

BRUNA CHRISTINNA MARQUES SANTANA
JULIA BEATRIZ RODRIGUES
LUCAS RODRIGUES ARRUDA

**PREVALÊNCIA DA SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL E FATORES ASSOCIADOS EM
PACIENTES COM DOR LOMBAR: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

BELO HORIZONTE
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL/ UFMG
2021

BRUNA CHRISTINNA MARQUES SANTANA
JULIA BEATRIZ RODRIGUES
LUCAS RODRIGUES ARRUDA

**PREVALÊNCIA DA SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL E FATORES ASSOCIADOS EM
PACIENTES COM DOR LOMBAR: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Fisioterapia, da
Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Zambelli de
Almeida Pinto

Coorientador: Prof. Me. Leandro Martins de
Oliveira Dinis

RESUMO

Introdução: A dor lombar afeta indivíduos de todas as idades e é uma das principais causas de anos vividos com incapacidade em todo mundo. Em alguns pacientes com dor lombar inespecífica podemos encontrar sintomas que indicam a presença de sensibilização central (SC), ou seja, um quadro de amplificação da sinalização neural no sistema nervoso central que provoca hipersensibilidade à dor. **Objetivo:** determinar a prevalência pontual de SC em uma amostra de pacientes com dor lombar inespecífica em tratamento fisioterápico na atenção secundária e investigar se os grupos com e sem características predominantes de SC se diferem com relação aos fatores clínicos, demográficos e antropométricos. **Métodos:** A amostra foi constituída por pacientes, entre 18 a 80 anos, com dor lombar inespecífica em tratamento na atenção secundária da cidade de Belo Horizonte. As variáveis duração dos sintomas, dor nas últimas 24h, dor na última semana, características de SC, incapacidade e crenças foram investigadas por meio dos questionários EVA, CSI, RMDQ, BBQ. Para a análise descritiva foi utilizado média e desvio padrão para as variáveis contínuas e frequências e proporções para variáveis dicotômicas e categóricas; para a igualdade das variâncias foi utilizado o Teste de Levene e para a comparação das médias foi utilizado o Teste T para amostras independentes ($P < 0,005$). **Resultados:** Dos 159 participantes incluídos no estudo, 51 (32%) apresentaram sintomas sugestivos de SC. O grupo com SC apresentou média maior e estatisticamente significativa para duração dos sintomas, dor na última semana e incapacidade quando comparado com o grupo sem SC. Dor nas últimas 24h e crenças não mostraram distinção entre os grupos. **Conclusão:** Os resultados sugerem que pacientes com características de SC apresentam sintomas mais crônicos e maior incapacidade em relação à dor. Estudos futuros que investiguem a correlação entre as variáveis e atuem nos fatores modificáveis são necessários para melhor entendimento sobre o tema.

Palavras-chave: dor lombar; lombalgia; sensibilização central; incapacidade; crenças.

Lista de Abreviaturas e Siglas

BBQ: *Back Beliefs Questionnaire*

CSI: Inventário de Sensibilização Central

DP: Desvio Padrão

EVA: Escala Visual Analógica

ICC: Coeficiente de Correlação Intraclasse

IMC: Índice de Massa Corporal

REDCap: *Research Eletronic Data Capture*

RMDQ: Questionário de Incapacidade de Roland Morris

SC: Sensibilização Central

95%IC: Intervalo de Confiança de 95%

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

52 METODOLOGIA

82.1 Desenho do estudo

82.2 Participantes

82.3 Procedimentos

82.4 Instrumentos e medidas

92.5 Análise de dados

103 RESULTADOS

124 DISCUSSÃO

155 CONSIDERAÇÕES FINAIS

18 REFERÊNCIAS

19

1 INTRODUÇÃO

Os avanços da tecnologia e medicina revolucionaram a área da saúde. Atualmente, a expectativa de vida das pessoas é maior, porém têm-se vivido mais anos com doenças crônicas e incapacidade. Nesse cenário, a dor lombar é uma condição extremamente prevalente e incapacitante em todo o mundo (OMS, 2017). Em 2013, os Estados Unidos gastaram mais de 87 bilhões de dólares em saúde com o tratamento de dor lombar e dor na cervical, sendo o terceiro maior custo do país ficando atrás apenas de gastos com diabetes e infarto do miocárdio. No Brasil, a prevalência de dor lombar aumentou 26,8% entre 1990 e 2017 (OMS, 2017).

A dor lombar pode ser classificada como específica ou inespecífica (MAHER; UNDERWOOD; BUCHBINDER, 2017). A específica ocorre quando os sintomas estão relacionados diretamente à presença de tumores, fraturas ou doenças inflamatórias da coluna. Já o tipo inespecífico é assim classificado quando não é possível identificar uma causa patológica ou anatômica (MAHER; UNDERWOOD; BUCHBINDER, 2017). Em um exame mais detalhado, devemos nos atentar também para as chamadas “bandeiras vermelhas” que consistem em sinais e sintomas que podem indicar graves desordens subjacentes que vão requerer uma investigação mais profunda, como por exemplo: indivíduos com mais de 50 anos com histórico de trauma; déficit motor ou sensitivo progressivo; histórico de câncer; histórico de osteoporose e retenção urinária (COHEN; ARGOFF; CARRAGEE, 2009). A dor lombar pode ser classificada de acordo com a sua duração em: aguda, quando os sintomas duram até quatro semanas; subaguda, quando a duração dos sintomas persiste entre um e três meses; e crônica, quando os sintomas persistem por um período superior a três meses (MAHER; UNDERWOOD; BUCHBINDER, 2017). Muitos pacientes com dor lombar crônica apresentam outras queixas associadas como, por exemplo, distúrbios do sono e ansiedade, bem como uma resposta aumentada frente a estímulos como frio, pressão mecânica ou estresse. Tais sintomas indicam a presença de uma condição, denominada sensibilização central (SC) (NIJS; GOUBERT; ICKMANS, 2016).

A SC é apresentada clinicamente como uma amplificação dos sinais neurais dos receptores nociceptivos centrais, diminuindo os limiares de impulsos aferentes

para a dor (MERSKEY *et al.*, 1994). Essa amplificação de sinais nociceptivos centrais leva a um quadro de hipersensibilidade à dor (WOOLF, 2011). A SC se manifesta através da alodinia que é a resposta aumentada a estímulos normalmente não nocivos e a hiperalgesia que é a amplificação de forma desproporcional dos estímulos dolorosos. A SC recentemente foi reconhecida como um potencial mecanismo patofisiológico acerca de um grupo de desordens crônicas incluindo fibromialgia, disfunção temporomandibular (DTM), síndrome do cólon irritável, enxaqueca, cefaleia tensional, síndrome das dores miofasciais e dor lombar crônica (SANZARELLO *et al.*, 2016). Muitas desordens musculoesqueléticas, incluindo a dor lombar crônica, aparentemente são capazes de desencadear o fenômeno da SC com suas diversas repercussões (HAWKINS, 2013). Além disso, pacientes com dor lombar crônica apresentam reações de hipersensibilidade em tecidos profundos, com menores limiares para dor, respostas exacerbadas à dor, maior duração dos sintomas e maior ativação de áreas corticais relacionadas à dor (O'NEILL *et al.*, 2007).

Pessoas com SC que apresentam quadro álgico possuem um pior prognóstico e não respondem bem a um tratamento específico. Portanto, é de grande importância identificar esses pacientes durante a triagem inicial (NIJS; GOUBERT; ICKMANS, 2016). O Inventário de Sensibilização Central (CSI) é um questionário de autorrelato destinado a alertar os profissionais de saúde sobre a presença de sintomas relacionados à SC. Contudo, o escore de 40 pontos tem sido recomendado como um ponto de corte que indica a presença de sintomas relacionados à presença de SC (NEBLETT, 2018).

Por se tratar de uma das condições de saúde mais incapacitantes, a dor lombar crônica necessita de manejo especial, baseado em evidências científicas de qualidade sobre diagnóstico, prognóstico e tratamento. Dessa forma, as crenças, expectativas e objetivos, devem ser aliados à educação do paciente, levando em conta os dois principais pilares atuais nos cuidados de saúde: a Prática Baseada em Evidência e a Tomada de Decisão Compartilhada (BARRATT, 2008). Portanto, o presente estudo teve como objetivo primário identificar a proporção de pacientes com características predominantes de SC, por meio da ferramenta clínica CSI, em uma amostra de pacientes com dor lombar em tratamento fisioterápico. O objetivo secundário foi investigar se os pacientes com e sem características predominantes

de SC se diferem com relação aos fatores clínicos, demográficos e antropométricos (sexo, idade, IMC, duração de sintomas, intensidade da dor, nível educacional, incapacidade, crenças e pontuação no CSI). Nossa hipótese é que o grupo de pacientes com características de SC iria apresentar uma maior pontuação nas variáveis duração de sintomas, intensidade da dor, incapacidade e crenças.

2 METODOLOGIA

2.1 Desenho do estudo

Este é um estudo observacional exploratório transversal, que utilizou dados da avaliação inicial de um ensaio clínico aleatorizado conduzido previamente (número de registro: RBR-5rvntq). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Minas Gerais (CAEE 85676818.5.0000.5149).

2.2 Participantes

A fim de serem considerados elegíveis para o presente estudo, os participantes deveriam ter idade entre 18 e 80 anos e capacidade de ler e entender português (ou seja, pelo menos ensino fundamental cursado), apresentar queixa de dor lombar inespecífica de qualquer duração, e estar em tratamento fisioterápico ambulatorial. Os participantes foram excluídos quando reportaram dor lombar específica decorrente de patologias graves como traumas, tumores e infecções. Os participantes com radiculopatia (dor auto relatada irradiada para baixo do joelho, gerando pelo menos um dos seguintes sintomas: perda de sensibilidade seguindo o trajeto do dermatomo específico, fraqueza muscular associada ao miótomo específico e/ou alterações de reflexos tendinosos) e/ou outros problemas não musculoesqueléticos como a suspeita ou confirmação de doença renal e gravidez também foram excluídos do estudo. A amostra deste estudo (número total de 164) foi recrutada em quatro serviços particulares de fisioterapia em Belo Horizonte no período de outubro de 2019 a fevereiro de 2020. Os participantes considerados elegíveis tiveram que assinar um termo de consentimento livre e esclarecido antes da coleta de dados.

2.3 Procedimentos

Após verificação do cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão previamente descritos, os dados foram coletados através da aplicação de questionários por meio do *Research Eletronic Data Capture* (REDCap), uma

plataforma eletrônica desenvolvida para capturar e armazenar dados de pesquisa (HARRIS *et al.*, 2009). Os dados para caracterização da amostra tais como idade, sexo, nível educacional, presença de comorbidades, uso de medicação, vínculo empregatício, peso, altura, característica da dor (dor apenas na região lombar ou dor referida para o membro inferior), duração dos sintomas e intensidade da dor, incapacidade, crenças sobre dor lombar e sintomas de SC foram coletados por meio de um questionário eletrônico.

2.4 Instrumentos e medidas

A intensidade da dor foi avaliada por meio da média de dor na última semana, mensurada por meio da Escala Visual Analógica (EVA). A EVA é uma escala numérica de 11 pontos, onde 0 significa sem dor e 10 a pior dor imaginável. A incapacidade foi mensurada por meio do Questionário de Incapacidade de Roland Morris (RMDQ). Este questionário consiste em 24 frases comumente ditas por pessoas que sentem dores nas costas com uma pontuação que varia entre 0 e 24 pontos, sendo que pontuações superiores a 14 pontos indicam incapacidade grave (ROLAND; MORRIS, 1983). A medida do RMDQ é válida e confiável para a amostra brasileira com dor lombar crônica e pode ser usada em outras populações com dor crônica do Brasil (SARDA *et al.*, 2010). O questionário apresenta boa confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação de Spearman = 0,88 e coeficiente de correlação intraclasse = 0,94) e boa confiabilidade interobservador (coeficiente de correlação de Spearman = 0,86 e coeficiente de correlação intraclasse = 0,95) (NUSBAUM *et al.*, 2001).

O *Back Beliefs Questionnaire* (BBQ) consiste em 14 frases sobre a dor lombar, no qual o participante deve responder e pontuar de acordo com a escala de Likert, que varia entre: “discordar completamente” (1 ponto), “discordar” (2 pontos), “não concordar e não discordar” (3 pontos), “concordar” (4 pontos) ou “concordar completamente” (5 pontos). O BBQ apresenta boa confiabilidade (coeficiente alfa de Cronbach: $\alpha = 0,70 - 0,75$ e confiabilidade teste-reteste = ICC 0,87), de acordo com o estudo original (SYMONDS *et al.*, 1996). A confiabilidade intra e interexaminador apresentaram valor moderado (ICC = 0,74) e excelente (ICC = 0,91) respectivamente (TEIXEIRA *et al.*, 2020). A pontuação deste questionário é

calculada pela soma de nove itens, podendo variar de 9 até 45 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais pessimistas são as crenças relacionadas as consequências da dor lombar (FERREIRA; KAMPER, 2020).

O CSI é um questionário que possui duas partes: Parte A e B. A parte A é composta de 25 sinais/sintomas, sendo que a frequência de cada item é avaliada em uma escala que varia de 0 (nunca) a 4 (sempre) pontos. A pontuação total da parte A varia de 0 a 100 pontos, no qual valores maiores indicam maior severidade e frequência dos sintomas. Já a parte B consiste em uma lista de dez condições de saúde, no qual o próprio paciente identifica quais já recebeu o diagnóstico. Para a análise, apenas a pontuação da Parte A do instrumento foi considerada. O ponto de corte de 40 pontos, utilizado em nossa pesquisa, foi determinado por um estudo (NEBLETT *et al.*, 2013) com base na capacidade de discriminar entre pacientes com SC e indivíduos não-pacientes, tendo uma boa sensibilidade (81%) ao identificar os pacientes com diagnóstico de SC e uma especificidade adequada (75%) identificando os sujeitos da amostra controle de não-pacientes que não tinham diagnóstico de SC (NEBLETT, 2018). Apesar do inventário não ter como finalidade o diagnóstico de SC, esse score, igual ou maior a 40 pontos, tem sido recomendado como um ponto de corte para alertar profissionais de saúde de que a apresentação destes sintomas pode estar relacionada à presença de SC (NEBLETT, 2018), além de ajudar na identificação de dor relacionada à SC em pacientes com dor lombar crônica (NIJS *et al.*, 2015). O questionário apresentou boa confiabilidade teste-reteste e consistência interna (coeficiente de correlação de Pearson $r = 0,82$; coeficiente alfa de Cronbach $\alpha = 0,88$, respectivamente) (MAYER *et al.*, 2012).

2.5 Análise de dados

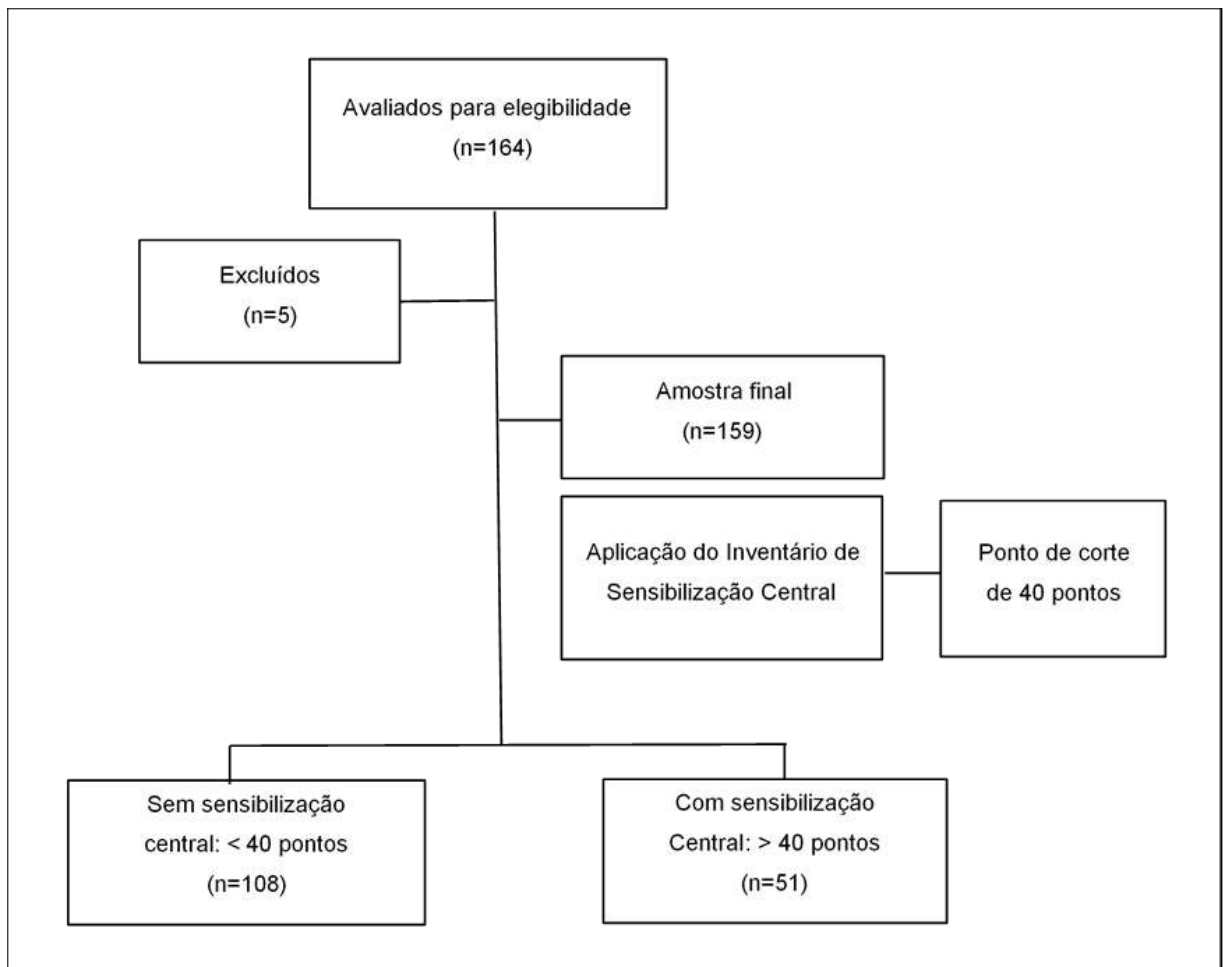
Para a análise dos dados a amostra foi dividida em dois subgrupos, com e sem características de SC. Sendo utilizado o ponto de corte de 40 pontos no CSI para divisão da amostra (NEBLETT, 2018). Os dados foram analisados através do software estatístico SPSS V.20.0 (IBM corporação, Somers, NY, EUA) e a significância estatística foi definida em 0,05. O teste de Shapiro Wilk foi usado para testar a normalidade da amostra. Na análise descritiva, foi utilizada média e desvio padrão para as variáveis contínuas e frequência e proporções para variáveis

dicotômicas e categóricas. A igualdade de variâncias foi investigada através do Teste de Levene e a comparação das médias de cada amostra foi realizada através do Teste T para amostras independentes para verificar as diferenças entre as médias e o intervalo de confiança de 95% (95%IC) dos grupos com e sem SC.

3 RESULTADOS

Dos 164 pacientes que foram recrutados para participar da pesquisa entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020, 5 foram excluídos por apresentar dor lombar específica e radiculopatia, totalizando uma amostra válida de 159 voluntários.

Figura 1. Fluxograma



Fonte: Elaboração própria

Dos 159 participantes incluídos no nosso estudo, um total de 51 (32%) participantes apresentaram sintomas sugestivos de SC (escore igual ou maior que 40 pontos no CSI). Dessa forma, dois grupos foram identificados: com sintomas de SC (n=51) e sem sintomas de SC (n=108). A análise dos dados do CSI mostrou que o grupo com SC apresentou uma pontuação média de 49 pontos (DP: 8,0) enquanto

o grupo sem SC apresentou uma média de 26 pontos (DP: 9,0). A diferença média entre os grupos foi de 23,5 pontos (95%IC: -26,4; -20,6).

A comparação entre os grupos para os desfechos demográficos revelou uma predominância de indivíduos do sexo feminino (n= 42/51; 82%) no grupo com SC em comparação ao grupo sem SC (n= 47/108; 44%). A idade, IMC e nível de escolaridade não foram significativamente diferentes entre os grupos. Por sua vez, a apresentação de sintomas agudos e subagudos (duração de sintomas menor que 12 semanas), foi de 34 (32%) participantes no grupo sem SC contra apenas 6 indivíduos do grupo com SC (12%).

Tabela 1. Características para cada grupo na linha de base.

		Sem SC (N=108)	Com SC (N=51)
Sexo	<i>Feminino</i>	47 (44%)	42 (82%)
	<i>Masculino</i>	61 (56%)	9 (18%)
Idade		49,9 ± 17,6	48,8 ± 19,1
IMC		26,2 ± 4,1	26,6 ± 4,5
Duração dos sintomas	<i>Agudo e subagudo (<12 semanas)</i>	34 (32%)	6 (12%)
	<i>Crônica (≥ 12 semanas)</i>	74 (68%)	45 (88%)
Escolaridade	<i>Nenhuma educação além do Ensino Fundamental</i>	4 (4%)	1 (2,0%)
	<i>Nenhuma educação além do Ensino Médio</i>	24 (22%)	11 (22%)
	<i>Terciário Incompleto</i>	9 (8%)	5 (10%)
	<i>Terciário Completo</i>	71 (66%)	34 (66%)
Inventário de Sensibilização Central (0 - 100 pts.)		25,8 ± 9,0	49,3 ± 8,0
Back Beliefs Questionnaire (9 - 45 pts.)		29,5 ± 5,8	28,6 ± 5,0
Incapacidade (0 - 24 pts.)		6,3 ± 4,2	11,0 ± 4,8

Os dados são frequência e proporção (%), média e desvio padrão.
SC, Sensibilização central; IMC, índice de massa corporal

Fonte: Elaboração própria

A comparação entre os desfechos de crença, intensidade da dor e incapacidade estão descritos na tabela 2. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas para as variáveis duração dos sintomas, dor na última semana e incapacidade. A diferença entre os grupos foi de -0,85 pontos (95%IC: -1,6; -0,13) para a dor na última semana e -4,7 pontos (95%IC: -6,17; -3,19) para incapacidade, indicando que o grupo com SC apresentou piores níveis de dor e incapacidade.

Tabela 2. Diferença entre as médias para cada variável

<i>Variável dependente</i>	<i>Sem SC Média</i>	<i>Com SC Média</i>	<i>Diferença média</i>	<i>Intervalo de confiança (95%)</i>
<i>Inventário de Sensibilização Central (0 - 100 pts.)</i>	25,8 ± 9,0	49,3 ± 8,0	-23,5*	(-26,4; -20,6)
<i>Duração dos sintomas</i>	7,4 ± 2,8	8,8 ± 2,1	-1,4*	(-2,2; -0,63)
<i>Dor nas últimas 24h (0 - 10 pts.)</i>	4,2 ± 2,2	4,8 ± 2,5	-0,57	(-1,35; 0,21)
<i>Dor na última semana (0 - 10 pts.)</i>	5,0 ± 2,0	5,8 ± 2,4	-0,85*	(-1,6; -0,13)
<i>Incapacidade (0 - 24 pts.)</i>	6,3 ± 4,2	11,0 ± 4,8	-4,7*	(-6,2; -3,2)
<i>Back Beliefs Questionnaire (9 - 45 pts.)</i>	29,5 ± 5,8	28,6 ± 5,0	0,97	(-0,9; 2,9)

Teste T para amostras independentes*.

Dados em negrito indicam diferença estatisticamente significativa entre grupos.

Fonte: Elaboração própria

4 DISCUSSÃO

Nossos resultados mostraram uma prevalência de 32% (n=51/159) dos voluntários com características sugestivas de SC. A análise da dor nas últimas 24 horas e das crenças relacionadas à dor lombar, apresentaram resultados semelhantes em ambos os grupos, não tendo diferenças estatisticamente significativas. No entanto, a duração dos sintomas, dor na última semana e incapacidade apresentaram valores maiores e estatisticamente significativos no grupo com SC. Essas descobertas sugerem que pacientes com manifestações relacionadas à SC tendem a apresentar sintomas de caráter crônico, maior intensidade da dor e mais incapacidades.

Em relação à relevância clínica das diferenças médias encontradas para as variáveis intensidade da dor na última semana e incapacidade, estatisticamente significativas, são necessários mais estudos com uma amostra maior para confirmar o que nossos resultados parecem apontar. Para a variável incapacidade, nosso resultado mostra uma diferença média de 4,7 pontos (95%IC: -6,2; -3,2) o que sugere uma relevância clínica, uma vez que outros estudos demonstram que uma mudança mínima de 3,5 pontos é clinicamente relevante (OSTELO; DE VET, 2005). Por outro lado, a diferença média de 0,85 pontos da variável intensidade de dor nas últimas 24 horas não é considerada clinicamente relevante segundo literatura existente que aponta que uma mudança mínima significativa é de pelo menos 2 pontos na EVA (OSTELO; DE VET, 2005; OSTELO et al, 2008).

É descrito na literatura que atitudes e crenças negativas tanto de pacientes quanto de profissionais da saúde podem limitar a habilidade do paciente de cooperar com sintomas de dor e levá-los a adotar estratégias passivas de tratamento (TEIXEIRA *et al.*, 2016), contribuindo com a cronificação dos sintomas (LEEuw *et al.*, 2007). Esses resultados parecem ir de encontro ao nosso estudo, pois apesar da prevalência de pacientes com sintomas crônicos ser maior e estatisticamente significativa no grupo com SC quando comparamos os dois grupos, a prevalência de pacientes com sintomas crônicos é maior do que a prevalência de pacientes com sintomas agudos em ambos os grupos. Resultados estes que nos fazem pensar que, por esse motivo, a média do BBQ não se apresentou diferente entre os grupos com e sem SC.

A dor lombar vem sendo citada na literatura como a condição de saúde que mais gera incapacidade e sofrimento nos pacientes. No artigo original de Validação do RMDQ para dor em geral, houve uma correlação significativa, porém baixa, entre a pontuação do RMDQ e a intensidade de dor média avaliada através da EVA. Apesar do nosso estudo não ter calculado a correlação entre as variáveis, nossos achados sugerem resultados semelhantes, de forma que o grupo com sintomas de SC, além de ter apresentado uma média maior no RMDQ, também apresentou média maior na intensidade da dor na última semana.

As descobertas da nossa pesquisa sugerem também que pacientes com sintomas de SC detectados através da pontuação no CSI estão mais propensos a apresentarem dor de caráter crônico (>12 semanas de duração) e maior intensidade da dor, o que corrobora com diversos outros estudos que encontraram que pontuações mais altas no CSI foram associadas a uma maior duração de sintomas (KNEZEVIC *et al.*, 2017; VAN WILGEN *et al.*, 2017) e intensidade da dor (VAN WILGEN *et al.*, 2017). Vale salientar também que, assim como outros estudos apontam o gênero feminino como fator de risco para vários dos diagnósticos de síndromes classificadas como relacionadas à SC (NEBLETT, 2018), nossos resultados indicam uma frequência maior de mulheres no grupo com SC (82%) quando comparado ao grupo sem SC (44%).

Ainda não há uma forma direta e assertiva de diagnóstico de SC descrita na literatura. Para populações com dor crônica, a especificidade do CSI cai (NEBLETT *et al.*, 2016), entretanto o instrumento sozinho não confirma diagnóstico e falsos positivos também são esperados. Por isso, a pontuação referência de 40 pontos serve como um alerta para os profissionais de saúde sobre um possível caso de SC, pois escores superiores em pacientes sem SC significam risco aumentado para desenvolver sintomas relacionados à SC (NEBLETT *et al.*, 2016). Assim sendo, torna-se uma limitação da pesquisa, o fato da classificação da SC não ser definitiva e direta para pacientes com pontuação igual ou superior a 40 pontos.

Dessa forma, o estudo se torna um importante aliado ao profissional de saúde, pois levanta um alerta quanto ao tratamento de pacientes com dor crônica que apresentam um escore maior que 40 pontos no CSI, sendo pacientes que precisam de cuidado multidisciplinar e abordagem multifatorial. Além disso, o rastreo

da SC em tais pacientes torna-se de extrema importância para a correta condução do caso clínico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da amostra total dos pacientes com dor lombar inespecífica evidenciou uma prevalência de 51 indivíduos (32%) com característica de SC. O grupo caracterizado como com SC, apresentou sintomas mais crônicos e pontuações maiores de dor na última semana e incapacidades. Esses achados sugerem que o quadro de SC pode estar relacionado aos sintomas mais incapacitantes. Estudos futuros cuja investigação seja a correlação entre as variáveis e/ou tratamentos que visem atuar em fatores modificáveis podem proporcionar um maior entendimento em relação ao tema e sobre possíveis estratégias de tratamento de pacientes com dor lombar e sintomas relacionados à SC.

REFERÊNCIAS

- BARRATT, A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: The challenge of getting both evidence and preferences into health care. **Patient Education and Counseling**, v. 73, n. 3, p. 407–412, 2008.
- COHEN, S. P.; ARGOFF, C. E.; CARRAGEE, E. J. Management of low back pain. **BMJ (Online)**, v. 338, n. 7686, p. 100–106, 2009.
- FERREIRA, G. E.; KAMPER, S. J. Clinimetrics: The Back Beliefs Questionnaire. **Journal of Physiotherapy**, v. 66, n. 3, p. 200, 2020.
- HARRIS, P. A. *et al.* Research electronic data capture (REDCap)-A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 42, n. 2, p. 377–381, 2009.
- HAWKINS, R. A. Fibromyalgia: A clinical update. **Journal of the American Osteopathic Association**, v. 113, n. 9, p. 680–689, 2013.
- KEEFE, F. J. *et al.* Psychological aspects of persistent pain: Current state of the science. **The Journal of Pain**, v. 5, n. 4, p. 195–211, 2004.
- KNEZEVIC, A. *et al.* Cross Cultural Adaptation and Psychometric Validation of the Serbian Version of the Central Sensitization Inventory CSI. **Pain Practice**, v. 18, n. 4, p. 463–472, 2017.
- LEEUEW, M. *et al.* The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 30, n. 1, p. 77–94, 2007.
- MAHER, C.; UNDERWOOD, M.; BUCHBINDER, R. Non-specific low back pain. **The Lancet**, v. 389, n. 10070, p. 736–747, 2017.
- MAYER, T. G. *et al.* The Development and Psychometric Validation of the Central Sensitization Inventory (CSI). **National Institute of Health**, v. 23, n. 1, p. 1–7, 2012.
- MERSKEY, H. *et al.* **Classification of chronic pain**. 1994. ed. Ontario: [s.n.].
- NEBLETT, R. *et al.* The Central Sensitization Inventory (CSI): Establishing Clinically Significant Values for Identifying Central Sensitivity Syndromes in an Outpatient Chronic Pain Sample. **J Pain.**, v. 14, n. 5, p. 438–445, 2013.
- NEBLETT, R. *et al.* Establishing Clinically Relevant Severity Levels for the Central Sensitization Inventory. **Pain Practice**, v. 17, n. 2, p. 166–175, 2016.
- NEBLETT, R. The central sensitization inventory: A user's manual. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, v. 23, n. 2, p. 1–13, 2018.
- NIJS, J. *et al.* Low back pain: Guidelines for the clinical classification of predominant

neuropathic, nociceptive, or central sensitization pain. **Pain Physician**, v. 18, n. 3, p. E333–E346, 2015.

NIJS, J.; GOUBERT, D.; ICKMANS, K. Recognition and treatment of central sensitization in chronic pain patients: Not limited to specialized care. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, v. 46, n. 12, p. 1024–1028, 2016.

NUSBAUM, L. *et al.* Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 34, n. 2, p. 203–210, 2001.

O'NEILL, S. *et al.* Generalized deep-tissue hyperalgesia in patients with chronic low-back pain. **European Journal of Pain**, v. 11, n. 4, p. 415–420, 2007.

OMS. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017). **Institute for Health Metrics and Evaluation IHME**, 2017. Reference Life Table. Seattle, United States of America.

OSTELO RW, DE VET HC. Clinically important outcomes in low back pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**. 2005 Aug;19(4):593-607.

ROLAND, M.; MORRIS, R. The natural history of back pain. **Spine**, v. 8, n. 2, p. 1119-1122, 1983.

SANZARELLO, I. *et al.* Central sensitization in chronic low back pain: A narrative review. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 29, n. 4, p. 625–633, 2016.

SARDA, J. J. *et al.* Validation of the Roland Morris Disability Questionnaire for general pain. **Rev Dor**, v. 11, n. 1, p. 28–36, 2010.

SYMONDS, T. L. *et al.* Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? **Occupational Medicine**, v. 46, n. 1, p. 25–32, 1996.

TEIXEIRA, L. F. *et al.* Factors associated with attitudes and beliefs of elders with acute low back pain: Data from the study back complaints in the elders (BACE). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 20, n. 6, p. 553–560, 2016.

TEIXEIRA, L. F. *et al.* Cross-cultural adaptation, validity and reproducibility of the back beliefs questionnaire among older Brazilians with acute low back pain. A cross-sectional study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 138, n. 4, p. 287–296, 2020.

TURK, D. C.; OKIFUJI, A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 70, n. 3, p. 678–690, 2002.

VAN WILGEN, C. P. *et al.* Psychological distress and widespread pain contribute to the variance of the central sensitization inventory: A cross-sectional study in patients with chronic pain. **Pain Practice**, v. 18, n. 2, p. 239–246, 2017.

WOOLF, C. J. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. **International Association for the Study of Pain**, v. 152, n. SUPPL.3, p. S2–S15, 2011.