, depressão e ansiedade em sujeitos com dor lombar crônica inespecífica. O estudo foi observacional, retrospectivo, de corte transversal, com uma única avaliação, com aplicação da Escala Numérica de Dor, Questionário Oswestry Disability Index e questionários PROMIS Short Form 8-A Ansiedade e Depressão. A amostra foi composta por 38 indivíduos e as avaliações foram realizadas em serviço de atenção básica e ambulatório de fisioterapia de um hospital universitário. O coeficiente de correlação foi testado com o teste de Spearman e de Pearson e o nível de significância foi de 0,05 em todas as análises estatísticas. Verificou-se correlação moderada entre incapacidade funcional e ansiedade ($r=0,501$, $p=0,01$) e entre incapacidade funcional e depressão ($r=0,512$, $p=0,01$). Entretanto, a correlação entre incapacidade funcional e intensidade da dor foi fraca ($r=0,389$, $p=0,016$). Conclui-se que os achados deste estudo vão ao encontro da visão biopsicossocial da DLCI, em que tratamentos, que visam melhorar a qualidade de vida desses pacientes, não devem deter-se apenas na avaliação física e no alívio da dor, mas também devem contemplar avaliações psicológicas e considerar o manejo dessas questões para um tratamento mais eficaz.

Palavras-chave: dor lombar, incapacidade funcional, depressão, ansiedade.

ABSTRACT

Chronic nonspecific low back pain (CNLBP) is a multifactorial problem prevalent in contemporary society and a frequent cause of functional disability. It is believed that this disability is worsening by the intensity of pain and by psychosocial factors such as anxiety

and depression. This study aimed to verify the existence of a relationship between functional disability with pain intensity, depression and anxiety in subjects with non - specific chronic low back pain. The study was retrospective, cross-sectional, with a single evaluation, with application of the Numerical Pain Scale, Questionnaire Oswestry Disability Index and PROMIS Short Form 8-A Anxiety and Depression questionnaires. The sample consisted of 38 individuals and the assessments were realized in a basic care and in psychiatrics ambulatory of a university hospital. The correlation coefficient was tested with the Spearman and Pearson test and the significance level was 0.05 in all statistical analyzes. There was a moderate correlation between functional disability and anxiety ($r = 0.501$, $p = 0.01$) and between functional disability and depression ($r = 0.512$, $p = 0.01$). However, the correlation between pain intensity and functional disability was weak ($r = 0.389$, $p = 0.016$). It is concluded that the findings in this study are in line with the biopsychosocial view of DLCI, in which treatments aiming to improve the quality of life of these patients should not only focus on the evaluation or relief of pain, but should also include evaluations psychological issues and consider handling these issues for more effective treatment.

Key words: low back pain, functional disability, depression, anxiety.

INTRODUÇÃO

A dor lombar (DL) é um distúrbio musculoesquelético de alta incidência e prevalência¹ e uma frequente causa de incapacidade temporária ou permanente². Estima-se que a dor lombar acomete 65% da população mundial anualmente e até 84% desta em algum momento da vida. Segundo a Associação Internacional do Estudo da Dor, a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial das estruturas envolvidas”³ sendo, portanto, “subjetiva e pessoal, envolvendo aspectos cognitivos, sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioeconômicas e psíquicas do indivíduo e do meio”⁴.

Quando a dor lombar perdura após o 3º mês a contar do primeiro episódio de dor é definida como crônica (DLC)⁵, sendo que em 90-95% dos casos a causa do problema não é inteiramente conhecida e, por isso, chamada de inespecífica (DLCI)⁶. Sendo assim, a DLCI é considerada multifatorial e pode alterar o condicionamento físico⁷, as relações sociais⁸, o estado psicológico⁹ e a qualidade de vida dos indivíduos¹⁰. Além disso, é uma causa comum de ausências no trabalho e de atendimentos em serviços de saúde, representando um encargo financeiro substancial para a pessoa e para o sistema de saúde¹¹. Por incapacidade funcional entende-se a dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia e que são indispensáveis para uma vida independente¹², sendo uma das principais causas de morbidade gerada pela DLCI, dificultando ou restringindo a execução de movimentos e tarefas habituais¹³.

Pesquisas sobre o manejo da DLCI indicam que o modelo biopsicossocial, no qual se considera que a incapacidade funcional sofre influência de aspectos biológicos, psicológicos e sociais, deve ser considerado na avaliação e tratamento, tendo em vista que na maioria dos casos o paciente não possui patologia ou achado clínico que justifique a queixa¹⁴. Diversos fatores podem, portanto, influenciar o desenvolvimento da dor, como fumo, obesidade, aumento da expectativa de vida da população, medo do movimento, catastrofização, sedentarismo, hábitos posturais, estresse, depressão, ansiedade, entre outros^{15, 16, 17, 18, 19}.

A depressão é definida como uma doença biológica cuja etiologia está associada principalmente a fatores hereditários²⁰, considerada como mal do século, aparece normalmente depois de algum episódio traumático, vícios ou estresse e, quando não tratada, pode acarretar problemas e dificuldades durante toda a vida, apresentando sintomas como alteração de apetite, melancolia, tristeza profunda, perda de vitalidade, comportamentos suicidas, entre

outros, podendo aparecer em qualquer faixa etária²¹. Já a ansiedade refere-se às reações emocionais desagradáveis, caracterizadas por sentimentos subjetivos de apreensão, nervosismo e preocupação, intensificando a atividade do sistema nervoso autônomo, causado por uma tensão específica²². Os sintomas dominantes no Transtorno de Ansiedade Generalizada são altamente variáveis e podem incluir tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Este Transtorno é mais comumente observável em mulheres e normalmente está associado a estresse crônico²³.

Bento, De Paiva e Siqueira¹¹ citam a importância de estudar e compreender a relação da incapacidade funcional com DLCI, uma vez que a incapacidade funcional acaba 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 o desenvolvimento de estratégias de intervenção e tratamento. Além disso, a avaliação dos aspectos psicológicos e sociais na dor lombar crônica é tão importante quanto à avaliação dos aspectos físicos e biológicos²⁴. Embora se acredite que essas variáveis estejam correlacionadas, não se sabe a exata relação entre o comportamento de dor, fatores psicológicos e a relação com a incapacidade funcional dos indivíduos que apresentam DLCI²⁵.

Sendo assim, fica evidente a importância da realização de pesquisas para analisar possíveis relações entre a incapacidade funcional gerada pela DCLI com a intensidade da dor e fatores psicossociais. O objetivo desse estudo foi verificar se há correlação entre incapacidade funcional com intensidade da dor, depressão e ansiedade em pessoas com dor lombar crônica não específica.

METODOLOGIA

O presente estudo foi observacional, retrospectivo, de corte transversal²⁶, realizado através da aplicação de questionários em um único momento de avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 64104017.9.0000.5327).

O cálculo amostral foi realizado a partir do estudo de Preuper e colaboradores²⁷, onde se encontrou correlação de 0,5 entre incapacidade funcional, intensidade da dor, depressão e ansiedade. 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 mínima de 29 indivíduos, porém foram avaliados 38 indivíduos calculando-se uma possível perda amostral.

Os participantes da pesquisa foram selecionados através da lista de espera de dois

grupos de intervenção para o tratamento para DLCI, sendo uma lista do serviço de atenção básica em saúde e a outra do ambulatório de fisioterapia de um hospital universitário. Foram incluídos no estudo homens e mulheres, a partir de 18 anos, com quadro de DLCI há no mínimo 12 semanas. Foram excluídos sujeitos com sinais de dor lombar crônica específica (dor irradiada para membros inferiores, pós-operatório imediato, fraturas recentes, doenças reumáticas, presença de tumores), gravidez e dificuldade para compreender os questionários.

A coleta iniciou logo após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, quando os participantes inscritos na lista de espera para participação das atividades do serviço de atenção básica em saúde e da lista do ambulatório de fisioterapia de um hospital universitário foram convidados por telefone a participar da pesquisa. Os usuários inscritos, que aceitaram participar da pesquisa, foram convidados a responder aos questionários na data de início das intervenções.

Em ambos os locais de coleta foi conduzida uma conversa inicial para explicar ao participante o objetivo da pesquisa e a importância da mesma e a forma de preenchimento dos questionários. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da aplicação dos questionários e a duração da aplicação dos questionários durou aproximadamente 30-40 minutos em cada grupo. Os instrumentos utilizados nesta pesquisa objetivaram avaliar o nível de dor, o índice de incapacidade funcional, a depressão e a ansiedade. Quando o participante não podia ler os instrumentos de pesquisa e o TCLE, a leitura foi realizada pela pesquisadora.

Para avaliar o nível de dor foi escolhida a *Escala numérica de dor*, constituída por uma linha de 10 cm – numerada – que avalia a intensidade da dor, sendo uma escala unidirecional, onde 0 remete à ausência de dor, 1 a e 4 remetem à dor leve, 5 e 6 à dor moderada, 7 a 9 à dor forte e 10 é a pior dor possível²⁸. Essa escala é validada e tem sido amplamente utilizada na literatura²⁹. Na avaliação é requisitado ao sujeito que marque na escala a numeração que melhor represente a sua dor no momento³⁰.

Para avaliar a incapacidade funcional foi utilizado o Questionário *Oswestry Disability Index*, sendo um questionário autoaplicável e amplamente utilizado em estudos desde sua primeira publicação. Este questionário foi validado para o português por Vigatto e colaboradores³¹ e avalia o impacto da dor nas atividades de vida diária, possuindo um escore de 0 a 100³². 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%)³³.

Para avaliação da ansiedade e depressão foi utilizado o questionário PROMIS (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) Short Form 8-A angústia emocional, ansiedade e depressão, um questionário autoaplicável de 16 perguntas relacionadas aos sentimentos de angústia, ansiedade e depressão. Esse questionário foi validado para o português por De Castro e colaboradores³⁴ e sua pontuação varia de 1 a 5 em cada questão, onde 1 representa a menor pontuação para a resposta (nunca ter tido determinado sentimento depressivo e ansioso) e 5 sendo a pontuação máxima para a pergunta (sempre possuir sentimento depressivo e ansioso), remetendo aos acontecimentos dos sete dias anteriores à aplicação do questionário³⁵. Seu escore final é feito após a contagem do valor bruto (raw score) resultante das respostas do questionário ser transformado em um valor T-score e, a partir desse valor, os indivíduos são classificados em normais (até 55), com depressão/ansiedade leve (55 a 60), depressão/ansiedade moderada (60 a 70) e depressão/ansiedade grave (acima de 70)³⁶.

Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva, sendo os resultados apresentados por meio de média e desvio-padrão, mediana e amplitude interquartil, tabelas de frequências e intervalos de confiança (IC).

Todas 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. Um nível de significância de 0,05 foi considerado em todas as análises estatísticas.

A análise da correlação foi feita considerando-se, independentemente de ser uma correlação positiva ou negativa, que 0.9 representa uma correlação muito forte, valores entre 0.7 e abaixo de 0.9 indicam uma correlação forte, entre 0.5 e abaixo de 0.7 correlação moderada, entre 0.3 e abaixo de 0.5 correlação fraca e entre 0 e abaixo de 0.3 correlação desprezível³⁷.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 38 sujeitos (Tabela 1), com idade que variaram de 22 a 85 anos, sendo a média de 56,53 (\pm 13,07) anos. A maioria dos participantes eram mulheres (65%) e casados (42,10%). Em relação à escolaridade, houve predominância de ensino fundamental

incompleto (26,31%), seguido por superior completo (18,42%). A média da amostra indicou uma classificação de intensidade de dor forte, incapacidade funcional moderada e sentimentos de ansiedade moderada e de depressão leve.

Tabela 1. Características da amostra

Variáveis	Participantes (n=38)	
Idade (anos) M (DP)	56,53 (±13,07)	
Escolaridade n (%)	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 n (%)	Casado	16 (42,1%)
	Divorciado	8 (21,1%)
	Solteiro	8 (21,1%)
	Viúvo	5 (13,2%)
	Não informado	1 (2,6%)
EVN (0-10) Me (IIQ)	8 (6-9)	
ODI (0 -100) M (DP)	35,92 (15,11)	
PROMIS Ansiedade (8-40) M (DP)	62,45 (7,59)	
PROMIS Depressão (8-40) M (DP)	56,91 (10,77)	

Tabela 1: M=médias; DP=desvio padrão; n=número de participantes; Me=mediana; IIQ=intervalo interquartil; EVN=Escala Visual Numérica de Dor; ODI= Oswestry Disability Index, PROMIS Ansiedade= PROMIS (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) Short Form 8-A Ansiedade; PROMIS Depressão= PROMIS (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) Short Form 8-A Depressão.

A correlação foi estatisticamente significativa, positiva e fraca entre a intensidade da dor e a incapacidade funcional e estaticamente significativa, positiva e moderada entre incapacidade funcional e a ansiedade e entre a incapacidade funcional e a depressão (Tabela 2).

Tabela 2. Correlação entre a incapacidade funcional com a intensidade da dor, a ansiedade e a depressão

	EVN	PROMIS ANSIEDADE	PROMIS DEPRESSÃO
ODI	0,389; (p=0,016)	0,501; (p=0,01)	0,512; (p=0,01)

Tabela 2: EVN= Escala Visual Numérica de Dor; PROMIS Ansiedade= PROMIS (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) Short Form 8-A Ansiedade; PROMIS Depressão= PROMIS (Patient Reported Outcomes Measurement Information System) Short Form 8-A Depressão; ODI= Oswestry Disability Index.

DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo avaliar se há correlação entre incapacidade funcional, intensidade da dor, depressão e ansiedade em sujeitos com DLCI. Foi encontrada correlação positiva fraca entre a intensidade da dor e a incapacidade funcional e correlação positiva moderada entre a incapacidade funcional e a ansiedade e a entre a incapacidade funcional e a depressão.

Nesse estudo, foram avaliados 38 indivíduos, dos quais 65,8% eram mulheres. Estes resultados vão ao encontro do que é referido na literatura, de que a prevalência de DLCI é maior no sexo feminino, assemelhando-se aos achados de Bento e colaboradores¹¹ que tinha 70% de mulheres em sua amostra, ao correlacionar incapacidade funcional e intensidade da dor na DLCI e Tsukimoto e colaboradores³⁸ que encontrou 72,1% de mulheres em sua amostra de pacientes com DLCI oriundos de uma escola de postura de um hospital universitário. As mulheres apresentam menor estatura, massa muscular e densidade óssea, assim como maior fragilidade articular e menor adaptação ao esforço físico, os quais são considerados fatores de risco de DLCI³⁹. Soma-se a isso o fato de que, além do trabalho, as mulheres assumem muitas das tarefas domésticas, as quais podem gerar sobrecarga repetida da coluna lombar e potencializar o estresse físico e mental¹¹.

De acordo com a Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Deficiências da Organização Mundial de Saúde, a DLCI pode ser reconhecida como um comprometimento que revela alteração psicológica e alteração fisiológica ou anatômica na coluna lombar, trazendo desvantagens, impedindo ou limitando o desempenho das atividades de vida diária⁴⁰. Há evidências de que a dor crônica é prejudicial à capacidade funcional tanto nas atividades laborais como nas atividades de vida diária⁴¹ e também que há uma ligação entre os fatores psicológicos e a dor lombar⁹. A DLCI afeta pessoas de todas as idades e é responsável por uma tensão psicológica, sendo um dos problemas mais desafiadores enfrentados pelos usuários e pelos prestadores de cuidados de saúde⁴². Há muitos estudos que investigam as possíveis correlações entre a dor lombar crônica, a incapacidade funcional e variáveis associadas, como a depressão e a ansiedade, porém os resultados encontrados sobre esse tema ainda são contraditórios.

Woby e colaboradores³⁵ observaram que na literatura há resultados divergentes em relação à quando dor e incapacidade funcional são correlacionadas no quadro de DLCI. Salvetti e colaboradores⁴³, por exemplo, observaram uma maior incapacidade funcional quando a pessoa apresentava níveis altos de intensidade da dor, enquanto Vlayen e colaboradores⁴⁴ demonstram relações fracas entre as variáveis, de forma que a incapacidade funcional não seria influenciada diretamente pela intensidade da dor do indivíduo no quadro de DLCI. Abreu e colaboradores²⁴ e Mannion e colaboradores⁴⁵ encontraram correlação moderada e forte, respectivamente, entre intensidade da dor e incapacidade funcional, considerando que a diminuição da dor pode influenciar na melhora da funcionalidade do paciente. Já Kuijer e colaboradores⁴⁶, Kovacs e colaboradores¹⁰ e Waddell e colaboradores⁴⁷, semelhantemente ao presente estudo, encontraram relações fracas entre essas variáveis, de forma que a incapacidade funcional talvez não seja influenciada diretamente pela intensidade da dor do indivíduo no quadro de DLCI.

Kovacs e colaboradores¹⁰ acreditam que os fatores biomecânicos podem influenciar a dor enquanto os fatores psicossociais podem influenciar o desenvolvimento e duração da incapacidade, sugerindo que os aspectos psicológicos não estejam associados à etiologia da dor, mas sim às suas consequências. Sendo assim, evidenciam que parece não haver correlação direta entre grau de incapacidade e a intensidade de dor em pacientes com DLC e que o prolongamento da incapacidade pode estar mais relacionado a fatores psicológicos.

A depressão e a ansiedade têm sido frequentemente relacionadas a casos de DLCI, sendo os distúrbios psicológicos mais comumente observados nessa população⁴⁸; podendo prolongar o quadro doloroso, gerando insatisfação e incapacidade na vida social e

profissional⁶. Esses quadros psicológicos influenciam na instalação e manifestação da dor, através da modulação exercida pelo sistema nervoso central pela Teoria da Comporta da Dor, influenciando na atuação dos neurotransmissores sobre o tônus muscular, além de impactar na percepção e no limiar da dor⁴⁹. As emoções podem influenciar na percepção da dor, tornando difícil o entendimento da diferença entre o estímulo doloroso e a dor percebida pelo indivíduo⁵⁰. Castro e colaboradores⁵¹, em estudo que avaliou a correlação entre fatores psicossociais e DLCI, encontraram que na medida em que aumenta a ansiedade e a depressão no indivíduo, também há um aumento na incapacidade funcional.

A depressão é comumente observada em pacientes com dor lombar⁵² e sentimentos depressivos têm sido considerados preditores do tempo para recuperação da dor, incapacidade e trabalho⁵³. Pinheiro e colaboradores⁵⁴ encontraram em uma revisão sistemática e meta-análise que indivíduos que apresentam maiores níveis de depressão possuem maior risco de desenvolvimento de dor lombar crônica em comparação com aqueles que não estão deprimidos ou possuem baixos níveis de sintomas depressivos.

A ansiedade pode ser resultante das consequências físicas e sociais da dor, uma vez que, presente por longos períodos de tempo, torna o estado afetivo um componente de sofrimento contínuo e, desta forma, os indivíduos com DLCI podem ser ansiosos sobre seus sintomas e seu futuro, principalmente com questões sobre possível aumento da dor e redução da capacidade física, exacerbando os fatores físicos que acabam contribuindo para a perpetuação da dor, motivando a inatividade e consequentemente impactando sua incapacidade funcional⁵³.

Meyer e colaboradores⁵⁵ e De Figueiredo e colaboradores⁵³ concluíram que a dor e a incapacidade funcional estão fortemente correlacionadas ao medo e à depressão e Glucu e colaboradores⁵⁶ encontraram correlação fraca entre incapacidade funcional, depressão e ansiedade em pacientes com DLCI. Entretanto, há também estudos, como o de Preuper e colaboradores²⁷, que não encontraram correlação entre incapacidade e depressão. Figueiredo e colaboradores⁵³ consideram que a incapacidade funcional, ao limitar as atividades laborais e de interação e convívio social, torna o indivíduo mais restrito ao seu ambiente domiciliar, aumentando as chances de desenvolver um quadro de depressão.

Uma pesquisa realizada no Reino Unido por Foster e colaboradores⁵⁷ em pacientes com faixa etária entre 18 e 60 anos, demonstrou associação significativa entre os fatores psicológicos e a DLCI. Já Dickens, Jayson e Creed⁵⁸ encontraram em seu estudo, contrariando o que acreditavam, que pacientes com DLCI com e sem comportamento excessivo da dor apresentaram níveis semelhantes de ansiedade e depressão, indicando falta

de associação de ansiedade e depressão com a intensidade da dor. Bener e colaboradores²⁵, em um estudo transversal, encontraram que indivíduos que apresentam queixas excessivas de dor seriam mais deprimidos do que aqueles que não apresentam níveis excessivos de queixas de dor e que o risco de DLCI aumenta rapidamente com maior quantidade de trabalho físico e psicológico. Carroll, Cassidy e Côté⁵⁹ encontraram que a depressão é um preditor forte para o início de um episódio de intensa e/ou incapacitante dor na coluna cervical ou lombar.

Mcwillians, Cox e Enns⁶⁰, através de entrevistas com a população não institucionalizada nos EUA, não encontraram que um transtorno psiquiátrico específico seja significativamente associado à incapacidade relacionada à dor, mas a presença de múltiplos transtornos psiquiátricos foi significativamente associada ao aumento da incapacidade; além disso, após constatarem que 35% das pessoas com dor crônica e 18% da população em geral sofrem de ansiedade, afirmaram que esforços aprimorados quanto à detecção e ao tratamento de distúrbios de ansiedade nas configurações de tratamento da dor crônica são necessários.

Ao correlacionar a incapacidade funcional com a depressão e a ansiedade, o presente estudo identificou que a incapacidade funcional pode ser influenciada por fatores psicológicos em quadros de DLCI. Em contrapartida, a intensidade da dor parece não ser tão relevante na determinação da incapacidade. A realização de estudos que tentem verificar a correlação entre possíveis causas e agravantes da DLCI é de extrema importância para que se entenda a complexidade desse problema e, com o tempo, fique melhor definido o tratamento mais eficaz para esses pacientes.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo em relação à correlação entre incapacidade funcional, ansiedade e depressão em pacientes que apresentam DLCI, vão ao encontro da visão biopsicossocial da DLCI, em que tratamentos, que visam melhorar a qualidade de vida desses pacientes, não devem deter-se apenas na avaliação física ou no alívio da dor, mas também devem contemplar avaliações psicológicas e considerar o manejo dessas questões para um tratamento mais eficaz.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. VAN MIDDELKOOP, Marienke et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. **European Spine Journal**, v. 20, n. 1, p. 19-39, 2011.
2. CAMPBELL, Carol; MUNCER, S. J. The causes of low back pain: a network analysis. **Social science & medicine**, v. 60, n. 2, p. 409-419, 2005.
3. DOS SANTOS, Clarissa Cardoso et al. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. **Acta fisiátrica**, v. 13, n. 2, p. 75-82, 2016.
4. DELLAROZA, Mara Solange Gomes et al. Characterization of chronic pain and analgesic approaches among community-dwelling elderly. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.
5. KOES, Bart W. et al. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: an international comparison. **Spine**, v. 26, n. 22, p. 2504-2513, 2001.
6. NASCIMENTO, Paulo Roberto Carvalho do; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1141-1156, 2015.
7. FERREIRA, Maria Salomé Martins. Variáveis psicológicas na Lombalgia Crônica: Um estudo com doentes em tratamento de fisioterapia e acupuntura. 2010.
8. FROUD, Robert et al. A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. **BMC musculoskeletal disorders**, v. 15, n. 1, p. 50, 2014.
9. MANIADAKIS, Nikolaos; GRAY, Alastair. The economic burden of back pain in the UK. **Pain**, v. 84, n. 1, p. 95-103, 2000.
10. 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.

11. 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.
12. ROSSI BARBOSA, Bruno et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.
13. LIN, Chung-Wei Christine et al. Relationship between physical activity and disability in low back pain: a systematic review and meta-analysis. **PAIN®**, v. 152, n. 3, p. 607-613, 2011.
14. HASENBRING, Monika I.; RUSU, Adina C.; TURK, Dennis C. (Ed.). **From acute to chronic back pain: risk factors, mechanisms, and clinical implications**. Oxford University Press, 2012.
15. DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial-: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. Artmed Editora, 2014.
16. GRAUP, Susane; DE ARAÚJO BERGMANN, Mauren Lúcia; BERGMANN, Gabriel Gustavo. Prevalência de dor lombar inespecífica e fatores associados em adolescentes de Uruguaiana/RS. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 6, p. 661-667, 2014.
17. HOY, Damian et al. The epidemiology of low back pain. **Best practice & research Clinical rheumatology**, v. 24, n. 6, p. 769-781, 2010.
18. O’SULLIVAN, Peter. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. **Manual therapy**, v. 10, n. 4, p. 242-255, 2005.
19. DILLINGHAM, T. R. Evaluation and management of low back pain: an overview. **SPINE-PHILADELPHIA-HANLEY AND BELFUS-**, v. 9, p. 559-596, 1995.

20. MONTEIRO, Kátia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. The depression in adolescence. **Psicologia em estudo**, v. 12, n. 2, p. 257-265, 2007.
21. DOS SANTOS, Sônia de Oliveira et al. DEPRESSÃO INFANTIL: SINTOMAS E ASPECTOS SOCIAIS, PSICOLÓGICOS NA EDUCAÇÃO ESCOLAR. **Educere-Revista da Educação da UNIPAR**, v. 16, n. 1, 2016.
22. CORDEIRO, Raul Alberto; FREIRE, Vera. Estado-Traço de ansiedade e vivências acadêmicas em estudantes do 1º ano do Instituto Politécnico de Portalegre. **Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health**, n. 36, 2016.
23. OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). 10ª. Revisão. 2ª. ed.. São Paulo: EDUSP, 1994.
24. ABREU, Ana Maria de et al. The Brazilian version of the fear avoidance beliefs questionnaire. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 615-623, 2008.
25. BENER, Abdulbari et al. Disability, depression and somatization in a low back pain population. **International Journal of Rheumatic Diseases**, v. 9, n. 3, p. 257-263, 2006.
26. HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica-4**. Artmed Editora, 2015.
27. 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.
28. 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.

29. BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 283, 2010.
30. 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.
31. 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.
32. FAIRBANK, Jeremy CT; PYNSENT, Paul B. The Oswestry disability index. **Spine**, v. 25, n. 22, p. 2940-2953, 2000.
33. BORGES, Raquel Gonçalves et al. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-Brasil. **Motriz rev. educ. fís.(Impr.)**, v. 17, n. 4, p. 719-727, 2011.
34. DE CASTRO, Natália Fontes Caputo et al. Adaptação transcultural dos Bancos de Itens de Ansiedade e Depressão do Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) para língua portuguesa Portuguese-language cultural adaptation of. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 879-884, 2014.
35. 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.
36. ROTHROCK, Nan. **Interpreting PROMIS Score**. Disponível em: <<http://www.healthmeasures.net/score-and-interpret/interpret-scores/promis>>. Acesso em: 10 nov. 2017.
37. HINKLE, Dennis E.; WIERSMA, William; JURIS, Stephen G. Applied statistics for the behavioral sciences. 2003.

38. TSUKIMOTO, Gracinda Rodrigues et al. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). **Acta fisiátrica**, v. 13, n. 2, p. 63-69, 2016.
39. LIZIER, Daniele Tatiane; PEREZ, Marcelo Vaz; SAKATA, Rioko Kimiko. Exercícios para tratamento de lombalgia inespecífica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, 2012.
40. HELFENSTEIN JUNIOR, Milton; GOLDENFUM, Marco Aurélio; SIENA, César. Occupational low back pain. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 583-589, 2010.
41. RENEMAN, Michiel F. et al. Testing lifting capacity: validity of determining effort level by means of observation. **Spine**, v. 30, n. 2, p. E40-E46, 2005.
42. MAHER, Chris; UNDERWOOD, Martin; BUCHBINDER, Rachelle. Non-specific low back pain. **The Lancet**, v. 389, n. 10070, p. 736-747, 2017
43. DE GÓES SALVETTI, Marina et al. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, 2012.
44. VLAEYEN, Johan WS et al. Fear of movement/(re) injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. **Pain**, v. 62, n. 3, p. 363-372, 1995.
45. MANNION, Anne F. et al. Active therapy for chronic low back pain: part 3. Factors influencing self-rated disability and its change following therapy. **Spine**, v. 26, n. 8, p. 920-929, 2001.
46. KUIJER, P. P. F. M. et al. Effect of job rotation on need for recovery, musculoskeletal complaints, and sick leave due to musculoskeletal complaints: a prospective study among refuse collectors. **American journal of industrial medicine**, v. 47, n. 5, p. 394-402, 2005.

47. WADDELL, Gordon et al. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. **Pain**, v. 52, n. 2, p. 157-168, 1993.
48. SAGHEER, Muhammad Amir; KHAN, Muhammad Farhan; SHARIF, Salman. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. **J Pak Med Assoc**, v. 63, n. 6, p. 688-90, 2013.
49. CRUZ, Roberto Moraes; SARDÁ JR, Jamir João. Diagnóstico de aspectos emocionais associados à lombalgia e à lombociática. **Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 1, p. 29-33, 2003.
50. ZAVARIZE, Sergio Fernando; WECHSLER, Solange Muglia. Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 403-414, 2012.
51. CASTRO, Martha MC et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Rev Psiq Clín**, v. 38, n. 4, p. 126-9, 2011.
52. BAIR, Matthew J. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. **Archives of internal medicine**, v. 163, n. 20, p. 2433-2445, 2003.
53. DE FIGUEIREDO, Vânia Ferreira et al. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, 2017.
54. PINHEIRO, Marina B. et al. Symptoms of Depression and Risk of New Episodes of Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Arthritis care & research**, v. 67, n. 11, p. 1591-1603, 2015
55. MEYER, Kathrin et al. Association between catastrophizing and self-rated pain and disability in patients with chronic low back pain. **Journal of rehabilitation medicine**, v. 41, n. 8, p. 620-625, 2009.

56. GUCLU, Doğan Gucluhan et al. The relationship between disability, quality of life and fear-avoidance beliefs in patients with chronic low back pain. **Turkish neurosurgery**, v. 22, n. 6, p. 724-731, 2012.
57. FOSTER, Nadine E. et al. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. **PAIN®**, v. 148, n. 3, p. 398-406, 2010.
58. DICKENS, Chris; JAYSON, Malcolm; CREED, Francis. Psychological correlates of pain behavior in patients with chronic low back pain. **Psychosomatics**, v. 43, n. 1, p. 42-48, 2002.
59. CARROLL, Linda J.; CASSIDY, J. David; CÔTÉ, Pierre. Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. **Pain**, v. 107, n. 1, p. 134-139, 2004.
60. MCWILLIAMS, Lachlan A.; COX, Brian J.; ENNS, Murray W. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. **Pain**, v. 106, n. 1, p. 127-133, 2003.

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 de 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/ictrp/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”;
- f) de formação e eventual título;
- g) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- h) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- i) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- j) 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 Ensaios 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. Questionário Oswestry Disability Index

Participante n°:

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 III. Escala de Dor Visual Numérica

Participante n°:

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

ANEXO IV. PROMIS - Angústia emocional - Ansiedade - Short Form 8-A

Participante n°:

Por favor, responda a cada pergunta ou declaração, marcando uma resposta por linha.

Nos últimos sete dias:

1- Eu me senti nervoso.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
2- Eu senti medo.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
3- Eu me senti preocupado.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
4- Eu pensei em coisas assustadoras.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
5- Eu estava com medo que eu iria cometer erros.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
6- Eu me preocupava com o que poderia acontecer comigo.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
7- Eu me senti ansioso.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
8- Eu me senti tenso.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre

ANEXO V. PROMIS - Depressão - Short Form 8-A

Participante n°:

Por favor, responda a cada pergunta ou declaração, marcando uma resposta por linha.

Nos últimos sete dias:

1- Eu me senti inútil.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
2- Eu me senti impotente.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
3- Eu me senti deprimido.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
4- Eu me senti sem esperança.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
5- Eu me senti como um fracasso.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
6- Eu me sentia infeliz.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
7- Senti que não tinha nada pelo qual ansiar.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre
8- Eu senti que nada poderia me animar.
() 1-Nunca () 2-Raramente () 3-Às vezes () 4-Frequentemente () 5-Sempre

