

**Carlos Vinícius de Barros**

**QUALIDADE DE VIDA, DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM  
LOMBALGIA AGUDIZADA: Análise dos Dados do Estudo BACE**

**Belo Horizonte**

**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG**

**2014**

**Carlos Vinícius de Barros**

**QUALIDADE DE VIDA, DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM  
LOMBALGIA AGUDIZADA: Análise dos Dados do Estudo BACE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

**Área de Concentração:** Desempenho Funcional Humano

**Linha de Pesquisa:** Saúde e Reabilitação do idoso

**Orientador:** Prof. Dr. João Marcos Domingues Dias

**Belo Horizonte**

**Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG**

**2014**

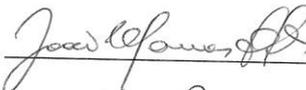
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO  
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL  
SITE: [www.eeffto.ufmg.br/mreab](http://www.eeffto.ufmg.br/mreab)E-MAIL: [mreab@eeffto.ufmg.br](mailto:mreab@eeffto.ufmg.br) FONE/FAX: (31) 3409-4781/7395

ATA DE NÚMERO 210 (DUZENTOS E DEZ) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO **CARLOS VINÍCIUS DE BARROS** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

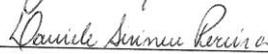
Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e quatorze, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "**QUALIDADE DE VIDA, DOR E DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM LOMBALGIA AGUDIZADA**". A banca examinadora foi constituída pelos seguintes Professores Doutores: João Marcos Domingues Dias, Daniele Sirineu Pereira e Rosângela Corrêa Dias, sob a presidência do primeiro. Os trabalhos iniciaram-se às 14h00min com apresentação oral do candidato, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram o candidato aprovado e apto a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Eni da Conceição Rocha, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2014.

Professor Dr. João Marcos Domingues Dias



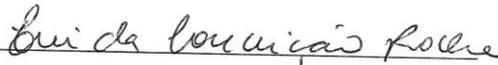
Professora Dra. Daniele Sirineu Pereira



Professora Dra. Rosângela Corrêa Dias



Eni da Conceição Rocha 010400893



Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO  
 DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL  
 SITE: [www.eeffto.ufmg.br/mreab](http://www.eeffto.ufmg.br/mreab) E-MAIL: [mreab@eeffto.ufmg.br](mailto:mreab@eeffto.ufmg.br)  
 FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de **CARLOS VINÍCIUS DE BARROS** intitulada **“QUALIDADE DE VIDA, DOR E DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM LOMBALGIA AGUDIZADA”**, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
João Marcos Domingues Dias	Aprovado	<i>João Marcos Domingues Dias</i>
Daniele Sirineu Pereira	APROVADO	<i>Daniele Sirineu Pereira</i>
Rosângela Corrêa Dias	Aprovada	<i>Rosângela Corrêa Dias</i>

Belo Horizonte, 28 de fevereiro de 2014.

Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG

*P/Leani*

Prof. LEANI SOUZA MÁXIMO PEREIRA  
 Coordenadora do Colegiado  
 Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação  
 Inscrição UFMG:06081X Inscrição SIAPE:0319760

*Aos meus pais com carinho.*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por guiar meus passos até aqui e proporcionar a conclusão de mais uma etapa.

Ao professor João Marcos Domingues Dias pela orientação e amizade. Sempre sábio e ponderador. Nossas conversas foram valiosas. Muito obrigado!

À professora Leani Pereira pela oportunidade de participar do projeto BACE. Sempre atenciosa e carinhosa. Obrigado pelos ensinamentos nas várias reuniões.

À minha família pelo apoio, amor e força. Vocês são incríveis. Obrigado por acreditar em mim. Passamos por muitas provações nos últimos 2 anos. Mãe, obrigado por tudo, você é meu espelho. Marcus, seu suporte foi fundamental. Vovó Vininha, tia Inês, tia Maria e tia Luzia, tio Adalto, obrigado pelo carinho e a torcida. A família é grande e todos moram no meu coração. À minha tia Erci, que sempre torceu lá de longe, e agora está sorrindo do céu daquele jeitinho doce e humilde. Sinto seu abraço, tia!

Ao Rauali, obrigado por tudo. Você foi cúmplice da minha jornada, meu companheiro, meu ombro. Essa conquista também é sua, comigo ou não.

Aos amigos de infância que participaram de perto: Thomaz Maioline e Thiago Araújo. Nós somos “os caras”.

Aos amigos, que mesmo de longe, continuaram na torcida pelo meu sucesso: Juliano Lagoas, João Chaves, Thaize Cooper, Luciane Coelho, Samuel Chaves e Paula Salles.

Aos amigos do Serpentário: Adriana Couto, Ludmila Furtado, Roberto Dabes, Isabella Silveira, Luiz Pedro, Bruna Borges e Rafaela Araújo. Galera, vocês são demais! Serpentário!

À minha amiga Luciana Pesce, companheira, lutadora, colega, irmã, meu muito obrigado. Conte comigo sempre.

Às amizades que o Programa de pós-graduação me proporcionou: “baceanos”, Ana Cisalpino, Amanda, Bruno, Thiago Teles e Giovanna Mendes. Valeu pelo carinho, ensinamentos e pelas risadas.

Ao Colegiado do programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação. Fazer parte do colegiado foi muito enriquecedor. Agradeço também, em especial, aos professores Sérgio Fonseca, Paula Lanna, Juliana Ocarino e Rosana Sampaio.

Às alunas de iniciação científica, em especial, Natalia e Nayara, obrigado pelo apoio incondicional durante as coletas e trabalhos de organização do projeto.

Agradeço a secretaria do colegiado deste programa de pós-graduação, Eni e Marilane, sempre muito solícitas.

À banca examinadora pelas contribuições e tempo dedicado para avaliação deste trabalho.

Agradeço as agências CAPES e FAPEMIG, pela concessão da bolsa de estudos.

*"Se você tinha que ser um dançarino, a vida virá por aquela porta, porque ela pensa que você é um dançarino. Ela bate na porta, mas você não está lá; você é um bancário. E como a vida vai saber que você se tornou um bancário? Deus vem a você da maneira que ele quer que você seja; ele conhece apenas aquele endereço. Mas você nunca é encontrado lá, você está sempre em algum outro lugar, escondendo-se atrás da máscara de alguém que não é você, com os trajes de alguém que não é você e usando o nome de alguém que não é você. Como você espera que Deus possa encontrá-lo? Ele segue procurando por você. Ele sabe o seu nome, mas você abandonou aquele nome. Ele conhece o seu endereço, mas você nunca morou lá. Você permitiu que o mundo desviasse você".*

**Osho**

## SUMÁRIO

PREFÁCIO .....	11
RESUMO.....	12
ABSTRACT .....	14
1 INTRODUÇÃO .....	16
1.1 Envelhecimento humano populacional.....	16
1.2 Lombalgia em idosos .....	17
1.3 Qualidade de Vida relacionada a saúde (QVRS) .....	20
1.4 Objetivos .....	22
1.4.1 Geral.....	22
1.4.2 Específicos .....	22
2 MATERIAIS E MÉTODO .....	23
2.1 Delineamento do estudo .....	23
2.2 Amostra.....	23
2.3 Critérios de inclusão.....	23
2.4 Critérios de exclusão.....	24
2.5 Instrumentos e Medidas .....	24
2.5.1 Caracterização da amostra.....	24
2.5.2 <i>Roland Morris Disability Questionnaire (RDQ)</i> .....	24
2.5.3 Escala Numérica de Dor (END) .....	25
2.5.4 Escala de Depressão do <i>Center for Epidemiological Studies</i> (CES-D) .....	25
2.5.5 Qualidade de Vida relacionada a Saúde ( <i>Medical Outcomes Study Short-form 36 – SF-36</i> ).....	25
2.5.6 Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) .....	26
2.5.7 Outros instrumentos.....	26
2.6 Procedimentos .....	26

2.7 Análise Estatística.....	27
3 ARTIGO.....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	52
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	53
6 ANEXOS .....	58
6.1 Anexo 1 .....	58
6.2 Anexo 2.....	61
6.3 Anexo 3.....	103
6.4 Anexo 4.....	108
7 APÊNDICES.....	120
7.1 Apêndice 1 .....	120

## PREFÁCIO

Esta dissertação foi escrita segundo as normas estabelecidas pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais. O volume foi dividido em três partes. A primeira parte contém a revisão da literatura, a justificativa, os objetivos e hipóteses. A segunda parte, “Materiais e Métodos” descreve o desenho do estudo, a amostra, os instrumentos de medida, procedimentos e o método de análise estatística. Em seguida, em um artigo científico são apresentados os resultados, a discussão e as conclusões do estudo. Por fim, são apresentados as considerações finais do estudo. As referências bibliográficas foram listadas para consulta ao final do volume, bem como os documentos suplementares como anexos e apêndice.

## RESUMO

A avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) é essencial nos idosos com lombalgia agudizada. Os fenômenos como o envelhecimento populacional e a feminização da velhice despertaram dúvidas sobre a saúde do idoso diante da sua maior participação na população. Assim, as condições que eram anteriormente características na populações jovens tornaram-se prevalentes entre os idosos. A lombalgia agudizada pode ser descrita em termos da intensidade da dor, incapacidade, presença de sintomas de irradiação da dor para membros inferiores (MMII) e história de lombalgia anterior. O presente estudo buscou analisar os dados do estudo *Back Complaitns in the Elderly (BACE)* referentes às características clínicas da lombalgia aguda e de incapacidade funcional (*Roland Morris Questionnaire - RDQ*) no idoso comunitário e sua influência na percepção da QVRS utilizando um instrumento genérico. O estudo *BACE* trata-se um grande estudo multicêntrico e longitudinal com o objetivo de identificar as características e o curso clínico da dor aguda para a dor crônica de idosos com lombalgia residentes nos países Brasil, Australia e Holanda. O presente estudo recortou, em um desenho de estudo observacional transversal, uma amostra de 302 idosos provenientes do banco de dados do *BACE* Brasil. Foram selecionados os dados: sociodemográficos, QVRS (*SF-36*), sintomas depressivos (*CES-D*), *RDQ* e caracterização da lombalgia, através da intensidade da dor presente e com uma semana anterior, irradiação da dor para MMII, membro inferior de irradiação e história da dor anterior. A análise univariada com teste *t* de *Student* detectou diferenças estatisticamente significantes entre idosos com presença e ausência de irradiação nos domínios capacidade funcional, aspecto físico (AF), dor, aspectos sociais, estado geral (EG) e vitalidade. Dor anterior (lombalgia no passado) mostrou diferença estatística apenas nos domínios AF, dor e EG ( $p < 0,05$ ). As correlações de *Pearson* entre o desempenho funcional, intensidade da dor atual e pretérita e os oito domínios do *SF-36* foram significantes ( $p < 0,05$ ). As variáveis com diferença estatisticamente significantes no teste *t* e aquelas variáveis com correlações também significantes entraram nos modelos de regressão linear do tipo *Stepwise* para verificar o quanto essas variáveis explicavam os 8 domínios da QVRS. A incapacidade funcional causou grandes influências sobre a QVRS dos idosos com lombalgia agudizada. Com exceção do

EG, o escore do RDQ influenciou entre 36% e 56% na variação dos escores nos demais domínios da QVRS. Os resultados do presente estudo demonstram a influência incapacidade funcional nos domínios da QVRS de idosos com lombalgia. Esses resultados indicam a importância da avaliação de parâmetros físicos, capacidade funcional e aspectos físicos, que podem ser modificados, com importantes repercussões sobre a qualidade de vida dos idosos com lombalgia agudizada com características semelhantes às da amostra. Nesse contexto, o uso de instrumentos genéricos e específicos poderia facilitar o processo de identificação das atividades diárias comprometidas no idosos com lombalgia e também auxiliar na medida da melhora clínica e dos resultados de intervenções.

Palavras-chave: Dor lombar, idosos, qualidade de vida.

## ABSTRACT

The Health Related Quality of Life (HRQoL) evaluation is essential in elderlies with worsened low back pain (LBP). The phenomena such as the population aging and feminization of the elderly arouse doubts about the elderly' health facing the fact of their larger participation in the population. Therefore, the conditions that were previously young population's features have become prevalent among the elderlies. The worsened low back pain can be described in accordance of the pain intensity, the Disability, symptoms' presence of pain irradiation to lower limbs (MMII) and prior history of back pain. This research aimed to analyze the study's data of *Back Complaints in the Elderly (BACE)* referring to the clinic's characteristics of acute low back pain and the functional disability (*Roland Morris Questionnaire - RDQ*) in the elderly community and his influence on the awareness of the HRQoL using a generic instrument. The BACE study relates to a large study of the multicentric and longitudinal with the purpose of identifying the characteristics and the clinical course of the acute pain to the cronical pain on elderlies with low back pain living in countries as: Brazil, Australia and Netherland. The present study cut, in an observational transversal study drawing, a 302 elderlies' sample provided from a database of BACE Brasil. The data selected were socio demographic, HRQoL (SF-36), depressive symptoms (CES-D), RDQ and the back pain characterization throughout the present pain intensity and with one week prior. The univariate analysis with the test *t* of *student* , detected significant statistic differences between elderlies with presence and absence of the irradiation on the domains of functional capability, physical aspects (PA), pain, social aspects, general state (GE) and vitality. Prior pain (low back pain in the past) showed statistics differences just in the PA domains, pain and GE ( $p < 0,05$ ). The correlation from *Pearson* between the functional performance, intensity of actual pain and prior pain And 8 domains Of the SF -36 were significant ( $p < 0,05$ ). The variable with the significant statistics differences in the test *t* and those variables that have some correlations also significant came in the linear regression models from type *Stepwise* to verify the how much ths variables explained the 8 domains from HRQoL from elderlies with low back pain. With the exception of the GS, the score of the RDQ influenced between 36% and 56% on the variation of the scores on the other domains of the HRQoL. The results of the present

study demonstrate the functional incapability influence in the domains of the HRQoL from low back pain elderlies. These results indicate the importance of the physical evaluation parameters, functional capability and physical aspects, that can be modified, with important repercussions about the worsened low back pain elderlies life quality with similar features with the samples. In this context, the use of generic and specific instruments could facilitate the identification process of the compromised day activities in elderlies with low back pain and have help to the extent of clinical improvement and research interventions.

Keywords: low back pain, elderly, quality of life.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Envelhecimento humano populacional

As manifestações da lombalgia são consideradas específicas para a população e, portanto, é necessário, para sua abordagem, estabelecer distinções entre diferentes faixas etárias (WADDELL, 2004; DI LORIO *et al.*, 2007; SCHEELE *et al.*, 2012). Nesse contexto, o conceito do envelhecimento torna-se fundamental para separar as populações adulta jovem e idosa. O envelhecimento humano populacional pode ser entendido como a mudança na estrutura etária da população (CARVALHO; GARCIA, 2003). Assim, os grupos de indivíduos mais velhos aumentam sua participação populacional progressivamente (CARVALHO; RODRIGUES-WONG, 2008). No Brasil o estatuto do idoso define idoso como a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003). Entretanto, nos países desenvolvidos a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como idoso aquela pessoa com idade igual ou superior a 65 anos. (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; CAMARANO, 2004).

Dois fenômenos devem ser destacados para o entendimento do envelhecimento populacional (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; DUARTE; BARRETO, 2012): a transição demográfica e a transição epidemiológica. A transição demográfica ocorre devido a redução das taxa de mortalidade e fecundidade. O reflexo disso é a redução do número de pessoas jovens e aumento do número de idosos (CARVALHO; RODRIGUES-WONG, 2008). O envelhecimento populacional brasileiro ocorre de forma rápida principalmente devido a esse declínio da fecundidade e pode acelerar devido à queda da mortalidade (CARVALHO; RODRIGUES-WONG, 2008). A transição epidemiológica refere-se a mudança dos padrões de saúde-doença e as interações entre esses padrões, e é caracterizada pela substituição gradativa das mortalidades produzidas por doenças infecciosas e parasitárias por doenças crônico-degenerativas e agravos produzidos pelo homem (SCHRAMM *et al.*, 2004). Esse processo associado a urbanização, globalização, mudanças econômicas e sociais influencia as mudanças do padrão de saúde e adoecimento populacional (DUARTE; BARRETO, 2012). Nesse contexto, as

condições de saúde como a lombalgia ocasionam em limitações das atividades de vida diária (AVD), atividade física e trabalho refletindo na qualidade de vida (QV) dos idosos (MURAKI *et al*, 2011; MAKRIS *et al*, 2011).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a mortalidade brasileira reduziu, esse índice é representado através da esperança de vida ao nascer. Comparando dados do ano de 1980 com o ano de 2010, o brasileiro aumentou a esperança de vida em 11,24 anos. Outro destaque da pesquisa de 2010 é que as mulheres brasileiras vivem mais que os homens (77,38 anos e 70,21 anos, respectivamente). Em Minas Gerais a mulher pode viver até 78,30 anos e o homem 72,47 anos (IBGE, 2013). Assim, outro fenômeno que torna-se relevante é a feminização da velhice, pois características sociodemográficas demonstram que envelhecimento é marcado também pela predominância do sexo feminino (CAMARANO, 2004). De acordo com Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 55% dos idosos brasileiros são mulheres e existe uma predominância das mulheres no meio urbano e dos homens no meio rural. É um fenômeno comum em diversos países do mundo (CAMARANO, 2004).

## **1.2 Lombalgia em idosos**

A lombalgia é a principal causa de limitação de atividade e ausência no trabalho refletindo, portanto, em ônus econômico (BALAGUÉ *et al*, 2012; DELITTO *et al*, 2012). Acredita-se que aproximadamente 80% das pessoas sentirão dor nas costas alguma vez na vida (BALAGUÉ *et al*, 2012). Dionne *et al* (2008) revisaram a prevalência da dor lombar em indivíduos acima de 65 anos e afirmaram que a prevalência da dor nas costas do tipo grave, com comprometimento da função e AVD, aumenta com a idade. A dor nas costas do tipo leve e mista, considerada como dor nas costas genérica, diminui com o avanço da idade. Ainda de acordo com os mesmos autores, a pessoa idosa experimenta a dor leve e moderada com menos frequência e reporta mais episódios graves associados com incapacidade (DIONNE *et al*, 2008).

A dor nas costas é classificada quanto a localização anatômica (cervical, torácica e lombar), ao tempo ou curso clínico (aguda, subaguda e crônica) e causa, isto é o que leva ao seu desenvolvimento e instalação (DELITTO *et al*, 2012). O curso clínico é descrito em função do tempo em aguda (6 semanas), subaguda (entre 6 e 12 semanas) e crônica (igual ou maior que 12 semanas). Grande parte das manifestações dolorosas podem assumir as formas recorrentes ou persistentes (DELITTO *et al*, 2012). Em relação a classificação, considerando as causas, é comum classificar em específica quando a causa da dor é óbvia, e não deixa dúvida quanto aos achados clínicos, e não-específica quando a causa for indeterminada. Entretanto, as evidências indicam que cerca de 90% das lombalgias são não-específicas (VAN TULDER; KOES; BOMBARDIER, 2002), e as causas apontadas são diversas e podem envolver desequilíbrios musculares, flexibilidade, degenerações discais e facetarias, fraturas, relacionadas ao trabalho, fumo, obesidade (EDIT *et al*, 2013) e fatores psicológicos (DELITTO *et al.*, 2012).

É comum a exclusão de idosos das amostras dos estudos sobre lombalgia devido à bandeiras vermelhas. As bandeiras vermelhas consistem em alertas de doenças graves. A lista de bandeiras vermelhas apresenta situações que auxiliam o profissional durante a avaliação. A idade acima de 55 anos é uma bandeira vermelha clássica e idosos que desenvolvem novos episódios de dor podem apresentar doenças graves como osteoporose ou câncer (WADDELL, 2004). Os idosos podem ser excluídos também por apresentarem alterações cognitivas e também por não serem economicamente ativos.

Além dos aspectos multifatoriais envolvidos na lombalgia, a definição de lombalgia e, conseqüentemente, sua operacionalização nos estudos são diversas. Por exemplo, alguns autores podem tratar os termos lombalgia e dor nas costas como sinônimos, no entanto reserva-se o termo lombalgia para aquela dor localizada entre a décima-segunda vertebra torácica, e suas costelas, e a linha glútea (WADDELL, 2004; OCARINO *et al.*, 2009), enquanto a dor nas costas refere-se a dor na região dorsal (WADDELL, 2004).

Nesse contexto, Dionne *et al.* (2009) sugeriram que os estudos sobre lombalgia buscassem critérios de caracterização da dor conforme a frequência, a intensidade, presença de irradiação para membros inferiores (MMII) e incapacidade.

Os autores afirmam que as características elencadas podem ter manifestações distintas quando considerado o curso clínico da lombalgia, agudo, subagudo e crônico e, conseqüentemente, diferentes impactos sobre a saúde e QV dos idosos (WADDELL, 2004).

A *International Association for the Study of Pain (IASP)* definiu a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. A dor aguda está relacionada a lesão e às substâncias que estão no local ou são liberadas e que estimulam as terminações nervosas. A persistência do processo de reações dolorosas agudizada resulta em ciclo de dor, surgimento de alterações progressivas das funções nos diversos sistemas e cronificação (WADDELL, 2004).

A intensidade da dor é utilizada como recurso para medida da dor agudizada subjetiva. Essa abordagem é indispensável no planejamento da terapêutica e é comumente aferida através de escalas numéricas de dor (END), graduadas de 0 a 10. São escalas simples e utilizadas também nas reavaliações de condutas (WADDELL, 2004; LEVEILLE *et al.*, 2007).

A irradiação da dor consiste na dor referida distal, 70 % dos pacientes podem apresentar em uma ou ambas pernas e devem ser diferenciados dos sintomas neurológicos, compressão de raiz nervosa, e vasculares. Além disso, pode ser confundido também com sintomas de doenças reumatológicas ou musculoesqueléticas (WADDELL, 2004).

As alterações do desempenho funcional são queixas comuns do paciente com lombalgia (SCHEELE *et al.*, 2013). Elas refletem a incapacidade experimentada pelo idoso (WADDELL, 2004; SCHEELE *et al.*, 2013). De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade humana (CIF), a incapacidade, e também a funcionalidade humana, podem ser classificadas pelas alterações das estruturas e funções do corpo, atividades e participação (OCARINO *et al.*, 2009).

Diferente da capacidade funcional, que é relativa a habilidade de realizar uma tarefa ou ação em um ambiente padronizado, o desempenho humano refere-se àquilo que o indivíduo faz no seu ambiente habitual. Na perspectiva da CIF, os

fatores psicológicos, sociais e ambientais são fundamentais e contribuem para a saúde e QV dos indivíduos. O desafio, aqui, é o entendimento das diversas dimensões da saúde que são afetadas pelo processo do envelhecimento e pela lombalgia (MURAKI et al, 2011, EDIT, 2013). Porém, somente as lombalgias crônicas foram exploradas pelos estudos. Stefane *et al* (2012), observaram, em um amostra composta por 97 pessoas, incluindo 37 idosos, correlações entre a qualidade de vida, medida através da qualidade de vida relacionada a saúde, e a experiência de dor e incapacidade. Nesse estudo, os participantes apresentavam lombalgia havia 3 meses sem compressão de raiz nervosa e a intensidade da dor avaliada foi moderada. Outros estudos relacionam a redução do desempenho funcional com fatores psicológicos, como a presença de sintomas depressivos, com reflexo na qualidade de vida (STEFANE *et al* 2012; EDIT *et al.*2013).

### **1.3 Qualidade de Vida relacionada a saúde (QVRS)**

A QV, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHO PEREIRA *et al.*, 2006; FERREIRA, FERREIRA, PEREIRA, 2013). Esse conceito envolve aspectos objetivos, explorados por exemplo por profissionais das áreas humanas e sociais, e aspectos subjetivos, explorado pelas ciências da saúde. É um conceito considerado complexo, com sentido de multidimensionalidade e multidisciplinaridade, que reflete aspectos como a saúde, o ambiente, crenças, finanças, segurança pública e política (PEREIRA *et al.*, 2006).

A qualidade de vida relacionada a saúde – *health-related quality of life* – é um termo que serve para agrupar vários instrumentos de base teórica funcionalista. O modelo teórico de QVRS subjetiva considera que a pessoa com boa qualidade de vida é capaz de desempenhar de forma satisfatória seu papel social e suas funções importantes. Com isso a doença é um problema pois interfere no desempenho do papel social e na saúde da pessoa (FLECK *et al*, 2008).

Os instrumentos que avaliam a QVRS, na prática, consistem em perguntas que são agrupadas em grandes domínios teóricos ou dimensões da vida e referem-se as áreas psicológicas, físicas, sociais (FERREIRA, FERREIRA, PEREIRA, 2013) e ambientais (PEREIRA *et al*, 2006). De forma geral, a qualidade de vida tem sido avaliada através de instrumentos genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos avaliam várias dimensões, ou domínios, e permitem comparações entre condições de saúde. No entanto, não permitem verificar alterações particulares relacionadas a condição de saúde. São divididos em perfis de saúde (e.g. *Short-Form Health Survey – SF-36*) e índices de saúde ou medidas de utilidade (e.g. *quality-adjusted life years – QALYs*). Já os instrumentos específicos de avaliação da QV são separados por condições específicas (e.g. câncer, incontinência urinária, acidente vascular encefálico), populações e parâmetros (e.g. capacidade funcional). No entanto, os questionários de QVRS específicos não permitem comparações entre condições distintas e avaliam apenas os domínios aos quais se propõem (FLECK *et al*, 2008).

Os estudos encontrados na literatura que avaliaram a QVRS em idosos com lombalgia crônica apontaram a associação com os domínios do sumário mental (MEYERS, 2007; ANTUNES *et al.*, 2011; STEFANE *et al.*, 2013). Entretanto, pouco se conhece sobre o impacto da lombalgia agudizada, definida através da intensidade da dor, presença de sintomas de irradiação para membros inferiores (MMII), história de dor anterior e desempenho funcional, na QVRS de idosos. No Brasil, o estudo consórcio *Back Complaints in Elderly – BACE* é o primeiro estudo que busca descrever as características do curso clínico, duração, gravidade, estado funcional, sociodemográficas e fatores prognósticos de progressão da lombalgia aguda para crônica no idoso (SCHEELE *et al*, 2011).

A caracterização e a descrição das possíveis relações entre os domínios da QVRS pode contribuir para melhor entendimento do processo de saúde-doença no idoso com lombalgia agudizada. Portanto, o propósito deste estudo foi caracterizar e descrever a influência da percepção da QVRS utilizando um instrumento genérico (*Short-form 36*) e explorar as relações entre as características clínicas da lombalgia aguda e de desempenho funcional (*Roland Morris Questionnaire - RDQ*) e os domínios de QVRS de idosos.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Geral**

Descrever e explorar as associações entre os domínios da qualidade de vida relacionada a saúde genérica e as características clínicas da lombalgia de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos.

### **1.4.2 Específicos**

1- Caracterizar a qualidade de vida relacionada a saúde de indivíduos com lombalgia com idade igual ou superior a 60 anos, por meio dos domínios do SF-36.

2- Caracterizar a lombalgia conforme a intensidade da dor, presença de irradiação e incapacidade.

3- Analisar e descrever as associações entre a qualidade de vida relacionada a saúde e as características da lombalgia descritas conforme a intensidade da dor, presença de irradiação e incapacidade.

## **2 MATERIAIS E MÉTODO**

### **2.1 Delineamento do estudo**

Foi realizado um estudo transversal observacional exploratório. A amostra selecionada é parte integrante do consórcio *Back Complaints in the elderly (BACE)*, estudo multicêntrico observacional longitudinal desenvolvido pela UFMG em parceria com o *The George Institute for Global Health/ Sydney University – Australia*, e o *Department of General Practice* do *The Erasmus University Medical Center* na Holanda. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – parecer ETIC0100.0.0.203.000-11 (ANEXO 1).

O estudo epidemiológico *BACE* tem o objetivo de estudar o perfil clínico, funcional, sócio demográfico e o curso clínico da dor lombar de idosos que procuram os serviços de atenção primária a saúde do Brasil, Austrália e Holanda.

### **2.2 Amostra**

A amostra do estudo foi composta por adultos a partir de 55 anos com dor lombar provenientes do estudo *BACE*. O recrutamento dos participantes, por conveniência, ocorreu pelo encaminhamento de profissionais das redes públicas de atenção primária do Hospital das Clínicas da UFMG, Hospital Risoleta Neves, Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas (IPSEMG), consultórios e clínicas particulares. Foram recrutados participantes também através de panfletos e divulgação nas emissoras de rádios da região metropolitana de Belo Horizonte.

### **2.3 Critérios de inclusão**

Para o presente estudo foram recortados do banco de dados do estudo *BACE*, dados referentes a 302 idosos com idade igual ou superior a 60 anos que apresentaram novo episódio de dor lombar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice 1. O episódio novo foi considerado aquele em que a pessoa não procurou um profissional da saúde por motivo da dor atual nos últimos seis meses e se a dor lombar atual estivesse em

curso por um prazo não maior que seis semanas (SCHEELE *et al.*, 2011). Esse critério para novo episódio foi adotado no protocolo do estudo *BACE*.

## **2.4 Critérios de exclusão**

Foram excluídas as pessoas com alterações cognitivas avaliadas através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) com ponto de corte para analfabetos igual a 18 pontos, para quatro anos de escolaridade 24, para oito anos de escolaridade 26 pontos, para onze anos 27 pontos e acima de 12 anos de escolaridade o ponto de corte foi de 28 pontos (BRUCKI *et al.*, 2003).

Outro critério de exclusão, oriundo do protocolo do estudo *BACE*, excluiu também pessoas com deficiência auditiva e visual; deficiência motora que impedia realização de testes previstos no estudo e que apresentavam doenças graves como infecções, tumores malignos, síndrome da cauda equina e hérnia de disco agudizada.

## **2.5 Instrumentos e Medidas**

### **2.5.1 Caracterização da amostra**

A idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda, uso de medicamentos nos últimos três meses, e ocupação foram coletados por meio de um questionário padronizado utilizado pelo estudo *BACE* (Anexo 2).

### **2.5.2 Roland Morris Disability Questionnaire (RDQ)**

O RDQ é um questionário de auto-relato e consiste em 24 itens relativos a atividades de vida diária. A sua construção foi baseada em 24 itens do questionário *Sickness Impact Profile (SIP)* e foi transformado em condição específica ao ter se adicionado a sentença: “por causa da minha dor/costas/dores nas costas”. Foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira (NUSBAUM *et al.*, 2001). O resultado é reportado pela soma da pontuação, de forma que a resposta “não” é pontuado como 0 (zero) e o “sim” recebe 1 (um), e quanto maior a pontuação maior

o grau de incapacidade do indivíduo (COSTA *et al*, 2007). De acordo com Costa et al (2007), o instrumento apresenta alta consistência interna (Cronbach's  $\alpha=0,92$ ) e confiabilidade interexaminadores (CCI=0,95; IC95%=0,93 – 0,97).

### **2.5.3 Escala Numérica de Dor (END)**

É uma escala numérica simples utilizada para avaliação subjetiva da intensidade da dor. Foi utilizada para avaliar a dor atual e dor experienciada na semana anterior à avaliação. Quanto maior a nota, maior a intensidade auto-relatada (LEVEILLE *et al.*,2007). É um instrumento simples de fácil aplicação, usado internacionalmente em idosos, com alta confiabilidade e reprodutibilidade (WILLIAMSON; HOGGART, 2005).

### **2.5.4 Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies*(CES-D)**

A CES-D é uma escala composta por 20 questões sobre o humor, sintomas somáticos, interações com outras pessoas e funcionamento motor. As respostas são apresentadas em escala tipo *Likert*. “nunca ou raramente” corresponde a zero, “às vezes” corresponde a um, “frequentemente” corresponde a dois e “sempre” corresponde a três. A pontuação pode variar de zero até 60 pontos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010). A versão brasileira apresenta bons índices de consistência interna (Cronbach's  $\alpha =0,82$ ) e validade constructo, além de confiabilidade teste-reteste adequada para rastreio de sintomas depressivos em idosos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2010).

### **2.5.5 Qualidade de Vida relacionada a Saúde (*Medical Outcomes Study Short-form 36 – SF-36*)**

O SF-36 é um instrumento genérico bastante utilizado para avaliação da QVRS em diversas condições de saúde e é um inquérito composto por 36 questões agrupadas em oito domínios. Os domínios capacidade funcional (CF) aspecto físico (AF), dor (relacionada a QV) e estado geral (EG) são relacionados a saúde física e representam o componente de saúde física (CSF) ou sumário físico. Os domínios

vitalidade (VIT), aspecto social (AS), aspecto emocional (AE) e saúde mental (SM) representam o componente de saúde mental (CSM) ou sumário mental. Cada domínio apresenta uma pontuação final que varia de zero a 100 pontos sendo zero o pior e 100 o melhor estado de saúde (CICONELLI *et al*, 1999). O método de cálculo dos domínios está no anexo 3 e não existe um escore total e sim por domínios. É um instrumento com boa consistência interna (Cronbach's  $\alpha=0,80$ ), confiabilidades teste-reteste (CCI=0,83;  $p<0,0001$ ) e interexaminadores (CCI=0,96;  $p<0,0001$ ) e válido para avaliação da QVRS em idosos, considerado de fácil e breve aplicação (CICONELLI *et al*, 1999; FARIA *et al*, 2011).

### **2.5.6 Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)**

É um questionário de avaliação da atividade física desenvolvido na Suíça. A sua forma curta foi utilizada para medir e classificar a atividade física dos idosos no estudo BACE. A versão brasileira é validada e possui confiabilidade teste-reteste adequada para medir o nível de atividade física de idosos (MATSUDO *et al.*, 2001).

### **2.5.7 Outros instrumentos**

Para a caracterização da dor foi utilizada ainda a frequência de episódios de dor e a presença ou não de irradiação para membros inferiores (MMII) através de um questionário padronizado do estudo BACE.

## **2.6 Procedimentos**

Todos os avaliadores do estudo BACE foram treinados para procedimentos de busca e avaliação dos participantes. Ocorreram, também, reuniões bimestrais de recalibração dos instrumentos e medidas, com objetivo de garantir qualidade dos dados presentes no protocolo BACE.

Após o rastreio dos indivíduos, o próximo procedimento foi agendar e encaminhar os idosos voluntários para um dos postos de avaliação localizados no Centro de Especialidade Médicas do IPSEMG, no Ambulatório Bias Fortes e no

Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso e da Mulher, ambos no complexo do Hospital das Clínicas da UFMG.

Já no local e horário agendados, após a verificação dos critérios de inclusão e exclusão, prosseguiram-se a leitura do TCLE, esclarecimentos sobre a pesquisa e a assinatura do termo. Em seguida o MEEM foi aplicado e, caso a pontuação mínima fosse obtida, a avaliação prosseguia por meio de entrevista. Durante a aplicação dos questionários foram permitidas explicações necessárias para compreensão das perguntas e cada entrevista durou um tempo médio de duas horas. Essas avaliações ocorreram no período de novembro de 2011 e maio de 2013.

Uma sala localizada na UFMG foi utilizada para arquivamento e processamento dos dados do estudo *BACE*. Esses dados foram processados por colaboradores do estudo *BACE* treinados e cegados em relação aos avaliadores. Para isso, dois colaboradores realizavam os processamentos e um terceiro foi encarregado de verificar a exatidão desta etapa. O processamento e verificação dos dados do estudo *BACE* foi feito através do programa Microsoft Excel em ambiente Windows 7.

## **2.7 Análise Estatística**

As variáveis descritivas: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda, uso de medicamentos, prática de atividade física e sintomas depressivos, foram analisadas através do cálculo da média e desvio padrão (DP) para variáveis numéricas e porcentagens para variáveis categóricas. As variáveis dependentes, CF, AF, dor, EG, VIT, AS, AE e SM do SF-36, e as variáveis independentes de caracterização da dor, intensidade da dor presente e com uma semana anterior, irradiação da dor para MMII, perna de irradiação, dor anterior e frequência da dor no passado, também foram descritas pela média e DP.

Foram feitos testes de normalidade nas variáveis dependentes – *Kolmogorof-Smirnof* e, após verificada a homocedasticidade, foram conduzidas estatísticas univariadas (teste *t* de *Student*) e correlação de *Pearson* (*r*) para verificar quais variáveis independentes entrariam no modelo de regressão. Os critérios utilizados para seleção das variáveis que entrariam no modelo foram a força da

associação na correlação de *Pearson* e o valor de *p* obtido no teste *t* ( $p < 0,05$ ). A força da associação foi interpretada conforme *Portney e Watkins* (2009) sendo que valores de correlação entre 0,00 e 0,25 representam pouca ou nenhuma associação entre variáveis; entre 0,25 e 0,50 fraca associação; entre 0,50 e 0,75 moderada associação; e acima de 0,75 forte associação. Modelos de regressão linear do tipo *Stepwise* buscaram determinar o quanto cada variável independente poderia explicar as notas nos domínios do SF-36. Todas as análises foram conduzidas respeitando o nível de significância  $\alpha = 0,05$ . Para essas análises foi utilizado o software *SPSS* versão 17.0 em ambiente *Windows 7*. Os resultados foram reportados conforme recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – *STROBE* (*MALTA et al.*, 2010).

### 3 ARTIGO

INFLUÊNCIA DA LOMBALGIA NOS DOMÍNIOS DA QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA A SAÚDE DE IDOSOS: UM CORTE TRANSVERSAL DO ESTUDO  
*BACK COMPLAINTS IN ELDERLY – BACE*

INFLUÊNCIA DA LOMBALGIA NA QUALIDADE DE VIDA

CARLOS VINÍCIUS BARROS<sup>1</sup>, JOÃO MARCOS DOMINGUES DIAS<sup>1</sup>, ROSÂNGELA  
CORRÊA DIAS<sup>1</sup>, SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO SILVA<sup>2</sup>, NATALIA REYNALDO  
SAMPAIO<sup>1</sup>, LEANI SOUZA MÁXIMO PEREIRA<sup>1</sup>

1 Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG) / Brasil.

2 Universidade Federal de Alfenas – Alfenas (MG) / Brasil

Autor para correspondência:

Carlos Vinícius Barros

Rua São João da Lagoa 94 apto 302 – Santa Branca – Belo Horizonte (MG) / Brasil

cdebarros@gmail.com

(31) 2531-6750

Palavras-chaves: lombalgia; qualidade de vida; idoso; incapacidade; dor; estudo observacional.

Keywords: low back pain; quality of life; aged; disability; pain; observational study.

Este manuscrito será submetido ao *Brazilian Journal of Physical Therapy - BJPT* – ISSN 1413-3555 – versão online ISSN 1809-9246; Fator de impacto 1.0.

Endereço eletrônico: <http://www.scielo.br/revistas/rbfis/pinstruc.htm>

## Resumo

**CONTEXTUALIZAÇÃO:** As manifestações da lombalgia podem variar conforme o curso clínico e resultar em distintos perfis de saúde e qualidade de vida (QV). **OBJETIVOS:** Analisar as características clínicas da lombalgia aguda e de incapacidade funcional no idoso e sua influência na percepção da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). **MÉTODOS:** Foi feito um estudo observacional transversal com amostra de 302 idosos provenientes do estudo *Back Complaints in The Elderly (BACE)*. Para a análise foram utilizados os dados sociodemográficos, qualidade de vida (*Short-form health survey, SF-36*), sintomas depressivos, atividade física, incapacidade funcional e caracterização da dor, através da intensidade da dor presente e com uma semana anterior, irradiação da dor para membros inferiores, membro inferior de irradiação, dor anterior e frequência da dor no passado. **RESULTADOS:** A análise univariada, teste *t* de *Student*, selecionou a variável irradiação da dor para membros inferiores para os domínios capacidade funcional, aspecto físico, dor, aspectos sociais, estado geral e vitalidade. A Dor anterior (lombalgia no passado) foi selecionada apenas para os domínios aspecto físico, dor (relacionada a QV) e estado geral de saúde ( $p < 0,05$ ). As correlações de *Pearson* entre a incapacidade funcional, intensidade da dor atual e pretérita e os oito domínios do SF-36 foram todas significantes ( $p < 0,05$ ). A incapacidade funcional foi a variável de maior influência nos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos com lombalgia agudizada. **CONCLUSÕES:** Os resultados do presente estudo demonstraram a influência da incapacidade funcional nos domínios da QVRS de idosos com lombalgia.

## Abstract

**BACKGROUND:** The manifestations of low back pain (LBP) can vary according to the clinical course and result in distinct profiles of health and quality of life (QoL). **OBJECTIVES:** To analyze the clinical features of acute low back pain and functional disability (Roland Morris Questionnaire) in the elderly and its influence on the perception of health-related quality of life (HRQoL). **METHODS:** A cross-sectional observational study with 302 elderly from the study Back Complaints in The Elderly (BACE) was carried-out. The following data have been collected: sociodemographic information, HRQoL (*Short-form health survey; SF-36*), depressive symptoms, functional performance and characterization of pain, through the intensity of the pain at that moment and a week before, pain diffusion to lower limbs, irradiation leg, and previously observed pain and its frequency. **RESULTS:** The univariate analysis, Student's t test, selected the variable pain radiating to the lower limbs for these domains: functional capacity, physical aspect, pain, social aspects, general health status and vitality. The previous pain (LBP in the past) was selected only for the domains physical aspect, pain (related QoL) and general health ( $p < 0.05$ ). The Pearson correlations between functional performance, intensity of present and former pain and the eight domains of the SF-36 were significant ( $p < 0.05$ ). Functional performance was the variable most influential in the domains of HRQoL seniors with low back pain worsened. **CONCLUSIONS:** The results of this study demonstrate the influence of functional performance in the HRQoL of elderly patients with low back pain.

## INTRODUÇÃO

A lombalgia é uma manifestação dolorosa comum e sua prevalência pode ser observada em diversas faixas etárias, culturas e países<sup>1-3</sup>. A abordagem da lombalgia no indivíduo idoso é um desafio porque os trabalhos geralmente contemplam populações adultas jovens em atividade no mercado de trabalho<sup>4</sup>. Numa perspectiva do modelo da Classificação Internacional da Funcionalidade e Incapacidade (CIF), os fatores psicológicos, sociais e ambientais contribuem para a saúde e qualidade de vida (QV) dos indivíduos. Assim, o entendimento das diversas dimensões da saúde que são afetadas pelo processo do envelhecimento e pela lombalgia é um desafio para os cuidados em saúde nessa população<sup>5,6</sup>. Além disso, a QV é fundamental para o idoso e um desfecho de saúde bastante explorado pelos profissionais da reabilitação.

A lombalgia aguda é caracterizada pela presença de dor aguda e alteração das atividades de vida diária<sup>7</sup>. No conceito da *International Association for the Study of Pain (IASP)* a dor consiste em uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões<sup>7,8</sup>. A dor aguda possui relação com a nocicepção e a lesão tecidual<sup>7</sup>. Clinicamente a lombalgia aguda é descrita em termos de tempo de curso dos sintomas, que pode variar de 4 semanas ou menos até 12 ou menos semanas<sup>9</sup>, e da gravidade, avaliada através da intensidade da dor e alteração do desempenho nas atividades, como subir escadas, vestir roupas ou tomar banho<sup>10</sup>. A avaliação das características particulares da dor nos idosos pode ser influenciada por fatores psicológicos (eg. sintomas depressivos) e fatores inerentes ao envelhecimento (eg. maior tolerância e redução da percepção da dor, deficiência cognitiva) refletindo sobre a gravidade da lombalgia, principalmente relativo à incapacidade, e QV<sup>10,11</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou a QV como a percepção subjetiva do indivíduo acerca da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>12,13</sup>. De forma mais restrita, os profissionais da área da saúde utilizam do conceito de qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) para estudar os aspectos da qualidade de vida em diferentes estados de saúde. A QVRS

reflete a percepção subjetiva do indivíduo em relação a sua condição de saúde e seus efeitos na sua vida.

Os instrumentos que avaliam a QVRS, na prática, consistem em questionários que agrupam grandes domínios teóricos ou dimensões da vida e referem-se as áreas psicológicas, físicas, sociais<sup>14</sup> e ambientais. De forma geral, a qualidade de vida tem sido avaliada através de instrumentos genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos avaliam várias dimensões e permitem comparações entre condições de saúde. No entanto, não permitem verificar alterações particulares relacionadas a condição de saúde. São divididos em perfis de saúde (e.g. *Short-Form Health Survey – SF-36*) e índices de saúde ou medidas de utilidade (e.g. *quality-adjusted life years – QALYs*). Já os instrumentos específicos de avaliação da QV são separados por condições específicas (e.g. câncer, incontinência urinária, acidente vascular encefálico), populações e parâmetros (e.g. capacidade funcional). No entanto, os questionários de QVRS específicos não permitem comparações entre condições distintas e avaliam apenas os domínios aos quais se propõem<sup>15</sup>.

Há alguma evidencia científica sobre a QV em idosos com lombalgia crônica e sua associação com fatores psicológicos<sup>16-18</sup>. Entretanto, pouco se conhece sobre o impacto da lombalgia agudizada, definida através da intensidade da dor, presença de sintomas de irradiação para membros inferiores (MMII), história de dor anterior e incapacidade funcional, na QVRS de idosos. No Brasil, o estudo consórcio *Back Complaints in Elderly – BACE* é o primeiro estudo que busca descrever as características do curso clínico, duração, gravidade, estado funcional, condições sociodemográficas e fatores prognósticos de progressão da lombalgia aguda para crônica no idoso e que inclui a avaliação da QVRS<sup>19</sup>.

A caracterização e a descrição das possíveis relações entre os domínios da QVRS pode contribuir para melhor entendimento do impacto da lombalgia agudizada na funcionalidade do idoso. O propósito deste estudo foi caracterizar e descrever a influência da percepção da QVRS utilizando um instrumento genérico (*Short-form 36*) e explorar as relações entre as características clínicas da lombalgia aguda e de incapacidade funcional (*Roland Morris Questionnaire - RDQ*) e os domínios de QVRS de idosos.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho de estudo foi observacional transversal e a amostra selecionada (302 indivíduos) foi proveniente do projeto maior chamado consórcio *BACE*, um estudo multicêntrico observacional longitudinal desenvolvido pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – em parceria com o *The George Institute for Global Health/ Sydney University – Australia* e o *Department of General Practice* localizado na *The Erasmus University Medical Center in The Netherlands*. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – parecer ETIC0100.0.0.203.000-11(ANEXO 1).

A amostra do estudo *BACE* foi selecionada por conveniência e por meio de busca ativa, comunicados nas emissoras de rádios, panfletos e encaminhamentos de consultórios de profissionais da atenção primária dos hospitais, clínicas públicas e privadas da região metropolitana de Belo Horizonte. Os critérios de inclusão para o estudo consistiram em: possuir idade acima de 60 anos, apresentar um novo episódio de lombalgia e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O novo episódio é aquele em que a pessoa não procurou um profissional da saúde por motivo da dor atual nos últimos seis meses e a lombalgia atual estiver em curso por um prazo não maior que seis semanas<sup>19</sup>. Esse critério para novo episódio foi adotado no protocolo do estudo *BACE*. Foram excluídos os indivíduos que apresentassem alterações cognitivas rastreadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) conforme os pontos de corte: 18 pontos para analfabetos, 24 pontos para quatro anos de escolaridade, 26 pontos para oito anos de escolaridade, 27 pontos para onze anos e 28 pontos para escolaridade acima de 12 anos<sup>20</sup>. Foram excluídos também pessoas com deficiência auditiva e visual; deficiência motora que impedia realização de testes previstos no estudo *BACE* e que apresentavam doenças graves como infecções, tumores malignos, síndrome da cauda equina e hérnia de disco agudizada.

A coleta de dados foi realizada no Hospital das Clínicas da UFMG, Hospital Risoleta Neves e no Hospital do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas – IPSEMG. Os entrevistadores do estudo foram treinados antes do início das coletas e depois a cada dois meses ocorreram reuniões para reforçar o

treinamento para garantir a qualidade dos dados. Durante a aplicação dos questionários foram permitidas explicações necessárias para compreensão das perguntas e cada entrevista durou um tempo médio de duas horas. Essas avaliações ocorreram no período de novembro de 2011 e maio de 2013.

Os dados referentes a idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda, uso de medicamentos nos últimos três meses, ocupação, sintomas depressivos através do instrumento Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies*<sup>21</sup> – *CES-D* – e atividade física com o Questionário Internacional de Atividade Física – *IPAQ*<sup>22</sup> foram utilizados para caracterização sociodemográfica e clínica.

Para avaliar a incapacidade funcional foi utilizado o instrumento *RDQ* composto por 24 itens<sup>23</sup>. Os maiores escores nesse questionário estão relacionados à pior incapacidade funcional. Utilizou-se uma escala numérica simples (0 – 10 pontos) para avaliação subjetiva da intensidade da dor atual e pretérita (uma semana). Quanto maior o escore, maior a intensidade auto relatada.

O questionário *SF-36* consiste em um inquérito composto por 36 questões agrupados em oito domínios<sup>24</sup>. Quatro desses domínios são relacionados à saúde física (capacidade funcional – CF, aspecto físico – AF, dor e estado geral – EG) e quatro restantes são relacionados à saúde mental (vitalidade, aspecto social – AS, aspecto emocional – AE e saúde mental – SM). Cada domínio apresenta uma pontuação final que varia de zero a 100 pontos sendo zero o pior escore e 100 o melhor escore. Foram utilizadas ainda perguntas originadas do questionário semiestruturado do projeto BACE sobre presença de lombalgia anterior e presença ou não de irradiação para MMII. Todos os instrumentos utilizados foram traduzidos e adaptados para a população brasileira<sup>21-24</sup>.

## **ANÁLISE ESTATÍSTICA**

As variáveis descritivas: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, renda, uso de medicamentos, prática de atividade física e sintomas depressivos, foram analisadas através do cálculo da média e desvio padrão (DP) para variáveis numéricas e porcentagens para variáveis categóricas. As variáveis dependentes, CF, AF, dor, EG, VIT, AS, AE e SM da QVRS, e as variáveis independentes de caracterização da dor, intensidade da dor presente e com uma semana anterior,

irradiação da dor para MMII, perna de irradiação, dor anterior e frequência da dor no passado, também foram descritas em função da média e DP.

Foram feitos testes de normalidade nas variáveis dependentes – *Kolmogorov-Smirnof* e, após verificada a homocedasticidade, foram conduzidas estatísticas univariadas (teste *t* de *Student*) e correlação de *Pearson* (*r*) para verificar quais variáveis independentes entrariam no modelo de regressão. A força da associação foi interpretada conforme Portney e Watkins (2009) sendo que valores de correlação entre 0,00 e 0,25 representam pouca ou nenhuma associação entre variáveis; entre 0,25 e 0,50 fraca associação; entre 0,50 e 0,75 moderada associação; e acima de 0,75 forte associação. Modelos de regressão linear do tipo *Stepwise* buscaram determinar o quanto cada variável independente poderia explicar os escores nos domínios do SF-36. Todas as análises foram conduzidas respeitando o nível de significância  $\alpha=0,05$ . Para essas análises foi utilizado o software *SPSS* versão 17.0 em ambiente Windows 7. Os resultados foram reportados conforme recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* – STROBE<sup>26</sup>.

## RESULTADOS

Foram analisados dados referentes a 302 indivíduos com idades entre 60 e 94 anos (média  $68,01 \pm 6,1$ ). Houve predominância do sexo feminino (85,4%). A maior parte dos idosos participantes eram casados (43,4%). A utilização de medicamentos foi prevalente (71,2%) e quase 30,0% dos idosos faziam o uso diário. Dentre os usuários de medicamentos, quase 40% foram prescritos por profissionais. Entretanto, 27,8% dos idosos consumiam medicamentos sem prescrição médica. Sobre a prática de atividade física, o sedentarismo foi mais prevalente, a inatividade foi observada em 9,9% e 45,7% foram classificados como irregularmente ativos, e 36% foram considerados ativos e apenas 7,6% foram considerados muito ativos. Demais características sociodemográficas encontram-se na Tabela 1.

<Inserir Tabela 1>

Na Tabela 2 foram descritas as características clínicas da amostra. Nessa Tabela encontram-se os resultados das características da lombalgia, sendo que o escore da incapacidade funcional médio observado foi 13,7 (desvio-padrão de 5,8). A irradiação da dor para MMII foi prevalente (64,2%). Em relação a lombalgia anterior, quase 80% dos idosos sentiram dor no passado.

<Inserir Tabela 2>

A análise univariada com teste *t* de *Student* detectou diferenças estatisticamente significantes entre idosos com presença e ausência de irradiação nos domínios CF, AF, DOR, AS, EG e VIT. A tabela 3 apresenta os valores de *p* das variáveis estatisticamente significantes.

<Inserir Tabela 3>

Com relação a dor anterior (lombalgia no passado), houve diferença estatística apenas nos domínios AF, dor e EG ( $p < 0,05$ ). A análise dos valores médios para cada grupo dividido de acordo com o relato de dor anterior constam na tabela 4.

<Inserir Tabela 4>

Todas as correlações entre o RDQ, intensidade da dor atual e pretérita e os oito domínios do SF-36 foram significantes ( $p < 0,05$ ) e entraram para o modelo de regressão. Os resultados das correlações de *Pearson* encontram-se na Tabela 4.

<Inserir Tabela 5>

As variáveis intensidade de dor atual, intensidade de dor pretérita, incapacidade (RDQ) e presença de irradiação da dor para MMII foram selecionadas para o modelo de regressão do domínio CF. O RDQ sozinho explicou quase 50% da variação dos escores do domínio CF ( $R^2=0,488$ ). A adição das outras variáveis explicou 53,5% ( $R^2=0,533$ ).

Com relação a QV relacionada aos AF, somente o RDQ entrou no modelo e sozinho explicou 56,3% ( $R^2=0,563$ ).

Todas as variáveis entraram no modelo de regressão do domínio QV relacionada a dor do SF-36 e foi explicado apenas 36,3 % da variação do escore desse domínio ( $R^2=0,363$ ). As variáveis intensidade de dor atual, intensidade de dor pretérita, RDQ e presença de irradiação da dor para MMII e dor lombar anterior pouco aumentaram o poder de explicação dos modelos ( $R^2=0,409$ ). Entretanto, observou-se que ocorreu redução do  $\beta_0$  (coeficiente linear/constante na equação de regressão linear, ou seja, valor de Y, por exemplo, se a variável X for igual a zero, Y será igual ao  $\beta_0$ ) do RDQ indicando que as demais variáveis podem confundir sua relação com o domínio dor – a variável RDQ foi aquela que mais influenciou o domínio e a primeira a entrar no modelo de regressão.

Nenhuma variável influenciou isoladamente o domínio de qualidade de vida relacionada ao EG. O modelo de regressão explicou 41,4% das variações dos escores nesse domínio, considerando o conjunto de variáveis RDQ, intensidade da dor atual e pretérita, irradiação da dor para MMII e dor lombar anterior.

O RDQ teve grande influência sobre a QV relacionada a VIT, explicando sozinho 44,6% da variação do escore do domínio ( $R^2=0,446$ ).

Com relação a QV relacionada aos AS, a incapacidade funcional também foi determinante para explicação do modelo de regressão ( $R^2=0,510$ ). A intensidade de dor atual aumentou o poder de explicação em 1% ( $R^2=0,520$ ).

Semelhantemente, o RDQ explicou sozinho 41% da variação do escore da QV relacionada aos AE ( $R^2=0,417$ ). As outras variáveis não influenciaram o modelo de regressão porque causaram pouca influência no domínio AE.

Por fim, o domínio QV relacionada a SM também foi mais influenciado pelo RDQ, mas em comparação com os outros domínios, a SM foi menos afetada pelo RDQ. Isso pode ser explicado pela menor valor do índice de determinação ( $R^2=0,387$ ) e também pela menor variação avaliada pelo  $\beta_0$  ( $81,131 \pm 3,924$ ;  $p<0,05$ ).

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a influência da lombalgia agudizada na QVRS de idosos que estão inseridos nos serviços de atenção primária. Para isso orientou-se observar se as características clínicas da lombalgia agudizada (intensidade da dor atual e passada – uma semana anterior, presença de irradiação da dor para MMII, história de dor anterior e desempenho funcional) exerceriam alguma influência nos domínios da QVRS da amostra. Os resultados sugerem que a qualidade de vida relacionada à saúde física (CF e AS) dos idosos da amostra foi bastante influenciada pela incapacidade funcional. A qualidade de vida relacionada à saúde mental (dor e saúde mental) foram menos influenciados pela incapacidade. Esses resultados ressaltam importância da avaliação dos aspectos físicos e das atividades funcionais no contexto da qualidade de vida dos idosos com lombalgia agudizada.

As características da amostra revelaram uma frequência maior do sexo feminino. De fato, a prevalência da lombalgia é maior nesse sexo<sup>10,27,28</sup>. Além disso, as características da amostra do presente estudo são comparáveis ao trabalho de Scheele et al (2013) conduzido na Holanda. De acordo com os autores, foram observados, dentre outros fatores, o baixo nível de escolaridade (41%), trabalho remunerado (26%), presença de sintomas depressivos ( $10,0 \pm 7,8$ ) e uso de medicamentos em uma amostra de idosos com lombalgia agudizada. Essas características são fundamentais para a avaliação gerontológica e auxiliam na descrição e entendimento do estado funcional do idoso<sup>29</sup>.

Em relação ao uso de medicamentos para controle da lombalgia, idosos com lombalgia utilizam maior número de medicamentos para controle da dor<sup>4,27</sup>. No presente estudo, mais de 70% da amostra relatou uso de pelo menos um

medicamento para controle da dor. Adicionalmente, não foram encontrados estudos que relacionassem a lombalgia com a polifarmácia – relativo às multimorbidades. É importante salientar que número excessivo de medicamentos entre idosos comunitários é comum e estão relacionados com piores resultados em testes de capacidade funcional como apoio unipodálico e *Timed Get Up and Go*<sup>30</sup>. Essa relação pode ser semelhante em idosos com lombalgia e colaborar para ocorrência de quedas, além de ter algum impacto sobre a QV.

Os escores do RDQ, a intensidade da lombalgia e a dor anterior encontrados no presente estudo foram similares aos de Scheele et al (2013). No estudo de Scheele et al (2013), esses fatores foram relacionados a um prognóstico ruim da lombalgia após três meses (processo de cronificação da dor). A literatura indica que idosos apresentam uma redução da intensidade da dor após a primeira semana e posteriormente a redução é mais lenta e gradual<sup>4,31</sup>.

Embora o presente estudo tenha verificado uma alta prevalência de irradiação da dor para membros inferiores na amostra de idosos com lombalgia, a irradiação da dor para membros não é apontado como fator prognóstico de transição da dor aguda para crônica nesta população<sup>4</sup>. A avaliação da irradiação da dor para MMII é fundamental pois a sua presença no idoso pode indicar um comprometimento da mobilidade<sup>7</sup>. De acordo com Di Iorio et al (2007) a mobilidade pode ser influenciada pelas capacidades do indivíduo, natureza da tarefa e nível de desafio do ambiente. Assim, a lombalgia resultaria em restrições na atividade e alterações nas interações com o ambiente. Essa teoria é importante para entender os achados do presente estudo uma vez que indivíduos idosos com irradiação da dor para MMII possuíam pior QV relacionada aos domínios CF, AF, dor, EG, VIT e AS. Além disso, os baixos escores nesses domínios, relacionados ao sumário de saúde física, foram apontados por Scheele *et al.* (2013) como fatores prognósticos de cronificação da lombalgia.

No presente estudo, o domínio SM do SF-36 foi pouco associada à incapacidade funcional. O domínio SM mede a amplitude de limitações relacionadas a depressão, ansiedade, diminuição do controle emocional ou comportamental e bem-estar psicológico<sup>33</sup>. Scheele et al (2013) encontraram associação, porém não significativa, entre risco de transição da lombalgia aguda para crônica, em 3 meses,

e menores valores nos escores da saúde mental relacionada à QV. Nesse estudo o valor da média apresenta foi menor em relação a amostra brasileira. Trabalhos futuros poderão testar melhor a associação entre incapacidade funcional e o domínio SM do questionário SF-36.

A incapacidade funcional causou grandes influências sobre a QV relacionada a CF e AF. O domínio de CF relacionada a QV reflete, na verdade, problemas nas tarefas como banho ou vestir-se<sup>33</sup> e não a capacidade funcional, propriamente dita, do indivíduos, isso possivelmente explicaria a grande influência do *RDQ* sobre o domínio. Apesar da evidente importância em se referir a distintos aspectos funcionais e diferenciar o estado funcional dos pacientes, a associação entre capacidade funcional e desempenho funcional em indivíduos com lombalgia ainda é controversa. Ocarino *et al* (2009) avaliaram a correlação entre testes de capacidade física funcional (sentado para de pé e caminhada de 15,24 metros) e os escores do *RDQ*. Os referidos autores encontraram correlação significativa, porém fraca entre os escores do *Roland Morris* e teste de sentado para de pé e não encontraram correlação entre o teste de caminhada e o questionário *RDQ*.

No presente estudo não houve correlação entre a Intensidade de dor atual e o domínio aspectos físicos e todos os domínios da saúde mental relacionada a QV (VIT, AS, AE, SM). Com relação a intensidade da dor pretérita, foram encontradas associações significativas e fracas com os domínios CF, AF, dor, AS do *SF-36*. Deve-se considerar a avaliação da dor em idosos, mas para a qualidade de vida a funcionalidade e a incapacidade foram mais impactantes.

É importante destacar a diferença entre as variáveis de dor, características da lombalgia, e a dor do *SF-36*. A intensidade da dor no passado e atual, dor anterior e irradiação, no presente estudo, confundiram a relação entre o domínio da QV relacionada à dor e desempenho funcional. Esse resultado sugere que as características de dor da lombalgia devem ser melhor exploradas e diferenciadas da dor relacionada a QV do questionário de *QVRS* genérico. Nesse contexto, a própria funcionalidade, nesse caso, por exemplo a participação social<sup>11</sup>, fatores sociais e culturais<sup>35</sup> e a depressão poderiam interferir na manifestação da dor.

O resultado de escores de instrumentos unidimensionais que avaliam a intensidade de dor atual, a intensidade de dor pretérita, a presença de irradiação da dor para MMII e dor anterior na lombalgia podem não resultar necessariamente em impacto negativo sobre a funcionalidade e, adicionalmente, a qualidade de vida. Para Di Lorio et al (2007), o desempenho funcional do idoso com lombalgia seria um reflexo das utilizações das reservas e adoção de estratégias compensatórias. Nessa perspectiva, o fisioterapeuta deve observar o desempenho funcional em tarefas em diferentes níveis de dificuldade, de forma que a limitação funcional do idoso seja evidenciada quando capacidades funcionais específicas, como força de MMII, não fossem compensadas. Esse mecanismo pode explicar a redução da atividade e a perda progressiva do estado funcional de idosos<sup>32</sup>.

As principais limitações deste estudo estão relacionadas ao método de seleção da amostra que impacta sobre a validade externa e a dificuldade em controlar as causas da lombalgia, sem diferenciação diagnóstica e consequente categorização. Em contrapartida, essa realidade é encontrada nos serviços primários de atenção à saúde e, portanto, o perfil de saúde do idoso com lombalgia é classificado como não específico e a causa multifatorial.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados do presente estudo demonstraram a influência do incapacidade funcional nos domínios da QVRS de idosos com lombalgia. Esses resultados indicam a importância da avaliação da QVRS e a sua relação com domínios físicos da QV que poderiam ser modificados via procedimentos e técnicas fisioterapêuticas. Além disso, a incapacidade é um parâmetro importante na avaliação do idoso com lombalgia agudizada e exerce maior influência que a intensidade da dor na qualidade de vida. Assim, intervenções direcionadas para atividades e tarefas de vida diária podem ter algum impacto sobre o perfil de saúde e qualidade de vida nesses idosos.

## Referências

1. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Non-specific low back pain. *The Lancet*. 2012; 379: 482-491.
2. Watermann BR, Belmont PJ, Schoenfeld AJ. Low back pain in the United States: incidence and risk factors for presentation in the emergency setting. *Spine J*. 2012; 12: 63-70.
3. van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002 Dec;16(5):761-75.
4. Scheele J, Enthoven WT, Bierma-Zeinstra SM, Peul WC, van Tulder MW, Bohnen AM, Berger MY, et al. Course and prognosis of older back pain patients in general practice: A prospective cohort study. *Pain*. 2013 Jun;154(6):951-7.
5. Muraki S, Akune T, Oka H, En-Yo Y, Yoshida M, Saika A, et al. Health-Related Quality of Life in Subjects With Low Back Pain and Knee Pain in a Population- Based Cohort Study of Japanese Men. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Jul 15;36(16):1312-9.
6. Vereckei E, Susanszky E, Kopp M, Ratko I, Czimbalmos A, Nagy Z, et al. Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatol Int*. 2013 Mar;33(3):587-92.
7. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. 2nd ed. Edinburgh:Churchill Livingstone; 2004.
8. Pengel LH, Herbert RD, Maher CG, Refshauge KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003; 327:323.
9. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Rev Bras Fisioter*. 2011 May-Jun;15(3):190-9.
10. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age Ageing*. 2006 May;35(3):229-34.
11. Sampaio RF, Luz MT. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (3): 475-483.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1997. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: WHO/MSA/MNH/PSF/97.4

13. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, Cecon, PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2006; 28 (1): 27-38.
14. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2012; 30(2):163–171.
15. Fleck MPA. *A Avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde.* Porto Alegre: Ed. Artmed S.A; 2008.
16. Meyer T, Cooper J, Raspe H. Disabling Low Back Pain and Depressive Symptoms in the Community-Dwelling Elderly. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007 Oct 1;32(21):2380-6.
17. Antunes RS, Macedo BG, Amaral TS, Gomes HA, Pereira LSM, Rocha FL. Dor, cinesiofobia e qualidade de Vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. *Acta ortop. Bras.* 2013; 21(1), 27-29.
18. Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense P. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(1), 14-20.
19. Scheele J, Luijsterburg PA, Ferreira ML, Maher CG, Pereira L, Peul WC, et al. Back Complaints in the Elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011 Aug 19; 12:193.
20. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2003; 61(3B), 777-781.
21. Batistoni SST, Néri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. *Psico-USF.* 2010; 15(1), 13-22.
22. Matsudo S, Araújo T, Marsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. bras. ativ. fís. saúde.* 2001; 6(2):05-18.
23. Costa LO, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Pozzi GC, Ribeiro RN. Psychometric Characteristics of the Brazilian-Portuguese Versions of the Functional Rating Index and the Roland Morris Disability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007 Aug 1;32(17):1902-7.
24. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da

- qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. bras. reumatol.* 1999; 39(3):143-50.
25. Portney LG, Watkins MP. *Foundations of clinical research: applications to practice.* 2nd ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall Inc.; 2000.
26. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(3), 559-565.
27. Cecchi F, Debolini P, Lova RM, Macchi C, Bandinelli S, Bartali B, *et al.* Epidemiology of Back Pain in a Representative Cohort of Italian Persons 65 Years of Age and Older. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006 May 1;31(10):1149-55.
28. Makris UE, Fraenkel L, Han L, Leo-Summers L, Gill TM. Epidemiology of Restricting Back Pain in Community-Living Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* 2011 April; 59(4): 610–614.
29. Viana JU, Silva SL, Torres JL, Dias JM, Pereira LS, Dias RC.. Influence of sarcopenia and functionality indicators on the frailty profile of community-dwelling elderly subjects: a cross-sectional study. *Braz J Phys Ther.* 2013 Jul-Aug;17(4):373-81.
30. Martins FP, Maia HU, PEREIRA LSM. Desempenho de idosos em testes funcionais e o uso de medicamentos. *Fisioter Mov.* 2007; 20(1):85-92.
31. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, *et al.* A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. *Arthritis Rheum.* 2012 Jun;64(6):2028-37.
32. Di Iorio A, Abate M, Guralnik JM, Bandinelli S, Cecchi F, Cherubini A, *et al.* From Chronic low back pain to disability, a multifactorial mediated pathway: The InCHIANTI Study. *Spine (Phila Pa 1976).* 2007 Dec 15;32(26):E809-15.
33. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473-83.
34. Ocarino JM, Gonçalves GGP, Vaz DV, Cabral AAV, Porto JVS, Silva MT. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Braz J Phys Ther.* 2009; 13 (4): 343-349.
35. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Stessman J.. Chronic Back Pain Among the Elderly: Prevalence, Associations, and Predictor. *Spine (Phila Pa 1976).* 2006 Apr 1;31(7):E203-7.

**Tabela 1. Análise descritiva das características sociodemográficas da amostra (n=302).**

<b>Variável</b>	<b>Média (desvio padrão)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Idade (anos)</b>	68 (6,1)	
<b>Sexo</b>		
Feminino		85,4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/Divorciado		30,5
Casado/ União Estável		43,7
Viúvo		25,8
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto		5,0
Até 8 anos		56,3
Acima de 8 anos		38,6
<b>Renda (Número de Salários Mínimos)</b>		
1 até 4		88,6
5 ou mais		11,4
<b>Medicamentos em uso</b>		
Nenhum		28,8
1 a 2		61,2
3 ou mais		9,9
<b>Trabalho</b>		
Outros		35,4
Aposentado		53,6
Incapaz		10,9
<b>Atividade Física</b>		
Sedentário		55,6
Ativo		44,4
<b>Sintomas Depressivos (CES-D)</b>	22,06 (9,8)	

**Tabela 2. Análise descritiva das características clínicas (n=302)**

Variável	Média (desvio padrão)	Porcentagem Válida
<b>RMQ</b>	13,7 (5,8)	
<b>Intensidade da dor atual</b>	4,9 (3,1)	
<b>Intensidade da dor 1 semana anterior</b>	7,0 (2,6)	
<b>Irradiação para MMII</b>		
Presença		64,3
<b>Perna de Irradiação</b>		
Sem irradiação		35,5
Esquerda		18,4
Direita		18,7
Ambas		27,2
<b>Dor anterior</b>		
Presença		79,8
<b>Frequência de Dor no passado</b>		
Uma vez ao mês		72,7
Uma vez ao ano		16,9
Uma vez em cinco anos		3,7
Menos de uma vez em cinco anos		2,5
Uma vez na vida		4,1
<b>SF-36</b>		
CF	42,7 (24,4)	
AF	28,7 (36,0)	
DOR	40,8 (22,0)	
EG	59,6 (20,7)	
VIT	49,2 (23,5)	
AS	58,1 (28,1)	
AE	45,6 (45,4)	
SM	57,7 (25,0)	

RMQ= Roland Morris Questionnaire; MMII=Membros inferiores; CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EG= Estado Geral de Saúde; VIT= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE=Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental; *Missing data em porcentagem.*



**Tabela 3. Diferença nas notas totais dos domínios da qualidade de vida relacionada a saúde (SF-36) relativos aos sintomas de irradiação para MMII e dor anterior.**

	<b>IRRADIAÇÃO</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Valor de p</b>
<b>CF</b>	Sim	185	37,41	22,913	0,001**
	Não	106	51,93	24,374	
<b>AF</b>	Sim	192	24,22	33,542	0,002*
	Não	107	37,38	39,059	
<b>DOR</b>	Sim	192	37,70	21,743	0,001*
	Não	107	46,35	22,073	
<b>EG</b>	Sim	192	56,55	21,025	0,001*
	Não	107	64,95	19,356	
<b>VIT</b>	Sim	151	46,89	22,677	0,01*
	Não	80	54,75	24,299	
<b>AS</b>	Sim	191	55,63	27,674	0,03*
	Não	106	63,09	28,472	
<b>AE</b>	Sim	192	44,62	45,315	0,47
	Não	107	48,60	46,079	
<b>SM</b>	Sim	150	56,96	23,738	0,27
	Não	81	60,84	26,950	

MMII=Membros inferiores; CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EG= Estado Geral de Saúde; VIT= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE=Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental; \*p<0, 05; \*\*p<0,001.

**Tabela 4. Diferença nas notas totais dos domínios da qualidade de vida relacionada a saúde (SF-36) relativos à história da dor anterior.**

	Dor anterior	N	Média	Desvio padrão	Valor de p
<b>CF</b>	Sim	233	41,31	24,502	0,06
	Não	61	47,79	23,656	
<b>AF</b>	Sim	241	25,83	34,526	0,007*
	Não	61	39,75	39,890	
<b>DOR</b>	Sim	241	38,51	21,592	0,001*
	Não	61	49,80	21,979	
<b>EG</b>	Sim	241	58,04	20,398	0,02*
	Não	61	65,26	21,493	
<b>VIT</b>	Sim	189	49,87	23,307	0,44
	Não	45	46,78	24,614	
<b>AS</b>	Sim	239	57,01	28,078	0,21
	Não	61	62,10	28,684	
<b>AE</b>	Sim	241	46,33	45,508	0,63
	Não	61	43,17	45,682	
<b>SM</b>	Sim	189	58,48	24,913	0,52
	Não	45	55,82	25,312	

M MII=Membros inferiores; CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EG= Estado Geral de Saúde; VIT= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE=Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental; \*p<0, 05; \*\*p<0,001.

**Tabela 5. Correlações de *Pearson* (r) entre características de Intensidade da dor atual e uma semana e incapacidade relacionada a lombalgia e domínios da qualidade de vida relacionada a saúde (SF-36).**

Variáveis	CF	AF	DOR	EG	VIT	AS	AE	SM
<b>RMQ</b>	-0,697**	-0,565**	-0,603**	-0,372**	-0,446**	-0,510**	-0,417**	-0,387**
<b>Intensidade da Dor atual</b>	-0,456**	-0,245**	-0,413**	-0,264**	-0,191**	-0,184*	-0,128*	-0,163*
<b>Intensidade da dor na semana anterior</b>	-0,415**	-0,286**	-0,384**	-0,197*	-0,196*	-0,277**	-0,155*	-0,143*

RMQ= *Roland Morris Questionnaire*; CF= Capacidade Funcional; AF= Aspectos Físicos; EG= Estado Geral de Saúde; VIT= Vitalidade; AS= Aspectos Sociais; AE=Aspectos Emocionais; SM= Saúde Mental. r=correlação de *Pearson*; \*p<0,05; \*\*p<0,001.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo teórico da Classificação Internacional de Funcionalidade e incapacidade é importante na interpretação dos resultados do presente estudo. Para a CIF, a funcionalidade e a incapacidade humana são influenciadas por fatores psicológicos, sociais e ambientais (OMS, 2003). Considerando esse modelo teórico, embora a dor do idoso aparentemente configure um fator que interfira diretamente na qualidade de vida, essa relação precisa ser melhor explorada com a complexidade que o fenômeno exige (SAMPAIO *et al.* 2005). O presente estudo buscou demonstrar a influência da lombalgia agudizada (intensidade da dor atual e passada – uma semana anterior, presença de irradiação da dor para MMII, história de dor anterior e desempenho funcional) na qualidade de vida relacionada a saúde de idosos que estão inseridos nos serviços de atenção primária. Os resultados do presente estudo demonstram a influência do desempenho funcional nos domínios da QVRS de idosos com lombalgia. Além disso, a dor parece não influenciar diretamente a QVRS da amostra. Os resultados deste estudo são importantes e ressaltam o perfil da atenção primária da região metropolitana de Belo Horizonte.

Considerando o envelhecimento, o idoso tem como objetivo a velhice saudável. Nesse contexto, existe uma preocupação acerca das incapacidades e dependências com efeito direto sobre a qualidade de vida. Com isso, a avaliação da desse desfecho torna-se essencial nessa população. Além disso, a qualidade de vida tem sido parâmetro recomendável de avaliação dos aspectos da saúde frente as novas tecnologias e condutas dos profissionais da saúde (FARIA *et al.* 2011).

Vale destacar também que a avaliação da qualidade de vida na clínica é essencial para aqueles idosos que avaliam mal seu perfil de saúde, têm pior prognóstico e aderem pouco ao tratamento e orientações (DIAS, 2009). Esse fenômeno tem relação com as eficácias das estratégias de enfrentamento da doença e podem ser abordadas pelo fisioterapeuta.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, R. S. *et al.* Dor, cinesiofobia e qualidade de Vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. **Acta Ortopédica Brasileira**. v. 21, n. 1, pp. 27-29, 2013.

BALAGUÉ, F. *et al.* Non-specific low back pain. **The Lancet**. v. 379, pp. 482-491, 2012.

BASTONI, S.S.T.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. **Psico-USF**. v. 15, n. 1, pp.13-22, 2010.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Brasília**: Presidência da República, 2003.

BRUCKI, S.M.D. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3-B, pp. 777-781, 2003.

CAMARANO, A.A. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro, **IPEA**, 2004.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, n. 3, pp. 725-733, 2003.

CARVALHO, J.A.M; RODRIGUES-WONG, L.L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 3, pp. 597-605, 2008.

CECCHI, F. *et al.* Epidemiology of Back Pain in a Representative Cohort of Italian Persons 65 Years of Age and Older. **SPINE**. v. 31, n. 10, pp. 1149-1155, 2006.

CICONELLI, R.M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 39, n. 3, pp. 143-150, 1999.

COSTA, L.O.P. *et al.* Psychometric Characteristics of the Brazilian-Portuguese Versions of the Functional Rating Index and the Roland Morris Disability Questionnaire. **SPINE**. v. 32, n. 17, pp. 1902-1907, 2007.

DELITTO, A. *et al.* Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. **Journal of orthopaedic & sports physical therapy**. v. 42, n. 4, A2-A57, 2012.

DI LORIO *et al.* From Chronic low back pain to disability, a multifactorial mediated pathway: The InCHIANTI Study. **SPINE**, v. 32, n. 26, pp. E809-E815, 2007.

DIAS, R.C. Qualidade de vida e envelhecimento. In: PERRACINI, M.R.; FLÓ C.M. Funcionalidade e envelhecimento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. p. 55-69.

DIONNE, C. *et al.* A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies. **SPINE**. v. 33, n. 1, pp. 95-103, 2008.

DIONNE, C.E.; DUNN, K.M.; CROFT, P.R. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. **Age and Aging**. v. 35, pp. 229-234, 2006.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição Demográfica e epidemiológica: a epidemiologia e serviços de saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 21, n. 4, pp.529-532, 2012.

EDIT, V. *et al.* Psychosocial, educational, and somatic factors in chronic nonspecific low back pain. *Rheumatology International*. v. 33, n. 3, pp. 587-592, 2013.

FARIA, C.D.C.M. *et al.* Comparação dos instrumentos de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e Short Form-36 em idosos da comunidade. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. v. 15, n. 5, pp. 399-405, 2011.

FERREIRA, P.L.; FERREIRA, L.N.; FERREIRA, L.N. Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. **Revista portuguesa de Saúde Pública**. 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007> >. Acesso em: 26 de Jan. 2014.

FLECK, M.P.A. A Avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre. Ed. Artmed S.A, 2008. Porto Alegre, 228 p.

HOY, D. *et al.* A Systematic Review of the Global Prevalence of Low Back Pain. **Arthritis & Rheumatism**. v. 64, n. 6, pp. 2028–2037, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômicas. **Tábuas Abreviadas por sexo e idade: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro; n. 30, 2013.

JACOBS, J.M. Chronic Back Pain Among the Elderly: Prevalence, Associations, and Predictor. **SPINE**. v. 31, n. 7, pp. E203–E207, 2006.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. v. 21, n. 3, pp. 200-210, 1987.

LADEIRA, C.E. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. v. 15, n. 3, pp. 190-199, 2011.

LEVEILLE, S.G. *et al.* The pathway from musculoskeletal pain to mobility difficulty in older disabled women. **Pain**. v. 128, n. 1-2, pp. 69-77, 2007.

MAKRIS, U.E. *et al.* Epidemiology of Restricting Back Pain in Community-Living Older Persons. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 59, pp. 610-614, 2011.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**. v. 44, n. 3, pp. 559-565, 2010.

MARTINS, F.P.; MAIA, H.U.; PEREIRA, L.S.M. Desempenho de idosos em testes funcionais e o uso de medicamentos. **Fisioterapia em Movimento**. v. 20, n. 1, pp. 85-92, 2007.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física e Saúde**. v. 6, n. 2, pp. 5-18, 2001.

MEYER, T.; COOPER, J.; RASPE, H. Disabling Low Back Pain and Depressive Symptoms in the Community-Dwelling Elderly. **SPINE**. v. 32, n. 21, pp. 2380-2386, 2007.

MURAKI, S. *et al.* Health-Related Quality of Life in Subjects With Low Back Pain and Knee Pain in a Population- Based Cohort Study of Japanese Men. **SPINE**. v. 36, n. 16, pp. 1312-1319, 2011.

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, pp. 203-210, 2001.

OCARINO, J. *et al.* Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. v. 13, n. 4, pp. 343-349, 2009.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2003.

PENGEL *et al.* Acute low back pain: systematic review of its prognosis. **BMJ (Clinical research ed.)**. v. 327, n. 7410, pp. 1-5, 2003.

PEREIRA, R.J. *et al.* Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. v. 28, n. 1, pp. 27-38, 2006.

PORTNEY, L.G.; WATKINS, M.P. Foundations of Clinical Research: Applications to Practice. 3ª ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2009. 912 p.

SAMPAIO *et al.* Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Brazilian Journal of Physical Therapy**. v. 9, n. 2, pp. 129-136, 2005.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação Internacional da Organização Mundial da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 25, n. 3, pp. 475-483, 2009.

SCHEELE *et al.* Back Complaints in the Elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. **BMC Musculoskeletal Disorders**. v. 12, pp. 193, 2011.

SCHEELE *et al.* Course and prognosis of older back pain patients in general practice: A prospective cohort study. **PAIN**. v. 154, pp.951-957 , 2013.

SCHEELE *et al.* Course of back complaints in older adults: a systematic review. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**. v. 48, pp.379-386, 2012.

SCHEELE, J. *et al.* Characteristics of older patients with back pain in general practice: BACE cohort study. **European Journal of Pain**. v. 18, n. 2, pp. 279–287, 2013.

SCHRAMM, J.M.A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n. 4, pp. 897-908 , 2004.

STEFANE, T. *et al.* Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 26, n. 1, pp. 14-20, 2012.

VAN TULDER, M.; KOES, B.; BOMBARDIER, C. Low back pain. **Best practice & Research**. v. 16, n. 5, pp. 761-775, 2002.

VIANA, J.U. *et al.* Influence of sarcopenia and functionality indicators on the frailty profile of community-dwelling elderly subjects: a cross-sectional study. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 17, n. 4, pp. 373-381, 2013.

WADDELL, G. **The Back Pain Revolution**. 2ª Ed. New York: Editora Churchill Livingstone, 2004. 480 p.

WARE, J.E.; SHELBOURNE, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I Conceptual framework and item selection. **Medical Care**. V. 30, n. 6, pp. 473-483, 1992.

WATERMANN, B.R.; BELMONT, P.J.; SCHOENFELD, A.J. Low back pain in the United States: incidence and risk factors for presentation in the emergency setting. **The Spine Journal**. v. 12, pp. 63-70, 2012.

WILLIAMSON, A.; HOGGART, B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. **Journal of Clinical Nursing**, v. 14, pp. 798–804, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1997. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: WHO/MSA/MNH/PSF/97.4.

## 6 ANEXOS

### 6.1 Anexo 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0100.0.203.000-11

Interessado(a): Profa. Leani Souza Máximo Pereira  
Departamento de Fisioterapia  
EEFFTO- UFMG

#### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de maio de 2011, o projeto de pesquisa intitulado **"Dor lombar em idosos: um estudo multicêntrico internacional entre o Brasil, Áustria, Holanda. Back complaints in the Elders:BACE."** e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

**Processo nº:** 0100.1.203.000-11

**Projeto:** *Dor lombar em idosos: um estudo multicentrico internacional entre o Brasil, Austrália e Holanda. Back Complaints in the Elders-BACE*

**Recebido COEP:** 29/03/2011

**Entregue para parecer:** 20/04/2011

**Área de conhecimento:** Ciências da saúde - fisioterapia

**Pesquisador responsável:** Leani Souza Maximo Pereira

**Local de realização:** Fisioterapia-UFMG

**Período de realização:** Início: após aprovação do COEP

**Termino:** um ano após o início

**Documentação apresentada:** comprovante recebimento CEP, ofício de encaminhamento ao COEP, folha de rosto devidamente preenchida e assinada, documento de comprovação da cooperação internacional, protocolo de pesquisa preenchido e assinado, TCLE.

**Objetivo/sujeitos** avaliar o perfil clínico, funcional e socio demográfico, e o curso clínico da dor lombar em idosos que procuram serviços públicos de atenção primária em saúde de universidades, nos três países envolvidos.

**Aspectos metodológicos:** estudo epidemiológico com acompanhamento de dois anos, de idosos com dor lombar. Serão incluídos no estudo, 600 idosos (em cada país), com idade acima de 65 anos, com novo episódio de dor lombar, sem atendimento para esta queixa, nos últimos seis meses. Os idosos, após responder ao questionário com dados socio-demográficos, farão testes funcionais, avaliação de marcha, de mobilidade, de equilíbrio, de assentar e levantar da cadeira, além de coleta de sangue para exame de citocinas inflamatórias.

**Análise de riscos e benefícios** Todos os riscos compreendidos nesse estudo foram considerados e os pesquisadores explicitaram as maneiras de seu controle.

**Termo de consentimento livre e esclarecido:** Os pesquisadores apresentam o TCLE claro e bem explicativo, em letra 14, boa iniciativa para quem vai examinar idosos.

**Voto:** S.m.j., sou pela aprovação do projeto.

02/05/2011



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS

Brasília-DF, 21 de março de 2011.

Assunto: “Obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador”.

Senhores (as) Coordenadores (as),

1. A CONEP tem recebido uma série de questionamentos sobre formas de se potencializar os direitos e as garantias aos sujeitos de pesquisas, considerando sua vulnerabilidade no momento de adesão a um protocolo de pesquisa. Neste sentido, visando maior padronização de procedimentos e considerando a importância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – como instrumento de pactuação entre pesquisadores e sujeitos de pesquisas, vimos orientar que ao analisarem o TCLE devem fazer constar as seguintes informações:

- O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
- O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

2. Solicitamos o empenho na efetivação deste procedimento, que passa a valer a partir de 01/04/2011.

Atenciosamente,

  
Giselle Saddi Tannous  
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

Anexa ao Ofício Circular nº 017/2011/CONEP/CNS/MS

## 6.2 Anexo 2

**PROJETO: BACK COMPLAINTS IN THE ELDERLY (BACE)**  
**QUESTIONÁRIO INICIAL**  
**Baseline (0)**

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Endereço: \_\_\_\_\_

3. Telefones: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Melhores datas/ horário para contato: \_\_\_\_\_

5. Próximo contato em: \_\_\_\_\_

6. Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Pedir para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

4. O Sr. (a) teve dor lombar (contínua ou intermitente) nos últimos 6 meses?

(1) **Sim** (2) Não4. 

5. Devido à essa dor, o Sr (a) buscou o serviço de saúde? (1) Sim (2) Não

5. 

6. Atualmente, há quantos dias o Sr. (a) vem apresentando dor lombar? \_\_\_\_\_

(Obs.: **incluir apenas idosos com 6 semanas ou menos de queixas**)

7. Data entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 8. Hora de início: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ 9. Hora de término:

\_\_\_\_ : \_\_\_\_

10. Código do Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Controle de qualidade do questionário:**

Assinatura do TCLE: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

**DATA****STATUS****OBSERVAÇÃO**

STATUS DO QUESTIONÁRIO: (1) questionário completo  
 (2) necessário fazer outro contato com o idoso  
 (3) esclarecer com o entrevistador  
 (4) perdido

CÓDIGO DO REVISOR: 11. STATUS FINAL DO QUESTIONÁRIO:

**Quem faz o controle de qualidade deve revisar o preenchimento de todos os dados e decidir o status do questionário, ou seja, as opções de 1 a 4. Caso seja a opção 1 está pronto para a digitação. Esse controle de qualidade serve principalmente para garantir o mínimo de dados perdido.**

**I- DADOS DEMOGRÁFICOS**

**12. Idade:** \_\_\_\_anos **13. Data de Nascimento (de acordo com documento):** \_\_/\_\_/\_\_

**14. Sexo:** 1. feminino      2. Masculino

**14.**

**15. Estado Civil: Qual é o seu estado civil?**

1. Casado/Vive com companheiro      3. Divorciado(a), separado(a)

2. Solteiro(a)      4. Viúvo(a)

**15.**

**16. Procedência** (Quem encaminhou o paciente): \_\_\_\_\_

**17. Cor ou Raça:**

Qual é a cor da sua pele? \_\_\_\_\_

**18. Grau de Escolaridade:**

Quantos anos de escola o Sr. (a) frequentou? \_\_\_\_\_

<b>18.a. Nível de escolaridade</b>	<b>18.b. Completo</b>	<b>Incompleto</b>
1. Nunca foi a escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou curso de alfabetização de adultos)	(1)	(2)
2. Curso de alfabetização de adultos	(1)	(2)
3. Primário (atual nível fundamental – 1ª a 4ª série)	(1)	(2)
4. Ginásio (atual nível fundamental – 5ª a 8ª série)	(1)	(2)
5. Científico, clássico, (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)	(1)	(2)
6. Curso Superior	(1)	(2)
7. Pós-Graduação, com obtenção de título de Mestre ou Doutor	(1)	(2)
<b>18.a</b> <input type="checkbox"/>	<b>18.b.</b>	<input type="checkbox"/>

### Cognição: Mini Exame do Estado Mental (Brucki, 2003)

Agora serão realizadas perguntas que exigirão um pouco de atenção e memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

Questão	Resposta	Pontuação	
19. Que dia é hoje?		(1) Certo (0) Errado	19. <input type="text"/>
20. Em que mês estamos?		(1) Certo (0) Errado	20. <input type="text"/>
21. Em que ano estamos?		(1) Certo (0) Errado	21. <input type="text"/>
22. Em que dia da semana estamos?		(1) Certo (0) Errado	22. <input type="text"/>
23. Em que local nós estamos? (apontando para o chão)		(1) Certo (0) Errado	23. <input type="text"/>
24. Que local é este aqui? (apontando ao redor- sentido amplo)		(1) Certo (0) Errado	24. <input type="text"/>
25. Você sabe o nome deste bairro ou de uma rua próxima?		(1) Certo (0) Errado	25. <input type="text"/>
26. Em que cidade estamos?		(1) Certo (0) Errado	26. <input type="text"/>
27. Em que estado estamos?		(1) Certo (0) Errado	27. <input type="text"/>
28. Vou dizer 3 palavras e gostaria que o Sr. (a) repetisse logo em seguida: CARRO- VASO- TIJOLO	28.a. Carro	(1) Certo (0) Errado	28.a <input type="text"/>
	28.b. Vaso	(1) Certo (0) Errado	28.b <input type="text"/>
	28.c. Tijolo	(1) Certo (0) Errado	28.c <input type="text"/>
29. Gostaria que o sr. (a) me dissesse quanto é:	29.a 100-7_____	(1) Certo (0) Errado	29.a <input type="text"/>
	29.b 93-7_____	(1) Certo (0) Errado	29.b <input type="text"/>
	29.c 86-7_____	(1) Certo (0) Errado	29.c <input type="text"/>
	29.d 79-7_____	(1) Certo (0) Errado	29.d <input type="text"/>
	29.e 72-7_____	(1) Certo (0) Errado	29.e <input type="text"/>
30. O Sr. (a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi agora há pouco?	30.a. Carro	(1) Certo (0) Errado	30.a <input type="text"/>
	30.b. Vaso	(1) Certo (0) Errado	30.b <input type="text"/>
	30.c. Tijolo	(1) Certo (0) Errado	30.c <input type="text"/>

<b>31.</b> Mostre um relógio ao entrevistado e peça que diga o nome		(1) Certo (0) Errado	<b>31.</b> <input type="checkbox"/>
<b>32.</b> Mostre uma caneta ao entrevistado e peça que diga o nome		(1) Certo (0) Errado	<b>32.</b> <input type="checkbox"/>
<b>33.</b> Preste atenção, vou dizer uma frase e quero que o Sr. (a) repita logo a seguir: “nem aqui, nem ali, nem lá”		(1) Certo (0) Errado	<b>33.</b> <input type="checkbox"/>
<b>34.</b> Agora pegue este papel com a mão direita, dobre-o no meio e coloque no chão.	<b>34.a</b> Pega o papel com a mão correta	(1) Certo (0) Errado	<b>34.a</b> <input type="checkbox"/>
	<b>34.b</b> Dobra corretamente	(1) Certo (0) Errado	<b>34.b</b> <input type="checkbox"/>
	<b>34.c</b> Coloca no chão	(1) Certo (0) Errado	<b>34.c</b> <input type="checkbox"/>
<b>35.</b> Vou lhe mostrar um papel onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está pedindo. <b>FECHE OS OLHOS</b>		(1) Certo (0) Errado	<b>35.</b> <input type="checkbox"/>
<b>36.</b> Gostaria que o Sr.(a) escrevesse uma frase da sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande		(1) Certo (0) Errado	<b>36.</b> <input type="checkbox"/>
<b>37.</b> Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o senhor copiasse, tentando fazer o melhor possível. (considerar apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura com 4 lados).		(1) Certo (0) Errado	<b>37.</b> <input type="checkbox"/>
<b>38. TOTAL:</b> <input type="checkbox"/>			

**Obs.: Pontos de corte: analfabetos:**

**Até 4 anos de estudo:**

**Até 8 anos de estudo**

**Até 11 anos de estudo:**

**11 anos ou mais:**

**Caso não consiga o escore previsto para seu nível de escolaridade no MEEM, entregar a cartilha de orientações, convidá-lo (a) para a palestra e encaminhá-lo (a) para o médico clínico no Centro de Saúde próximo da residência do (a) idoso. NÃO PROSSEGUIR COM A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO**

**Renda**

**39.** O Sr. (a) considera que a sua renda é suficiente para manter as suas despesas?

1. Sim

2. Não

**39.**

**40.** Renda própria:

1. Até 1 salário mínimo;

4. 4 salários mínimos;

2. 2 salários mínimos;

5. 5 ou mais salários

3. 3 salários mínimos;

**40.**

**41. Fragilidade:**

Consultar outros critérios ao longo do questionário.

O Sr. (a) perdeu mais de 4.5 kg sem fazer dieta ou regime no último ano?

1. Sim

2. Não

**41.**

**Hospitalização**

**42.** O Sr. (a) foi hospitalizado no último ano?

1. Sim

2. Não **(ir para 43)**

**42.**

**42.a-** Quantas vezes? \_\_\_\_\_

**42.a.**

**42.b-** Durante quanto tempo \_\_\_\_\_

**42.b.**

**Institucionalização**

**43.** O idoso mora na comunidade?

1. Sim **(ir para 44)**

2. Não

**43.**

**43.a:** Tipo de instituição:

1. Instituição Pública

2. Instituição Privada

**43.a.**



46. 47 - Indique abaixo, qual a intensidade da sua dor lombar **na semana passada?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma Dor Lombar									Dor Lombar Extrema	

47. 

48- Atualmente, O Sr. (a) está sentindo alguma irradiação da dor para as pernas?

1. Sim

2. Não (**ir para item 52**)

48.

49- Qual perna o Sr. (a) está sentindo irradiação da dor?

1. Direita

2. Esquerda

3. Ambas

49.

50. Até onde vai essa dor?

<b>50.a</b> No lado direito:	<b>50.a</b> <input type="text"/>	<b>50.b:</b> No lado esquerdo:	<b>50.b</b> <input type="text"/>
1. Na região da coxa		1. Na região da coxa	
2. Até abaixo do joelho		2. Até abaixo do joelho	
3. Panturrilha (batata da perna e tornozelo)		3. Panturrilha (batata da perna e tornozelo)	
4. Até o pé / dedos		4. Até o pé / dedos	
98. NA (não tenho dor nesta perna)		98.NA (não tenho dor nesta perna)	

51 - Indique abaixo, qual o valor da sua dor nas pernas **neste momento?** Indique um valor para cada perna.

51.a Direita:



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma dor na perna									Dor na perna extrema	

51.a

51.b Esquerda:



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma dor na perna									Dor na perna extrema	

51.b 

52- Na semana passada, O Sr. (a) sentiu alguma irradiação da dor para as pernas?

1. Sim

2. Não

52. OBS.: Observar se a irradiação teve início após o início da crise

53- Qual perna o Sr. (a) sentiu irradiação da dor?

1. Direita

2. Esquerda

3. Ambas

53. 

54. Até onde vai essa dor?

54.a No lado direito:	54.a <input type="text"/>	54.b: No lado esquerdo:	54.b <input type="text"/>
1. Na região da coxa		1. Na região da coxa	
2. Até abaixo do joelho		2. Até abaixo do joelho	
3. Panturrilha (batata da perna e tornozelo)		3. Panturrilha (batata da perna e tornozelo)	
4. Até o pé / dedos		4. Até o pé / dedos	
98. NA (não tive dor nesta perna)		98.NA (não tive dor nesta perna)	

55. Indique abaixo, qual o valor da sua dor nas pernas na semana passada? Indique um valor para cada perna.

55.a. Direita:



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma dor na perna										Dor na perna extrema

55.a 

55.b Esquerda:



0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma dor na perna										Dor na perna extrema

55.b 56. O Sr(a) está sentindo insensibilidade ou formigamento em suas pernas ou pés?  
(Observar se é no trajeto da inervação lombar ou sacra).

1. Nenhum

2. Leve

3. Moderado

4. Severo

5. Muito severo

56.

57- O Sr(a) está sentindo fraqueza em suas pernas ou pés?

1. Nenhum      2. Leve      3. Moderado      4. Severo      5. Muito severo

57.

58 - Qual a distância que o Sr. (a) consegue caminhar (considerar 1 quarteirão = 100m)?

1. Mais que 30 quarteirões  
 2. Mais que 2 quarteirões, mas menos que 30 quarteirões  
 3. Mais que 15 metros, mas menos que 30 quarteirões  
 4. Mais que 15 metros e menos que 2 quarteirões  
 5. Menos que 15 metros

58.

## WOMAC

### SEÇÃO A

As perguntas a seguir se referem à intensidade da dor que o Sr. (a) está atualmente sentindo devido a **DOR NA COLUNA**. Para cada situação, por favor, coloque a intensidade da dor que sentiu nas **últimas 72 horas (3 dias)**.

**Pergunta: Qual a intensidade da sua dor?**

	Nenhuma	Pouca	Moderada	Intensa	Muito intensa	NR	
59. Caminhando em lugar plano	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	59. <input type="text"/>
60. Subindo ou descendo escadas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	60. <input type="text"/>
61. À noite deitado na cama.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	61. <input type="text"/>
62. Sentando-se ou deitando-se.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	62. <input type="text"/>
63. Ficando em pé.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	63. <input type="text"/>

### SEÇÃO B

As perguntas a seguir se referem à intensidade de rigidez (“sensação de juntas duras”, não é dor), que o Sr. (a) está atualmente sentindo devido dor nas costas nas **últimas 72 horas (3 dias)**. Rigidez é uma sensação de restrição ou dificuldade para movimentar suas coluna.

64. Qual é a intensidade de sua rigidez logo após acordar de manhã?

- 1.Nenhum      2. Pouca      3. Moderada      4. Intensa      5. Muito intensa      6. NR

64.

65. Qual é a intensidade de sua rigidez após se sentar, se deitar ou repousar no decorrer do dia?

1. Nenhum 2. Pouca 3. Moderada 4. Intensa 5. Muito intensa 6. NR

65.

### SEÇÃO C

As perguntas a seguir se referem à sua atividade física. Nós chamamos atividade física, sua capacidade de se movimentar e cuidar de o Sr. (a) mesmo (a). Para cada uma das atividades a seguir, por favor, indique o grau de dificuldade que o Sr. (a) está tendo devido à dor na coluna durante as **últimas 72 horas (3 dias)**. Se você não faz a atividade, imagine como seria se você a fizesse.

**Pergunta: Qual o grau de dificuldade que o Sr. (a) tem ao:**

	Nenhum	Pouco	Moderado	Intenso	Muito intenso	NR	
66. Descer escadas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	66. <input type="text"/>
67. Subir escadas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	67. <input type="text"/>
68. Levantar-se estando sentada.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	68. <input type="text"/>
69. Ficar em pé.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	69. <input type="text"/>
70. Abaixar-se para pegar algo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	70. <input type="text"/>
71. Andar no plano.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	71. <input type="text"/>
72. Entrar e sair do carro.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	72. <input type="text"/>
73. Ir fazer compras.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	73. <input type="text"/>
74. Colocar meias.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	74. <input type="text"/>
75. Levantar-se da cama.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	75. <input type="text"/>
76. Tirar as meias.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	76. <input type="text"/>
77. Ficar deitado na cama.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	77. <input type="text"/>
78. Entrar e sair do banho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	78. <input type="text"/>
79. Se sentar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	79. <input type="text"/>
80. Sentar e levantar do vaso sanitário.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	80. <input type="text"/>
81. Fazer tarefas domésticas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	81. <input type="text"/>

pesadas.							
82. Fazer tarefas domésticas leves.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(99)	82. <input type="text"/>

## Mc Gill

### LOCALIZAÇÃO DA DOR

83- Usando as figuras do corpo humano abaixo, marque, com um ponto, por favor, onde é sua dor na coluna. Indique:

**Quanto à profundidade:**

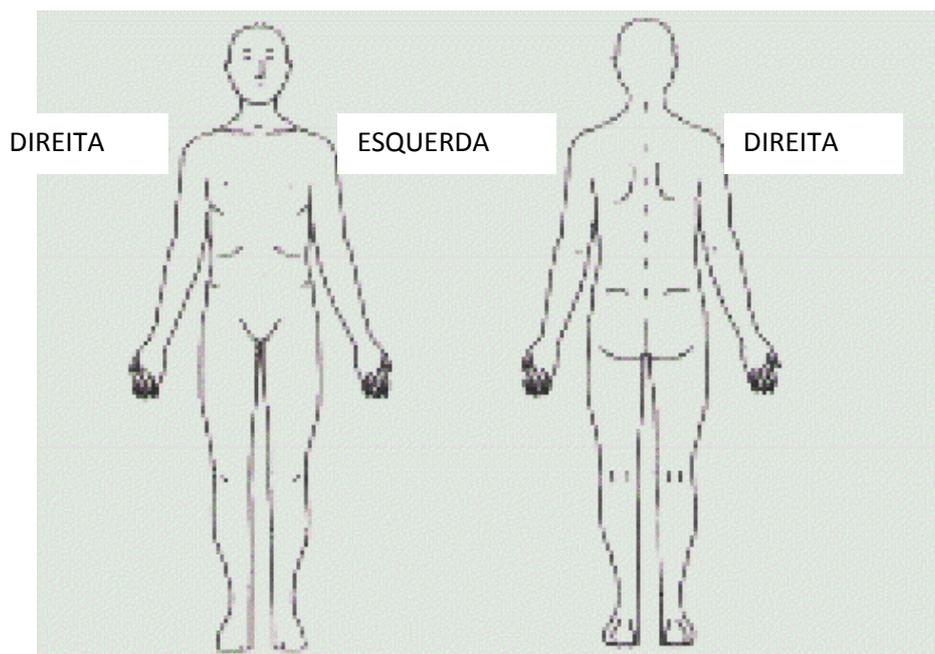
(S) - Superficial,

(P) Profunda

**Quanto à Localização:**

(L)- se a dor for localizada

(D)- se a dor for difusa (espalhada)



### RESPOSTA DA DOR À ATIVIDADE E POSICIONAMENTO (PRAP)

O Sr(a) sente dores na coluna quando...

	Nenhuma dor	Melhora da dor	A mesma dor	Piora da dor	NR	
84. Fica de pé por mais de 5 minutos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	84. <input type="text"/>
85. Quando anda por uma um	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	85. <input type="text"/>

quarteirão ou mais?						
<b>86.</b> Quando fica sentado (a) por mais de 5 minutos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>86.</b> <input type="text"/>
<b>87.</b> Quando o Sr. (a) se curva sobre a pia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>87.</b> <input type="text"/>
<b>88.</b> Quando o Sr. (a) dirige um carro?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>88.</b> <input type="text"/>
<b>89.</b> Quando o Sr. (a) se deita de costas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>89.</b> <input type="text"/>
<b>90.</b> Quando o Sr. (a) se deita de lado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>90.</b> <input type="text"/>
<b>91.</b> Quando o Sr. (a) deita de barriga para baixo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>91.</b> <input type="text"/>
<b>92.</b> Ao tossir ou flexionar o tronco para frente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>92.</b> <input type="text"/>
<b>93.</b> Quando o Sr. (a) se levanta pela manhã?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>93.</b> <input type="text"/>
<b>94.</b> No final do dia (dia usual)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>94.</b> <input type="text"/>
<b>95.</b> Quando o Sr. (a) está sentado e fica de pé?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>95.</b> <input type="text"/>
<b>96.</b> Quando o Sr. (a) empurra algo pesado como um aspirador de pó ou cortador de grama?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>96.</b> <input type="text"/>
<b>97.</b> Quando o Sr. (a) levanta objetos pesados do chão?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>97.</b> <input type="text"/>
<b>98.</b> Quando o Sr. (a) carrega objetos pesados?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>98.</b> <input type="text"/>

O Sr(a) sente **dores nas pernas** quando...

	<b>Nenhuma dor</b>	<b>Melhora da dor</b>	<b>A mesma dor</b>	<b>Piora da dor</b>	<b>NR</b>	
<b>99.</b> Fica de pé por mais de 5 minutos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>84.</b> <input type="text"/>
<b>100.</b> Quando anda por uma um quarteirão ou mais?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>85.</b> <input type="text"/>
<b>101.</b> Quando fica sentado (a) por mais de 5 minutos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>86.</b> <input type="text"/>
<b>102.</b> Quando o Sr. (a) se curva sobre a pia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>87.</b> <input type="text"/>
<b>103.</b> Quando o Sr. (a) dirige um carro?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>88.</b> <input type="text"/>
<b>104.</b> Quando o Sr. (a) se deita de costas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>89.</b> <input type="text"/>
<b>105.</b> Quando o Sr. (a) se deita de lado?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>90.</b> <input type="text"/>
<b>106.</b> Quando o Sr. (a) deita de barriga para baixo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(99)	<b>91.</b> <input type="text"/>





1. Muito insatisfeito    2. Um pouco insatisfeito    3. Nada satisfeito e nem insatisfeito    4. Pouco satisfeito    5. Muito satisfeito    **120.**

**121.** Se o Sr. (a) tivesse que passar o resto da sua vida com os sintomas que o Sr. (a) tem agora, como o Sr. (a) se sentiria a respeito disso?

1. Muito insatisfeito    2. Um pouco insatisfeito    3. Nada satisfeito e nem insatisfeito    4. Pouco satisfeito    5. Muito satisfeito    **121.**

**Percepção do efeito global:**

**122.** Comparado com os sintomas iniciais da sua dor lombar, julgue seus sintomas agora de acordo com as seguintes opções:

Totalmente Recuperado	Melhorou Bastante	Melhorou Ligeiramente	Continua o Mesmo	Pouco Pior	Muito Pior	Pior do que nunca
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

**122.**

**Expectativa de melhora em 3 meses**

**123.** Como o Sr(a) acha que estará a sua dor lombar em 3 meses?

1. Totalmente sem dor    2. Melhora considerável    3. A mesma de agora    4. Muito Pior    5. Pior do que nunca    **123.**

**124.** Qual a expectativas do Sr(a), em retornar às atividades em 3 meses?

1. Retorno Completo    2. Retorno Parcial    3. A mesma de agora    4. Pior que antes    5. Completamente sem retorno    **124.**

**IV- ESTADO DA SAÚDE**

**SHORT-FORM HEALTH SURVEY-SF-36**

**125.** Em geral, o Sr. (a) diria que sua saúde é:

1. Excelente    2. Muito boa    3. Boa    4. Ruim    5. Muito Ruim    **125.**

**126.** Comparada **há um ano**, como o Sr. (a) classificaria sua saúde em geral, agora?

1. Muito melhor agora do que um ano atrás
2. Um pouco melhor agora do que um ano atrás
3. Quase a mesma coisa do que um ano atrás
4. Um pouco pior agora do que um ano atrás
5. Muito pior agora do que um ano atrás

126. 

**127.** Os seguintes itens são sobre atividades que o Sr. (a) poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, o Sr. (a) tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

Atividades	Sim. Dificulta muito.	Sim. Dificulta pouco.	Não. Não dificulta de modo algum.	
<b>127.a.</b> Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos.	(1)	(2)	(3)	<b>127.a</b> <input type="text"/>
<b>127.b</b> Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa.	(1)	(2)	(3)	<b>127.b</b> <input type="text"/>
<b>127.c</b> Levantar ou carregar mantimentos.	(1)	(2)	(3)	<b>127.c</b> <input type="text"/>
<b>127.d</b> Subir vários lances de escada.	(1)	(2)	(3)	<b>127.d</b> <input type="text"/>
<b>127.e</b> Subir um lance de escadas.	(1)	(2)	(3)	<b>127.e</b> <input type="text"/>
<b>127.f</b> Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	(1)	(2)	(3)	<b>127.f</b> <input type="text"/>
<b>127.g</b> Andar mais de 1 Km.	(1)	(2)	(3)	<b>127.g</b> <input type="text"/>
<b>127.h</b> Andar vários quarteirões.	(1)	(2)	(3)	<b>127.h</b> <input type="text"/>
<b>127.i</b> Andar um quarteirão.	(1)	(2)	(3)	<b>127.i</b> <input type="text"/>
<b>127.j</b> Tomar banho ou vestir-se.	(1)	(2)	(3)	<b>127.j</b> <input type="text"/>

**128.** Durante as **últimas 4 semanas**, o Sr. (a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não	
<b>128.a</b> O Sr. (a) diminuiu a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	(1)	(2)	<b>128.a</b> <input type="text"/>
<b>128.b</b> Realizou menos tarefas do que gostaria?	(1)	(2)	<b>128.b</b> <input type="text"/>

<b>128.c</b> Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	(1)	(2)	<b>128.c</b> <input type="text"/>
<b>128.d</b> Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex:necessitou de um esforço extra)?	(1)	(2)	<b>128.d</b> <input type="text"/>

**129.** Durante as **últimas 4 semanas**, o Sr. (a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não	
<b>129.a</b> O Sr. (a) diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	(1)	(2)	<b>129.a</b> <input type="text"/>
<b>129.b</b> Realizou menos tarefas do que gostaria?	(1)	(2)	<b>129.b</b> <input type="text"/>
<b>129.c</b> Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	(1)	(2)	<b>129.c</b> <input type="text"/>

**130.** Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

1. De forma nenhuma
2. Ligeiramente
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Extremamente

**130.**

**131.** Quanta dor no corpo o Sr. (a) teve durante as **últimas 4 semanas**?

1. Nenhuma
2. Muito leve
3. Leve
4. Moderada
5. Grave
6. Muito grave

**131.**

**132.** Durante as **últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa)?

1. De maneira alguma
2. Um pouco
3. Moderadamente
4. Bastante
5. Extremamente

**132.**

**133.** Estas questões são sobre como o Sr. (a) se sente e como tudo tem acontecido com o Sr. (a) durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como o Sr. (a) se sente.

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	
<b>133.a</b> Quanto tempo o Sr. (a) tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>133.a</b> <input type="text"/>
<b>133.b</b> Quanto tempo o Sr. (a) tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>133.b</b> <input type="text"/>
<b>133.c</b> Quanto tempo o Sr. (a) tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>133.c</b> <input type="text"/>
<b>133.d</b> Quanto tempo o Sr. (a) tem se sentido desanimado e abatido?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>133.d</b> <input type="text"/>
<b>133.e</b> Quanto tempo o Sr. (a) tem se sentido esgotado?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>133.e</b> <input type="text"/>
<b>133.f</b> Quanto tempo o Sr. (a) tem se sentido uma pessoa feliz?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>133.f</b> <input type="text"/>
<b>133.g</b> Quanto tempo o Sr. (a) tem se sentido cansado?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>133.g</b> <input type="text"/>

**134.** Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parente, etc...)?

1. Todo o tempo
2. A maior parte do tempo
3. Alguma parte do tempo
4. Uma pequena parte do tempo
5. Nenhuma parte do tempo

**134.**

**135.** O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para o Sr. (a)?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa	
<b>135.a</b> Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>135.a</b> <input type="text"/>
<b>135.b</b> Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>135.b</b> <input type="text"/>
<b>135.c</b> Eu acho que a minha saúde vai piorar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>135.c</b> <input type="text"/>
<b>135.d</b> Minha saúde é excelente.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>135.d</b> <input type="text"/>

### **FES- I Falls Efficacy Scale International- Brasil**

Agora nós gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre qual é sua preocupação a respeito da possibilidade de cair. Por favor, responda imaginando como o Sr. (a) normalmente faz a atividade. Se o Sr. (a) atualmente não faz a atividade (por ex. alguém vai às compras para o Sr. (a)), responda de maneira a mostrar como o Sr. (a) se sentiria em relação a quedas se o Sr. (a) tivesse que fazer essa atividade. Para cada uma das seguintes atividades, por favor marque o quadradinho que mais se aproxima com sua opinião sobre o quão preocupado o Sr. (a) fica com a possibilidade de cair, se o Sr. (a) fizesse esta atividade.

	Nem um pouco preocupado	Um pouco preocupado	Muito preocupado	Extremamente preocupado	
<b>136.</b> Limpando a casa (ex: passar pano, aspirar ou tirar a poeira).	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>136.</b> <input type="text"/>
<b>137.</b> Vestindo ou tirando a roupa.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>137.</b> <input type="text"/>
<b>138.</b> Preparando refeições simples.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>138.</b> <input type="text"/>
<b>139.</b> Tomando banho.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>139.</b> <input type="text"/>
<b>140.</b> Indo às compras.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>140.</b> <input type="text"/>
<b>141.</b> Sentando ou levantando de uma cadeira.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>141.</b> <input type="text"/>
<b>142.</b> Subindo ou descendo escadas.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>142.</b> <input type="text"/>
<b>143.</b> Caminhando pela vizinhança.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>143.</b> <input type="text"/>

<b>144.</b> Pegando algo acima de sua cabeça ou do chão.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>144.</b> <input type="text"/>
<b>145.</b> Ir atender o telefone antes que pare de tocar.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>145.</b> <input type="text"/>
<b>146.</b> Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado).	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>146.</b> <input type="text"/>
<b>147.</b> Visitando um amigo ou parente.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>147.</b> <input type="text"/>
<b>148.</b> Andando em lugares cheios de gente.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>148.</b> <input type="text"/>
<b>149.</b> Caminhando sobre superfície irregular (com pedras, esburacada).	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>149.</b> <input type="text"/>
<b>150.</b> Subindo ou descendo uma ladeira.	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>150.</b> <input type="text"/>
<b>151.</b> Indo a uma atividade social (ex: ato religioso, reunião de família ou encontro no clube).	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>151.</b> <input type="text"/>

### **INCAPACIDADE : ROLAND MORRIS DISABILITY QUESTIONNAIRE (RMDQ)**

Quando o Sr. (a) tem dor na coluna, o Sr. (a) pode ter dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor.

Quando o Sr. (a) ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense no Sr. (a) **hoje**.

Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença.

**Lembre-se assinale apenas a frase que o Sr. (a) tiver certeza que descreve o Sr. (a) hoje, pensando na sua dor na coluna.**

<b>Pergunta</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	
<b>152.</b> Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor na coluna.	(1)	(2)	<b>152.</b> <input type="text"/>
<b>153.</b> Mudo de posição freqüentemente tentando aliviar minha coluna	(1)	(2)	<b>153.</b> <input type="text"/>
<b>154.</b> Ando mais devagar que o habitual por causa da dor.	(1)	(2)	<b>154.</b> <input type="text"/>

<b>155.</b> Por causa da dor na coluna eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa	(1)	(2)	<b>155.</b> <input type="text"/>
<b>156.</b> Por causa da dor na coluna eu uso o corrimão para subir escadas	(1)	(2)	<b>156.</b> <input type="text"/>
<b>157.</b> Por causa da dor na coluna eu deito para descansar mais frequentemente.	(1)	(2)	<b>157.</b> <input type="text"/>
<b>158.</b> Por causa da dor na coluna eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	(1)	(2)	<b>158.</b> <input type="text"/>
<b>159.</b> Por causa da dor na coluna tento com que outras pessoas façam as coisas para mim	(1)	(2)	<b>159.</b> <input type="text"/>
<b>160.</b> Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa da minha dor na coluna.	(1)	(2)	<b>160.</b> <input type="text"/>
<b>161.</b> Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor na coluna	(1)	(2)	<b>161.</b> <input type="text"/>
<b>162.</b> Por causa da dor na coluna tento não me curvar ou me ajoelhar	(1)	(2)	<b>162.</b> <input type="text"/>
<b>163.</b> Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor na coluna.	(1)	(2)	<b>163.</b> <input type="text"/>
<b>164.</b> Sinto dor na coluna quase todo o tempo.	(1)	(2)	<b>164.</b> <input type="text"/>
<b>165.</b> Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor na coluna.	(1)	(2)	<b>165.</b> <input type="text"/>
<b>166.</b> Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores na coluna.	(1)	(2)	<b>166.</b> <input type="text"/>
<b>167.</b> Tenho dificuldade para colocar minhas meias por causa da dor na coluna.	(1)	(2)	<b>167.</b> <input type="text"/>
<b>168.</b> Caminho apenas curtas distâncias por causa das minhas dores na coluna.	(1)	(2)	<b>168.</b> <input type="text"/>
<b>169.</b> Não durmo tão bem por causa das dores na coluna.	(1)	(2)	<b>169.</b> <input type="text"/>
<b>170.</b> Por causa da dor na coluna me visto com ajuda de outras pessoas	(1)	(2)	<b>170.</b> <input type="text"/>
<b>171.</b> Fico sentado a maior parte do dia por causa da minha dor na coluna	(1)	(2)	<b>171.</b> <input type="text"/>
<b>172.</b> Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor na coluna.	(1)	(2)	<b>172.</b> <input type="text"/>
<b>173.</b> Por causa da dor na coluna estou mais irritado e mal humorado com as pessoas do que em geral.	(1)	(2)	<b>173.</b> <input type="text"/>
<b>174.</b> Por causa da dor na coluna subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.	(1)	(2)	<b>174.</b> <input type="text"/>
<b>175.</b> Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores na coluna.	(1)	(2)	<b>175.</b> <input type="text"/>

**STATUS FUNCIONAL E TRABALHO- HEALTH AND LABOUR QUESTIONNAIRE**

**176.** Alguma outra pessoa assumiu e realizou a sua tarefa doméstica usual nas 2 últimas semanas devido às suas dores nas costas? (**Considere como tarefa doméstica: preparar comida, lavar a louça, espanar e limpar os móveis, varrer o chão, desfazer-se do lixo e lavar roupas.**) Marcar o tempo de atividade no segundo quadradinho.

1. Meus familiares por \_\_\_\_\_ horas por semana.
2. Outra pessoa que não recebeu pagamento por \_\_\_\_\_ horas por semana.
3. Faxineira por \_\_\_\_\_ horas por semana
4. Outros cuidados remunerados \_\_\_\_\_ horas por semana
5. Não (marcar 99 no segundo quadradinho)
6. Não se aplica, eu nunca fiz nenhuma tarefa doméstica. (marcar 99 no segundo quadradinho)

**176.**

### CATASTROFIZAÇÃO- PAIN CATASTROPHIZING SCALE

Nós estamos interessados em tipos de pensamentos e sentimentos que o Sr. (a) tem quando está com dor. Está descrito abaixo 13 afirmações descrevendo diferentes pensamentos e sentimentos que podem ser associados com a dor. Usando a escala abaixo, por favor, indique o valor para que represente esses pensamentos e sentimentos em relação à sua experiência de dor.

Valor	0	1	2	3	4
Significado	De modo nenhum	Grau leve	Grau moderado	Grau elevado	O tempo todo

### **QUANDO ESTOU COM DOR...**

<b>177.</b> Eu fico preocupado o tempo todo se a dor vai passar	<b>177.</b> <input type="text"/>
<b>178.</b> Eu sinto que não posso continuar	<b>178.</b> <input type="text"/>
<b>179.</b> É terrível, eu sinto que nunca que nunca vai ficar melhor.	<b>179.</b> <input type="text"/>
<b>180.</b> É péssimo, eu sinto que isso me oprime	<b>180.</b> <input type="text"/>
<b>181.</b> Eu sinto que não agüento mais	<b>181.</b> <input type="text"/>
<b>182.</b> Fico com medo da dor piorar	<b>182.</b> <input type="text"/>
<b>183.</b> Eu fico pensando em outro evento doloroso (outra crise ou episódio)	<b>183.</b> <input type="text"/>
<b>184.</b> Eu fico ansioso para a dor ir embora	<b>184.</b> <input type="text"/>

<b>185.</b> Eu não consigo parar de pensar nela	<b>185.</b>
<b>186.</b> Eu fico pensando no quanto ela dói	<b>186.</b> <input type="checkbox"/>
<b>187.</b> Eu fico pensando no quanto eu quero que a dor passe	<b>187.</b> <input type="checkbox"/>
<b>188.</b> Não há nada que eu possa fazer para reduzir a intensidade da dor	<b>188.</b> <input type="checkbox"/>
<b>189.</b> Pergunto-me se algo de grave pode acontecer	<b>189.</b> <input type="checkbox"/>

### Comorbidades SELF-ADMINISTERED COMORBIDITY QUESTIONNAIRE

A seguir, está uma lista de problemas comuns.

Por favor, indique se o Sr. (a) tem o problema da **coluna 1**. Se o Sr. (a) não tem o problema siga para a coluna seguinte. Se o Sr. (a) tem o problema, por favor, indique na **coluna 2** se o Sr. (a) está usando medicamentos ou qualquer outro tipo de tratamento para esse problema.

Na **coluna 3**, indique se o problema está te limitando para alguma atividade.

No final, indique todas as condições médicas que não estão listadas abaixo.

PROBLEMA	O Sr. (a) tem o problema?		O Sr. (a) recebeu tratamento para esse problema?		Ele está limitando alguma atividade?	
	NÃO (0)	SIM (1) →	NÃO (0)	SIM (1)	NÃO (0)	SIM (1)
<b>190.</b> Doença do Coração						
<b>191.</b> Hipertensão arterial						
<b>192.</b> Doença pulmonar						
<b>193.</b> Diabetes						
<b>194.</b> Úlcera ou doença do estômago						
<b>195.</b> Problemas nos joelhos						
<b>196.</b> Doença no fígado						
<b>197.</b> Anemia ou outra doença sanguínea						
<b>198.</b> Câncer						
<b>199.</b> Depressão						
<b>200.</b> Osteoartrite						
<b>201.</b> Dor na coluna						
<b>202.</b> Artrite reumatóide						
<b>203.</b> Outros problemas médicos (relate-os abaixo)						

### Uso de álcool-AUDIT-C

Por favor, circule a resposta que é correta para o Sr. (a).

**204.** Com que frequência o Sr. (a) ingere bebidas alcoólicas? (se nunca, ir para 205)

- |          |                            |                                  |                                       |  |
|----------|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Nunca | 2. Mensalmente ou<br>menos | 3. Duas a quatro<br>vezes no mês | 4. Duas a três<br>vezes por<br>semana | 5. Quatro ou<br>mais vezes por<br>semana |
|----------|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|

**204.**

**204.a.** Quantas doses de bebidas alcoólicas o Sr. (a) ingere normalmente em um dia típico que o Sr. (a) está bebendo?

- |          |          |          |          |               |
|----------|----------|----------|----------|---------------|
| 1. 1 a 2 | 2. 3 a 4 | 3. 5 a 6 | 4. 7 a 9 | 5. 10 ou mais |
|----------|----------|----------|----------|---------------|

**204.a**

**204.b.** Com que frequência o Sr. (a) bebe 6 ou mais doses em uma ocasião?

- |          |                        |                                  |                                       |  |
|----------|------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1. Nunca | 2. Menos que<br>mensal | 3. Duas a quatro<br>vezes no mês | 4. Duas a três<br>vezes por<br>semana | 5. Quatro ou<br>mais vezes por<br>semana |
|----------|------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|--|

**205. b**

### Tabagismo:

**205.** O Sr. (a) fuma?

- |        |                      |                                   |
|--------|----------------------|-----------------------------------|
| 1. Sim | 2. Não (ir para 208) | 3. Já fumou e parou (ir para 206) |
|--------|----------------------|-----------------------------------|

**205.**

**205.a.** Se sim, há quanto tempo (em anos) o Sr. (a) fuma? \_\_\_\_\_

**205.a**

**205.b** Quantos cigarros o Sr. (a) fuma por dia? \_\_\_\_\_

**205.b**

**206.** Se já fumou e parou, há quanto tempo (anos) o Sr. (a) parou de fumar? \_\_\_\_\_

**206.**

**206.a** Por quantos anos o Sr.(a) fumou? \_\_\_\_\_

**206.a**

### Qualidade do sono- PITTSBURG SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)

**207.** Durante o último mês, com que frequência o Sr. (a) sentiu dificuldades para dormir devido as suas dores nas costas?

1. Nunca                      2. Menos de uma vez por semana                      3. 1 ou 2 vezes por semana                      4. 3 ou mais vezes por semana

207. 

208. Durante o último mês, como o Sr. (a) classifica a sua qualidade do sono em um modo geral?

1. Muito boa                      2. Relativamente boa                      3. Relativamente ruim                      4. Muito ruim

208. 

### Atitude - BACK BELIEFS QUESTIONNAIRE

Por favor, indique sua visão geral sobre problemas na coluna...

	Concordo plenamente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente	
209. Não há tratamentos reais para os problemas de coluna	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	209. <input type="text"/>
210. Problemas na coluna irão me fazer parar de trabalhar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	210. <input type="text"/>
211. Problemas na coluna significam períodos de dor para o resto da minha vida	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	211. <input type="text"/>
212. Médicos não podem fazer nada para a dor nas costas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	212. <input type="text"/>
213. Uma coluna "ruim" deveria ser exercitada	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	213. <input type="text"/>
214. Problemas na coluna tornam tudo na vida pior.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	214. <input type="text"/>
215. A cirurgia é o tratamento mais eficaz para dor lombar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	215. <input type="text"/>
216. A dor na coluna pode fazer o Sr. (a) terminar a vida numa cadeira de rodas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	216. <input type="text"/>
217. Tratamentos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	217. <input type="text"/>

alternativos são a melhor resposta para a dor lombar						
<b>218.</b> Dor na coluna significa longos períodos de tempo afastado do trabalho.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>218.</b> <input type="text"/>
<b>219.</b> A medicação é a única maneira de aliviar os problemas na coluna	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>219.</b> <input type="text"/>
<b>220.</b> A partir do momento que o Sr. (a) tem um problema na coluna lombar, o Sr. (a) sempre terá um ponto fraco.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>220.</b> <input type="text"/>
<b>221.</b> Problemas na coluna necessitam repouso	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>221.</b> <input type="text"/>
<b>222.</b> Com o envelhecimento, os problemas na coluna ficam progressivamente piores.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<b>222.</b> <input type="text"/>

### CES-D

Segue abaixo uma lista de maneiras como o Sr. (a) pode ter se sentido ou se comportado. Diga com que frequência o Sr. (a) tem sentido com relação a cada item na última semana.

<b>Durante a semana passada...</b>	<b>Nunca ou raramente (&lt; 1 dia)</b>	<b>Poucas vezes (1-2 dias na semana)</b>	<b>Na maioria das vezes (3-4 dias)</b>	<b>Na maior parte do tempo ou todo o tempo (&gt;5 dias)</b>	
<b>223.</b> Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>223.</b> <input type="text"/>
<b>224.</b> Não tive vontade de comer, pouco apetite	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>224.</b> <input type="text"/>
<b>225.</b> Senti não conseguir melhorar meu estado de animo, mesmo com ajuda de familiares e amigos	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>225.</b> <input type="text"/>
<b>226.</b> Senti-me,	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>226.</b> <input type="text"/>

comparando-me as outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas					
<b>227.</b> Senti dificuldades em me concentrar no que fazia	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>227.</b> <input type="text"/>
<b>228.</b> Senti-me deprimido	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>228.</b> <input type="text"/>
<b>229.</b> Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>229.</b> <input type="text"/>
<b>230.</b> senti-me otimista sobre o futuro	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>230.</b> <input type="text"/>
<b>231.</b> Considerei que a vida tinha sido um fracasso	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>231.</b> <input type="text"/>
<b>232.</b> Senti-me amedrontado	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>232.</b> <input type="text"/>
<b>233.</b> Meu sono não foi repousante	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>233.</b> <input type="text"/>
<b>234.</b> Estive feliz	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>234.</b> <input type="text"/>
<b>235.</b> falei menos do que o habitual	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>235.</b> <input type="text"/>
<b>236.</b> senti-me sozinho	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>236.</b> <input type="text"/>
<b>237.</b> as pessoas não foram amistosas comigo	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>237.</b> <input type="text"/>
<b>238.</b> aproveitei minha vida	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>238.</b> <input type="text"/>
<b>239.</b> tive crises de choro	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>239.</b> <input type="text"/>
<b>240.</b> senti-me triste	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>240.</b> <input type="text"/>
<b>241.</b> senti que as pessoas não gostavam de mim	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>241.</b> <input type="text"/>
<b>242.</b> não consegui levar adiante minhas coisas	(1)	(2)	(3)	(4)	<b>242.</b> <input type="text"/>

**V- RELAÇÕES COM O EMPREGO**



**248.a** Observação quanto ao rendimento (Esse valor que o Sr (a) recebe (trata-se somente do seu próprio rendimento, não incluir a renda do cônjuge ou de outros). Preencher somente uma resposta.

99. Não quero informar .

\_\_\_\_\_ Reais por semana

\_\_\_\_\_ Euro por semana

\_\_\_\_\_ Reais por mês

\_\_\_\_\_ Euro por mês

**248.a**

**249.** Em qual setor o Sr (a) está empregado ?

1. Indústria

2. Construção industrial

3. Saúde e bem estar

4. Setor público (polícia, município)

5. Ensino

6. Prestação de serviço comercial (banco, loja, setor dos cafés hotéis e restaurantes)

7. Outros, a saber: \_\_\_\_\_

**249.**

250. O Sr (a) está satisfeito com o seu trabalho ?

1. Extremamente **insatisfeito**

2. Muito **insatisfeito**

3. Razoavelmente **insatisfeito**

4. Nem satisfeito **nem insatisfeito**

5. Razoavelmente **satisfeito**

6. Muito **satisfeito**

7. Extremamente **satisfeito**

**250.**

**251.** Escolha uma palavra e indique em qual medida o Sr (a) concorda com o que está escrito abaixo sobre seu trabalho?

1. Discordo completamente

2. discordo

3. concordo

4. concordo completamente

**251.a** Meus/ minhas colegas são bons no seu serviço

**251.a**

**251.b** Meus /minhas colegas preocupam-se comigo

**251.b**

**251.c** Meus/ minhas colegas são gentis

**251.c**

**251.d** Meus/ minhas colegas ajudam com o serviço

**251.d**

**252.** O Sr (a) comunicou no seu trabalho que estava doente nos últimos **três meses**?

1. Sim                      2. Não                      (vá para **pergunta 260**)

**252.**

**253.** Quantos dias úteis o Sr (a) tem faltado no trabalho nos **últimos 3 meses** (no total) **por causa de suas dores nas costas ?**

\_\_\_\_\_ dias

**253.**

**254.** Se o Sr (a) foi afastado legalmente do trabalho pelas dores nas costas ...

1. Voltou para o mesmo serviço
2. Voltou, com adaptações
3. Iniciou com serviço novo (que é melhor adaptado de acordo com as queixas de dor)
4. Ainda afastado legalmente pela doença
5. Não trabalhando, por causa de outros motivos

**254.**

**255.** Quantos dias úteis o Sr (a) faltou ao trabalho durante o período **mais curto** de falta nos **últimos três meses**?

\_\_\_\_\_ dias úteis

**255.**

**256.** Como o seu trabalho foi substituído ou feito durante seu período **mais curto** de faltas?

1. Os colegas substituíram o trabalho nas horas normais
2. Os colegas substituíram o trabalho com horas extras
3. Pessoas extras substituíram o trabalho
4. O (a) Sr (a) mesmo tem feito o trabalho mais tarde durante horas normais
5. O (a) Sr (a) mesmo tem feito o trabalho mais tarde durante horas extras
6. O trabalho não foi substituído e nem feito
7. O senhor não sabe como o serviço foi substituído

**256.**

**257.** O Sr (a) tem faltado mais dias nos últimos 3 meses ?

1. Sim, a saber \_\_\_\_\_ períodos
2. Não (**vá para questão 260**)

**257.**

**258.** Quantos dias úteis o Sr (a) faltou ao trabalho durante o período **mais longo** de faltas no serviço **nos últimos três meses** ?

Dias úteis \_\_\_\_\_

**258.**

**259.** Como o seu trabalho foi substituído ou feito durante seu período **mais longo** de faltas?

1. Os colegas substituíram o trabalho nas horas normais
2. Os colegas substituíram o trabalho com horas extras
3. Pessoas extras substituíram o trabalho
4. O (a) Sr (a) mesmo tem feito o trabalho mais tarde durante horas normais
5. O (a) Sr (a) mesmo tem feito o trabalho mais tarde durante horas extras
6. O trabalho não foi substituído e nem feito
7. O senhor não sabe como o serviço foi substituído

**259.**

**260.** Na escala abaixo, indique a **quantidade de trabalho** que o Sr (a) fez em tempo normal **durante seu último dia de trabalho** em relação **a um dia de trabalho normal**.

0 = significa que o Sr (a) não conseguia fazer nada;

10 = que o Sr (a) prestou a mesma qualidade como sempre.

**Nada**

**Normal**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**260.**

**261.** Na escala abaixo, indique a **qualidade de trabalho** que o Sr. (a) fez **durante seu último dia de trabalho** em relação do normal.

0 = significa que o seu trabalho foi de muita má qualidade

10= prestou com a mesma qualidade de sempre

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

**Muita má qualidade**

**Mesma qualidade de sempre**

**261.**

**262.** O Sr (a) indicou na pergunta 260 e 261 a nota 0?

1. Sim
2. Não (ir para 263)

**262.**

**262.a** Se sim:

Por causa de:

1. queixas na coluna
2. Outros problemas de saúde
3. Problemas no serviço (falta de material, máquina estragada, etc.)
4. Outros - a saber: \_\_\_\_\_

262.

**263.** Se o (a) Sr (a) não tem um trabalho remunerado :

Qual é para o senhor o motivo mais importante de não ter um trabalho remunerado? ( indicar somente uma opção)

1. Eu cuido da família
2. Eu estou procurando serviço/trabalho
3. Eu faço serviço de voluntariado
4. Eu estudo
5. Eu sou aposentado/ eu me aposentei mais cedo
6. Eu sou (parcialmente) incapaz/inapto de trabalhar/desabilitado de trabalhar

Opção diferente, a saber: \_\_\_\_\_

263.

### **SATISFAÇÃO COM O TRABALHO**

**264.** Com relação ao seu trabalho o Sr. (a) está:



0	1	2	3	4	5	6
Extremamente Insatisfeito						Extremamente Satisfeito

99. Não Trabalha

264.

### **JOB CONTENT QUESTIONNAIRE (JCQ)**

**265. a-** Descrição das habilidades (mais de uma alternativa pode ser marcada)

1. Aprender coisas novas
2. Trabalho repetitivo
3. Requer criatividade
4. Alto nível de habilidades
5. Variabilidade

6. Desenvolvimento de habilidades próprias **265.a**

**265.b-** Autoridade nas decisões

1. Permissão para tomar as próprias decisões
2. Pequena liberdade de decisão
3. Sem liberdade

**265.b**

**265.c-** Utilização das habilidades: o emprego requer capacitação (cursos e treinamentos formais)?

1. Sim
2. Não

**265.c**

**266.** Demandas psicológicas do emprego

1. Trabalho rápido
2. Trabalho pesado
3. Trabalho não excessivo
4. Tempo suficiente
5. Demandas conflituosas
6. Concentração excessiva
7. Interrupção de tarefas
8. Trabalho agitado
9. Espera dos outros

**266.**

**267.a** Suporte social do supervisor

1. Supervisor preocupado
2. Supervisor atencioso
3. Supervisor hostil
4. Supervisor prestativo
5. Supervisor organizado

**267.a**

**267.b-** Suporte social dos colegas de trabalho

1. Colegas competentes
2. Colegas atenciosos
3. Colegas hostis

4. Colegas amigáveis
5. Colegas que trabalham em equipe
6. Colegas prestativos

267.b

**268. Demandas físicas do trabalho**

1. Muito esforço físico
2. Carregamento de carga pesada
3. Atividade rápida
4. Posições desconfortáveis para o corpo
5. Posições desconfortáveis para os braços

268.

**269. Inseguranças com o trabalho**

1. Trabalho estável
2. Trabalho seguro
3. Demissão recente
4. Demissão futura
5. Possibilidades de carreira
6. Habilidades valiosas

269.

**Physical Workload Questionnaire - Dutch Musculoskeletal Questionnaire:****Questionário Nórdico de sintomas osteomusculares**

O seu trabalho envolve...	Sim	Não	
<b>270.</b> Ficar longos períodos em pé?	(1)	(2)	<b>270.</b> <input type="text"/>
<b>271.</b> Ficar longos períodos sentado?	(1)	(2)	<b>271.</b> <input type="text"/>
<b>272.</b> Trabalhar longos períodos forçando a visão	(1)	(2)	<b>272.</b> <input type="text"/>
<b>273.</b> Caminhar longos períodos?	(1)	(2)	<b>273.</b> <input type="text"/>
<b>274.</b> Ficar ajoelhado por longos períodos?	(1)	(2)	<b>274.</b> <input type="text"/>
<b>275.</b> Fazer o mesmo movimento por longos períodos	(1)	(2)	<b>275.</b> <input type="text"/>
<b>276.</b> Ficar em uma postura desconfortável por longos períodos de tempo?	(1)	(2)	<b>276.</b> <input type="text"/>
<b>277.</b> Ficar com o pescoço em uma posição desconfortável por longos períodos?	(1)	(2)	<b>277.</b> <input type="text"/>
<b>278.</b> Dobrar para frente ou rodar o pescoço por muitas vezes?	(1)	(2)	<b>278.</b> <input type="text"/>

<b>279.</b> Ficando com punhos dobrados por longos períodos de tempo?	(1)	(2)	<b>279.</b> <input type="text"/>
<b>280.</b> Trabalhando com as mãos acima da altura dos ombros?	(1)	(2)	<b>280.</b> <input type="text"/>
<b>281.</b> Trabalhando com as mãos abaixo da altura dos joelhos?	(1)	(2)	<b>281.</b> <input type="text"/>
<b>282.</b> Carregando pesos com mais de 5 kg?	(1)	(2)	<b>282.</b> <input type="text"/>
<b>283.</b> Carregando pesos com mais de 25 kg?	(1)	(2)	<b>283.</b> <input type="text"/>
<b>284.</b> Fazendo força com as mãos e ombros?	(1)	(2)	<b>284.</b> <input type="text"/>
<b>285.</b> Exercendo força máxima?	(1)	(2)	<b>285.</b> <input type="text"/>
<b>286.</b> Trabalho físico pesado?	(1)	(2)	<b>286.</b> <input type="text"/>
<b>287.</b> Trabalhando na mesma posição por longos períodos?	(1)	(2)	<b>287.</b> <input type="text"/>
<b>288.</b> Trabalhando em posições desconfortáveis?	(1)	(2)	<b>288.</b> <input type="text"/>
<b>289.</b> Trabalhando com ferramentas que vibram?	(1)	(2)	<b>289.</b> <input type="text"/>
<b>290.</b> Operando pedais com seus pés?	(1)	(2)	<b>290.</b> <input type="text"/>
<b>291.</b> Subindo escadas?	(1)	(2)	<b>291.</b> <input type="text"/>
<b>292.</b> Agachando várias vezes?	(1)	(2)	<b>292.</b> <input type="text"/>
<b>293.</b> Caminhando em superfícies irregulares?	(1)	(2)	<b>293.</b> <input type="text"/>
<b>294.</b> Sentando ou movimentando sobre os joelhos?	(1)	(2)	<b>294.</b> <input type="text"/>
<b>295.</b> Fazendo tarefas repetitivas com os braços, mãos e dedos várias vezes por minuto?	(1)	(2)	<b>295.</b> <input type="text"/>

### **KINESIOPHOBIA: FEAR AVOIDANCE BELIEFS QUESTIONNAIRE FABQ**

Para cada afirmação, **favor marcar um número de 0 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) (APRESENTAR FILIPETA).**

As atividades físicas a que se refere o questionário são: **curvar o tronco, levantar, caminhar ou dirigir.** Gostaríamos de saber o quanto estas atividades afetam ou afetariam sua dor na coluna.

<b>296.</b> Minha dor foi causada por atividade física	<b>296.</b> <input type="text"/>
<b>297.</b> A atividade física faz minha dor piorar	<b>297.</b> <input type="text"/>
<b>298.</b> A atividade física pode afetar minha coluna	<b>298.</b> <input type="text"/>
<b>299.</b> Eu não deveria realizar atividades físicas que poderiam fazer a minha dor piorar	<b>299.</b> <input type="text"/>

300. Eu não sou capaz de realizar atividades físicas que poderiam fazer minha dor piorar	300. <input type="text"/>
--	---------------------------

Para cada afirmação, **favor marcar um número de 0 a 6**, para informar quanto o seu **trabalho normal** afeta ou afetaria sua dor na coluna

301. Minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	301. <input type="text"/>
302. Meu trabalho agravou minha dor	302. <input type="text"/>
303. Eu tenho uma reivindicação de pensão em virtude da minha dor	303. <input type="text"/>
304. Meu trabalho é muito pesado para mim	304. <input type="text"/>
305. Meu trabalho faz ou poderia fazer minha dor piorar	305. <input type="text"/>
306. Meu trabalho pode prejudicar minhas costas	306. <input type="text"/>
307. Eu não deveria realizar meu trabalho normal com minha dor atual	307. <input type="text"/>
308. Eu não sou capaz de realizar meu trabalho normal com minha dor atual	308. <input type="text"/>
309. Eu não sou capaz de realizar meu trabalho normal até que minha dor seja tratada	309. <input type="text"/>
310. Eu não acho que estarei de volta ao trabalho normal dentro de três meses	310. <input type="text"/>
311. Eu não acho que algum dia estarei apto para retornar ao meu trabalho	311. <input type="text"/>

## VI- NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA

### LLFDI Late life –DI Disability components

#### **INSTRUÇÕES PARA AS QUESTÕES SOBRE INCAPACIDADE:**

Neste conjunto de questões, eu lhe perguntarei sobre coisas do dia-a-dia que o Sr. (a) faz nesse momento da sua vida. Há duas partes para cada questão.

Primeiro, eu lhe perguntarei *Com que frequência* o Sr. (a) faz uma determinada atividade. Em seguida, eu lhe perguntarei *Até que ponto* o Sr. (a) *se sente limitado(a)* em fazer esta atividade.

#### **Explique cada questão e as opções de respostas subsequentes:**

Para a primeira questão (*Com que frequência* o Sr. (a) *faz a atividade?*), por favor, escolha uma entre as seguintes respostas:

**Com muita frequência**  
**Com frequência**  
**Às vezes**  
**Quase nunca**  
**Nunca**

[Mostre o Auxílio Visual para o entrevistado]

Para a segunda questão (*Até que ponto o Sr. (a) se sente limitado(a) em fazer a atividade?*), por favor, escolha uma entre as seguintes respostas:

**Nada Um pouco Mais ou menos Muito Completamente**

[Mostre o Auxílio Visual para o entrevistado]

Por exemplo, o Sr. (a) pode se sentir limitado(a) por causa de sua saúde, ou porque a atividade exige muita energia mental ou física. Por favor, lembre-se de que o Sr. (a) pode também se sentir limitado(a) por fatores externos a o Sr. (a). Seu ambiente pode restringi-lo(a) de fazer as atividades; por exemplo, questões ligadas a transporte, acessibilidade e circunstâncias sociais e econômicas podem limitá-lo(a) de fazer coisas que o Sr. (a) gostaria de fazer. Pense em todos esses fatores quando responder a esta parte.

Para cada questão, por favor, selecione a resposta que mais se aproxime da forma como o Sr. (a) vem se sentindo. Vamos começar..

### Questões sobre Incapacidade

	A. Com que frequência o Sr. (a)...?					B. Até que ponto o Sr. (a) se sente limitado(a) em...?				
	Com muita frequência	Com frequência	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
<b>312. Mantém (manter) contato com outros através de cartas, telefone ou e-mail.</b>	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>313. Visita (visitar) amigos e familiares em suas casas.</b>	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>314. Provê (prover) cuidado ou assistência a outros.</b> Isso pode incluir prover cuidados pessoais e transporte e sair de casa para realizar tarefas para membros da família ou amigos.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>315. Cuida (cuidar) do interior da sua casa.</b> Isso inclui administrar e se responsabilizar pela arrumação da casa, lavar as roupas, limpeza da casa e	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

pequenos reparos domésticos.										
<b>316. Trabalha (trabalhar) em atividade voluntária fora de casa.</b>	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>317. Faz (fazer) parte de uma atividade de recreação ativa.</b> Isso pode incluir boliche, golfe, tênis, caminhada, corrida ou natação.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>318. Cuida (cuidar) dos negócios e finanças da casa.</b> Isso pode incluir administrar e se responsabilizar pelo seu dinheiro, pagar as contas, lidar com proprietário ou inquilinos, lidar com empresas de serviços e/ou agências governamentais.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>319. Cuida (cuidar) da própria saúde.</b> Isso pode incluir administrar medicação diária, seguir uma dieta especial, marcar consultas médicas.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

### Questões sobre Incapacidade, continuação

	A. Com que frequência o Sr. (a)...?					B. Até que ponto o Sr. (a) se sente limitado(a) em...?				
	Com muita frequência	Com frequência	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
<b>320. Viaja (viajar) para fora da cidade e passar ao menos uma noite fora.</b>	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>321. Faz (fazer) parte de um programa regular de atividades físicas.</b> Isso pode incluir caminhada, bicicleta ergométrica, levantamento de pesos, ou aulas de exercícios.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>322. Convida (convidar) pessoas para sua casa para uma refeição ou para atividades de entretenimento.</b>	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>323. Sai (sair) com outras pessoas para locais públicos como restaurantes ou cinemas.</b>	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

<b>324. Cuida (cuidar) de suas próprias necessidades de cuidados pessoais.</b> Isso inclui tomar banho, vestir-se e fazer atividades de toalete.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>325. Faz (fazer) parte de atividades sociais organizadas.</b> Isso pode incluir clubes, jogos de cartas, eventos de grupos de terceira idade, grupos religiosos ou comunitários.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>326. Cumpre (cumprir) afazeres nas localidades.</b> Isso pode incluir se responsabilizar e lidar com a compra de comida e itens pessoais e ir ao banco, biblioteca ou lavanderia.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
<b>327. Prepara (preparar) refeições para o Sr. (a) mesmo (a).</b> Isso inclui planejar, cozinhar, servir e limpar.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

## VII. TESTES FUNCIONAIS

### **Teste de Velocidade da marcha – 10 metros**

Para avaliação das velocidades de marcha, habitual e máxima, será utilizada a relação distância/tempo (m/s), medida em um espaço de 10 metros. Os participantes serão instruídos a andar em velocidade auto-selecionada e, para a velocidade máxima, será solicitado que andem o mais rápido possível, de forma segura, sem correr. A velocidade da marcha será registrada apenas nos seis metros centrais da pista, identificados lateralmente por marcas de fita, para evitar viés de aceleração e desaceleração. Os participantes serão instruídos a permanecer em pé com os dois pés atrás da linha de início e iniciar a marcha após um comando verbal específico. A contagem do tempo iniciará quando o pé do idoso (ou parte dele) ultrapassar a marca de 2 metros, referente à fase de aceleração, e será interrompido ao ultrapassar a marca 8 metros, referente à fase de desaceleração. Durante o teste, o examinador andarão ao lado e atrás de cada participante para garantir segurança. Estes testes serão desempenhados duas vezes cada, e a média dos dois ensaios será usada para as análises

### **328. Velocidade normal:**

**328.a** 1ª medida : \_\_\_\_\_

**328.b** 2ª medida: \_\_\_\_\_

**329. Velocidade máxima:**

329.a 1ª medida : \_\_\_\_\_

329.b 2ª medida: \_\_\_\_\_

330. Velocidade de marcha (4.6 m): \_\_\_\_\_

**Timed up and go test**

Pedir o indivíduo para levantar, sem ajuda com os braços cruzados no peito, de uma cadeira padrão de 45cm de altura (tendo como referência a altura do chão), caminhar por três metros, marcados no chão, girar e voltar, para assentar na mesma cadeira sem apoiar com as mãos. Marcar o tempo gasto com um cronômetro. O cronômetro é disparado no momento em que o tronco é deslocado do encosto da cadeira e é desligado quando o tronco novamente está no encosto da cadeira. O tempo de deslocamento é anotado para análise Realizar 3 medidas, sendo a primeira como treinamento.

331. TUG: 331.a \_\_\_\_\_ 331.b \_\_\_\_\_ 331.c \_\_\_\_\_

**Teste de assentar e levantar da cadeira**

Para avaliação do desempenho funcional de sentar-se e levantar-se será utilizada uma cadeira padrão de 45 cm de altura e com a altura do braço de apoio de 65 cm (tendo como referência a altura do chão). Solicitar ao individuo que levante 5 vezes da cadeira. O tempo gasto é registrado com um cronometro.

332.1ª medida: \_\_\_\_\_

**Força de preensão manual**

333a. Membro dominante: <input type="checkbox"/> 1.D <input type="checkbox"/> 2.E	
333.b 1ª medida	
333.c 2ª medida	
333.d 3ª medida	

**Antropometria**

334. Peso: \_\_\_\_\_

335. Altura: \_\_\_\_\_

336. Circunferencia de cintura: \_\_\_\_\_

337. Circunferência de quadril: \_\_\_\_\_

338. Circunferência de panturrilha \_\_\_\_\_

### **Atividade Física: Active Australia**

**Preencher as questões abaixo e, de acordo com a tabela (anexa), fazer o cálculo do gasto calórico, considerando que 1 MET= 1 kcal/kg/min**

339. a. Na última semana, quantas vezes o Sr. (a) andou de forma contínua, por pelo menos 10 minutos, como exercício, recreação, ou para sair ou chegar em algum lugar?

\_\_\_\_\_ 339.a

339.b. Quanto tempo o Sr. (a) acredita que gastou caminhando desta forma, na última semana?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos 339.b

339.c Gasto energético em METs:

339.c

340. a. Na última semana, quantas vezes o Sr. (a) fez qualquer atividade física vigorosa, que te fez respirar mais forte ou ficar ofegante? (por exemplo, corrida, ciclismo, aeróbica, subir escadas/ ladeiras,)?

\_\_\_\_\_ 340.a

340.b. Quanto tempo o Sr. (a) acredita que gastou fazendo essa atividade física vigorosa na semana passada?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos 340.b

340.c Gasto energético em METs:

340.c

341. a. Na última semana, quantas vezes o Sr. (a) fez qualquer outra atividade física mais moderada que o Sr. (a) não tenha mencionado? (por exemplo, hidroginástica, dança de salão, natação suave, limpeza doméstica pesada)

\_\_\_\_\_ 341.a

341.b. Quanto tempo o Sr. (a) acredita que gastou fazendo essas atividades na semana passada?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos 341.b

**341.c Gasto energético em METs:**

**341.c**

**342. Gasto energético total em METs: \_\_\_\_\_**

**343. Gasto energético total em Kcal \_\_\_\_\_**

**Não esquecer de preencher o horário de término da entrevista**

### 6.3 Anexo 3

#### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

1	2	3	4	5
5,0	4,4	3,4	2,0	1,0

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

1	2	3	4	5
5,0	4,4	3,4	2,0	1,0

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando? **SOMAR OS VALORES**

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?  
**SOMAR OS VALORES**

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)? **SOMAR OS VALORES**

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

1	2	3	4	5
5	4	3	2	1

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

1	2	3	4	5	6
6,0	5,4	4,2	3,1	2,0	1,0

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

#### A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7

Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)

Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 5, o valor da questão é (1)

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

**VITALIDADE = questões a + e + g + i    SAÚDE MENTAL = questões b+c+d+f+h**

	1	2	3	4	5	6
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	6	5	4	3	2	1
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	6	5	4	3	2	1
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	6	5	4	3	2	1
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	6	5	4	3	2	1
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você? **SOMAR**

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa	5	4	3	2	1

que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
d) Minha saúde é excelente	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

### CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

#### Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

### Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

$$\text{Domínio: } \frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

## 6.4 Anexo 4

### Instruções aos Autores – Normas para publicação na Revista Brasileira de Fisioterapia

#### Escopo e política:

O *Brazilian Journal of Physical Therapy* (BJPT) publica artigos originais de pesquisa cujo objeto básico de estudo refere-se ao campo de atuação profissional da Fisioterapia e Reabilitação, veiculando estudos clínicos, básicos ou aplicados sobre avaliação, prevenção e tratamento das disfunções de movimento.

O conselho editorial do BJPT se compromete a publicar investigação científica de excelência, de diferentes áreas do conhecimento.

O BJPT publica os seguintes tipos de estudo, cujo conteúdo deve manter vinculação direta com o escopo e com as áreas descritas pela revista:

a) **Estudos experimentais:** estudos que investigam efeito (s) de uma ou mais intervenções em desfechos diretamente vinculados ao escopo e áreas do BJPT. Estudos experimentais incluem estudos do tipo experimental de caso único, quasi-experimental e ensaio clínico.

A Organização Mundial de Saúde define ensaio clínico como "qualquer estudo que aloca prospectivamente participante ou grupos de seres humanos em uma ou mais intervenções relacionadas à saúde para avaliar efeito(s) em desfecho(s) em saúde". Sendo assim, qualquer estudo que tem como objetivo analisar o efeito de uma determinada intervenção é considerado como ensaio clínico. Ensaio clínico inclui estudos de caso único, séries de casos (único

grupo, sem um grupo controle de comparação), ensaios controlados não aleatorizados e ensaios controlados aleatorizados. Estudos do tipo ensaio controlado aleatorizado devem seguir as recomendações do CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*), que estão disponíveis em: <http://www.consort-statement.org/consort-statement/overview0/>.

Neste site, o autor deve acessar o CONSORT 2010 *checklist*, o qual deve ser preenchido e encaminhado juntamente com o manuscrito. Todo manuscrito ainda deverá conter o CONSORT *Statement 2010 Flow Diagram*. A partir de 2014, todo processo de submissão de estudos experimentais deverá atender a essa recomendação.

b) **Estudos observacionais:** estudos que investigam relação (ões) entre variáveis de interesse relacionadas ao escopo e áreas do BJPT, sem manipulação direta (ex: intervenção). Estudos observacionais incluem estudos transversais, de coorte e caso-controle.

c) **Estudos qualitativos:** estudos cujo foco refere-se à compreensão das necessidades, motivações e comportamentos humanos. O objeto de um estudo qualitativo é pautado pela análise aprofundada de uma unidade ou temática, que incluem opiniões, atitudes, motivações e padrões de comportamento sem quantificação. Estudos qualitativos incluem pesquisa documental e estudo etnográfico.

d) **Estudos de revisão de literatura:** estudos que realizam análise e/ou síntese da literatura de tema relacionado ao escopo e áreas do BJPT. Estudos de revisão narrativa crítica ou passiva só serão considerados quando solicitados a convite dos editores. Manuscritos de revisão sistemática que incluem metanálise terão prioridades em relação aos demais estudos de revisão sistemática. Aqueles que apresentam quantidade insuficiente de artigos selecionados e/ou artigos de baixa qualidade e que não apresentam conclusão assertiva e válida sobre o tema não serão considerados para a análise de revisão por pares.

e) **Estudos metodológicos:** estudos centrados no desenvolvimento e/ou avaliação das propriedades psicométricas e características clinimétricas de

instrumentos de avaliação. Incluem também estudos que objetivam a tradução e/ou adaptação transcultural de questionários estrangeiros para o português do Brasil. No caso de estudos de tradução/adaptação de testes, é obrigatório anexar ao processo de submissão a autorização dos autores para a tradução e/ou adaptação do instrumento original.

No endereço <http://www.equator-network.org/resource-centre/library-of-health-research-reporting>, pode ser encontrada a lista completa dos *guidelines* disponíveis para cada tipo de estudo, por exemplo, o STROBE (**ST**rengthening the Reporting of **OB**servational studies in **E**pidemiology) para estudos observacionais, o COREQ (Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research) para estudos qualitativos, o PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para revisões sistemáticas e metanálises e o GRRAS (Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies) para estudos de confiabilidade. Sugerimos que os autores verifiquem esses *guidelines* e atendam ao *checklist* correspondente antes de submeterem seus manuscritos.

Estudos que relatam resultados eletromiográficos devem seguir o *Standards for Reporting EMG Data*, recomendados pela ISEK - International Society of Electrophysiology and Kinesiology ([http://www.isek-online.org/standards\\_emg.html](http://www.isek-online.org/standards_emg.html)).

### **Aspectos legais e éticos**

A submissão do manuscrito ao BJPT 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 consideração para publicação em outro periódico. 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.

Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil),

que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para autores fora do Brasil, devem estar de acordo com *Committee on Publication Ethics (COPE)*.

Para os experimentos em animais, considerar as diretrizes internacionais (por exemplo, a do *Committee for Research and Ethical Issues of the International Association for the Study of Pain*, publicada em PAIN, 16:109-110, 1983).

Para as pesquisas em humanos e em animais, deve-se incluir, no manuscrito, o número do parecer de aprovação pela Comissão de Ética em Pesquisa. O estudo deve ser devidamente registrado no Conselho Nacional de Saúde do Hospital ou Universidade ou no mais próximo de sua região.

Reserva-se ao BJPT 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**, serão aceitos qualquer registro que satisfaça o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, ex. <http://clinicaltrials.gov/> e/ou <http://anzctr.org.au/>. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço:<http://www.who.int/ictip/network/primary/en/index.html>.

A partir de 01/01/2014 o BJPT adotará efetivamente a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro prospectivo, 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 o BJPT aceitará o seu registro ainda que de forma retrospectiva.

### **Critérios de autoria**

O BJPT recebe, para submissão, manuscritos com até seis (6) autores. A política de autoria do BJPT pauta-se nas diretrizes para a autoria do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas exigidos para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)), as quais afirmam que "a autoria deve ser baseada em 1) contribuições substanciais para a concepção e

desenho, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados; 2) redação do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual e 3) aprovação final da versão a ser publicada." As condições 1, 2 e 3 deverão ser todas contempladas. Aquisição de financiamento, coleta de dados e/ou análise de dados ou supervisão geral do grupo de pesquisa, por si só, não justificam autoria e deverão ser reconhecidas nos agradecimentos.

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores. Todo material publicado torna-se propriedade do BJPT, que passa a reservar os direitos autorais. Portanto, nenhum material publicado no BJPT poderá ser reproduzido sem a permissão, por escrito, dos editores. Todos os autores de artigos submetidos deverão assinar um termo de transferência de direitos autorais, que entrará em vigor a partir da data de aceite do trabalho.

Os editores poderão analisar, em caso de excepcionalidade, solicitação para submissão de manuscrito que exceda 6 (seis) autores. Os critérios para a análise incluem o tipo de estudo, potencial para citação, qualidade e complexidade metodológica, entre outros. Nestes casos excepcionais, a contribuição de cada autor, deve ser explicitada ao final do texto, após os agradecimentos e logo antes das referências, conforme orientações do "International Committee of Medical Journal Editors" e das "Diretrizes" para Integridade na atividade científica, amplamente divulgadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (<http://www.cnpq.br/web/guest/diretrizes>).

#### Formas de Apresentação do Manuscrito

O BJPT considera a submissão de manuscritos com até 3.500 palavras (excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas). Informações contidas em anexo(s) serão computadas no número de palavras permitidas.

O manuscrito deve ser escrito preferencialmente em inglês. Quando a qualidade da redação em inglês comprometer a análise e avaliação do conteúdo do manuscrito, os autores serão informados.

Recomenda-se que os manuscritos submetidos em inglês venham acompanhados de certificação de revisão por serviço profissional de *editing and proofreading*. Tal certificação deverá ser anexada à submissão. Sugerimos os seguintes serviços abaixo, não excluindo outros:

- *American Journal Experts* (<http://www.journalexperts.com>);
- *Scribendi* ([www.scribendi.com](http://www.scribendi.com));
- *Nature Publishing Groups Language Editing* (<https://languageediting.nature.com/login>).

Antes do corpo do texto do manuscrito deve-se incluir uma página de título e identificação, palavras-chave e o *abstract*/resumo. No final do manuscrito inserir as referências, tabelas, figuras e anexos.

### **Título e identificação**

O título do manuscrito não deve ultrapassar 25 palavras e deve apresentar o máximo de informações sobre o trabalho. Preferencialmente, os termos utilizados no título não devem constar na lista de palavras-chave.

A página de identificação do manuscrito deve conter os seguintes dados:

Título completo e título resumido com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas;

Autores: nome e sobrenome de cada autor em letras maiúsculas, sem titulação, seguidos por número sobrescrito (expoente), identificando a afiliação institucional/vínculo (unidade/instituição/cidade/estado/país). Para mais de um autor, separar por vírgula;

Autor de correspondência: indicar o nome, endereço completo, e-mail e telefone do autor de correspondência, o qual está autorizado a aprovar as revisões editoriais e complementar demais informações necessárias ao processo;

Palavras-chaves: termos de indexação ou palavras-chave (máximo seis) em português e em inglês.

## **Abstract/Resumo**

Uma exposição concisa, que não exceda 250 palavras em um único parágrafo, em português (Resumo) e em inglês (*Abstract*), deve ser escrita e colocada logo após a página de título. Referências, notas de rodapé e abreviações não definidas não devem ser usadas no Resumo/*Abstract*. O Resumo e o *Abstract* devem ser apresentados em formato estruturado.

## **Introdução**

Deve-se informar sobre o objeto investigado devidamente problematizado, explicitar as relações com outros estudos da área e apresentar justificativa que sustente a necessidade do desenvolvimento do estudo, além de especificar o(s) objetivo(s) do estudo e hipótese(s), caso se aplique.

## **Método**

Descrição clara e detalhada dos participantes do estudo, dos procedimentos de coleta, transformação/redução e análise dos dados de forma a possibilitar reprodutibilidade do estudo. O processo de seleção e alocação dos participantes do estudo deverá estar organizado em fluxograma, contendo o número de participantes em cada etapa, bem como as características principais (ver modelo fluxograma CONSORT).

Quando pertinente ao tipo de estudo deve-se apresentar cálculo que justifique adequadamente o tamanho do grupo amostral utilizado no estudo para investigação do(s) efeito(s). Todas as informações necessárias para estimativa e justificativa do tamanho amostral utilizado no estudo devem constar no texto de forma clara.

## **Resultados**

Devem ser apresentados de forma breve e concisa. Resultados pertinentes devem ser reportados utilizando texto e/ou tabelas e/ou figuras. Não se devem duplicar os dados constantes em tabelas e figuras no texto do manuscrito.

## **Discussão**

O objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis na literatura, principalmente àqueles que foram indicados na Introdução. Novas descobertas devem ser enfatizadas com a devida cautela. Os dados apresentados nos métodos e/ou nos resultados não devem ser repetidos. Limitações do estudo, implicações e aplicação clínica para as áreas de Fisioterapia e Reabilitação deverão ser explicitadas.

### **Referências**

O número recomendado é de 30 referências, exceto para estudos de revisão da literatura. Deve-se evitar que sejam utilizadas referências que não sejam acessíveis internacionalmente, como teses e monografias, resultados e trabalhos não publicados e comunicação pessoal. As referências devem ser organizadas em sequência 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.

Os títulos de periódicos devem ser escritos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus. As citações das referências devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das informações das referências constantes no manuscrito e sua correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos: [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

### **Tabelas, Figuras e Anexos.**

As tabelas e figuras são limitadas a cinco (5) no total. Os anexos serão computados no número de palavras permitidas no manuscrito. Em caso de tabelas, figuras e anexos já publicados, os autores deverão apresentar documento de permissão assinado pelo autor ou editores no momento da submissão.

Para artigos submetidos em língua portuguesa, a(s) versão (ões) em inglês da(s) tabela(s), figura(s) e anexo(s) e suas respectivas legendas deverão ser anexados no sistema como documento suplementar.

-Tabelas: devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas (máximo permitido: uma página, tamanho A4, em espaçamento duplo), devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e apresentadas no final do texto. Não se recomendam tabelas pequenas que possam ser descritas no texto. Alguns resultados simples são mais bem apresentados em uma frase e não em uma tabela.

-Figuras: devem ser citadas e numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Informações constantes nas figuras não devem repetir dados descritos em tabela(s) ou no texto do manuscrito. O título e a(s) legenda(s) devem tornar as tabelas e figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as legendas devem ser digitadas em espaço duplo, e todos os símbolos e abreviações devem ser explicados. Letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) devem ser usadas para identificar as partes individuais de figuras múltiplas.

Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas; entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que não dificulte a análise dos dados. As figuras coloridas serão publicadas apenas na versão online. Em relação à arte final, todas as figuras devem estar em **alta resolução ou em sua versão original**. Figuras de baixa qualidade não serão aceitas e podem resultar em atrasos no processo de revisão e publicação.

-Agradecimentos: devem incluir declarações de contribuições importantes, especificando sua natureza. Os autores são responsáveis pela obtenção da autorização das pessoas/instituições nomeadas nos agradecimentos.

#### Submissão eletrônica

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada por via eletrônica no site <http://www.scielo.br/rbfis>. Os artigos submetidos e aceitos em português serão traduzidos para o inglês por tradutores do BJPT, e os artigos submetidos e aceitos em inglês, caso necessário, serão encaminhados aos revisores de inglês do BJPT para revisão final.

É de responsabilidade dos autores a eliminação de todas as informações (exceto na página do título e identificação) que possam identificar a origem ou autoria do artigo.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem inserir no sistema os dados dos autores e ainda inserir como documento(s) suplementar (es):

1. Carta de encaminhamento do material;
2. Declaração de responsabilidade de conflitos de interesse;
3. Declaração de transferência de direitos autorais assinada por todos os autores;
4. Demais documentos, se apropriados (ex. permissão para publicar figuras, parte de material já publicado, *checklist* etc).

### **Modalidade de Submissão *Special Track***

Excepcionalmente o BJPT poderá receber e avaliar manuscritos na modalidade *special track*, sujeito à avaliação adicional do caráter de inovação. Nessa modalidade, os manuscritos deverão ter sido submetidos, mas recusados por outros periódicos indexados no Journal Citation Reports (JCR). Essa modalidade irá considerar as revisões realizadas por outra revista, o que poderá reduzir o tempo para publicação, caso o manuscrito tenha mérito. Os manuscritos submetidos em *special track* serão avaliados com o mesmo rigor de uma nova submissão, inclusive quanto ao aspecto de inovação do conteúdo. Para ser submetido em *special track*, o manuscrito deve estar em conformidade com o Escopo e Política Editorial do BJPT, estar de acordo com as instruções (Forma e preparação do manuscrito) e atender aos seguintes requisitos:

- O periódico internacional para o qual o manuscrito foi submetido anteriormente deve ter fator de impacto JCR superior a 1.5;
- O manuscrito deve ter passado por processo completo de revisão por pares no outro periódico. Não serão aceitos manuscritos recusados em revisão inicial dos editores;
- A submissão *special track* deve incluir: a) manuscrito com alterações em destaque (*highlight*); b) respostas ponto a ponto sobre os

comentários dos avaliadores; c) carta informando o nome e índice de impacto do periódico a que foi enviado anteriormente, apresentando argumentos para justificar a possível publicação no BJPT e explicitando, quando for o caso, os aspectos não atendidos referentes aos pareceres e/ou decisão editorial do periódico internacional; d) a resposta oficial do outro periódico (cartas dos avaliadores e do editor com a revisão detalhada) deve ser enviada por e-mail, SEM EDIÇÃO, por parte dos autores ou seja, o e-mail de resposta deve ser *Forwarded*(encaminhado) para o BJPT ([rbfisio-aw@ufscar.br](mailto:rbfisio-aw@ufscar.br)) na íntegra; e) demais informações solicitadas pelo BJPT.

### Processo de Revisão

Os manuscritos submetidos que atenderem às normas estabelecidas e que se apresentarem em conformidade com a política editorial do BJPT serão encaminhados para os editores de área, que farão a avaliação inicial do manuscrito e enviarão ao editor chefe a recomendação ou não de encaminhamento para revisão por pares. Os critérios utilizados para análise inicial do editor de área incluem: originalidade, pertinência, relevância clínica e métodos. Os manuscritos que não apresentarem mérito ou não se enquadrarem na política editorial serão rejeitados na fase de pré-análise, mesmo quando o texto e a qualidade metodológica estiverem adequados. Dessa forma, o manuscrito poderá ser rejeitado com base apenas na recomendação do editor de área, sem necessidade de novas avaliações, não cabendo, nesses casos, recurso ou reconsideração. Os manuscritos selecionados na pré-análise serão submetidos à avaliação de especialistas, que trabalharão de forma independente. Os avaliadores permanecerão anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores. Os editores coordenarão as informações entre os autores e avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores e editores de área. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos serão acompanhados de justificativa do editor. Após publicação do artigo ou processo de revisão encerrado, os arquivos e documentação referentes ao processo de revisão serão eliminados.

### Áreas do Conhecimento

1. Fisiologia, Cinesiologia e Biomecânica; 2. Cinesioterapia/recursos terapêuticos; 3. Desenvolvimento, aprendizagem, controle e comportamento motor; 4. Ensino, Ética, Deontologia e História da Fisioterapia; 5. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções cardiovasculares e respiratórias; 6. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções do envelhecimento; 7. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções musculoesqueléticas; 8. Avaliação, prevenção e tratamento das disfunções neurológicas; 9. Avaliação, prevenção e tratamento nas condições da saúde da mulher; 10. Ergonomia/Saúde no trabalho.

## 7 APÊNDICES

### 7.1 Apêndice 1

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participação no Estudo

**Pesquisadores:** Profa. Leani Souza Máximo Pereira (orientadora)  
Alunas de mestrado:  
Barbara Zille de Queiroz  
Nayza Maciel de Britto Rosa

**Instituição:** Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais

**Endereço:** Departamento de Fisioterapia - Av. Antônio Carlos, 6627 - EEEFTO - 3º andar - Campus Pampulha  
Fone: 3409-4783

Prezado(a) senhor(a):

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Essa pesquisa do Departamento de Fisioterapia da Escola de Ed. Física Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais faz parte de um estudo internacional entre os pesquisadores professores do *The George Institute for Global Health, University of Sydney* na Austrália, Universidade Federal de Minas

Gerais; Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação do Departamento de Fisioterapia, UFMG e o *Department of General Practice at the Erasmus University Medical Center* na Holanda.

O título do estudo é Queixas de dor lombar em idosos. O objetivo do estudo será estudar o perfil clínico, funcional, sócio demográfico e o curso clínico da dor lombar em idosos que procuram os serviços públicos de atenção primária à saúde na Austrália, Holanda e Brasil.

### **Procedimento:**

1-Serão coletadas informações, através de entrevista, sobre dados pessoais, medicamentos utilizados, presença de doenças, problemas associados, estado de saúde, qualidade de vida, dentre outras.

2- Em uma segunda etapa serão aplicados testes de desempenho funcional: avaliação da marcha, mobilidade e equilíbrio e teste de levantar e assentar da cadeira.

**Avaliação da marcha:** Para avaliar a velocidade de marcha o senhor (a) será solicitado(a) a caminhar por um percurso de 10 metros, inicialmente em sua velocidade habitual de caminhada e em seguida o mais rápido que puder, sem correr.

**Mobilidade:** Nesse teste será solicitado que o(a) senhor(a) levante de uma cadeira com 44 a 47 cm de altura do assento, sem braços, ande três metros, gire, retorne para a cadeira e sente-se novamente.

**Equilíbrio:** Seu equilíbrio será avaliado por uma série de testes que são aplicados de forma simples e rápida e que permitem medir a visão, as sensações periféricas, a força muscular dos membros inferiores, o tempo de reação dos membros superiores e a oscilação corporal.

### **Teste de assentar e levantar da cadeira**

Será solicitado que o(a) senhor(a) levante e assente de uma cadeira de será o teste cronometrado de levantar-se da cadeira 44 a 47 cm de altura do assento, sem braços por 5 vezes. Será medido o tempo gasto para completar essas tarefas.

3- Alguns idosos serão selecionados para medir a concentração de substâncias no sangue. Esses idosos serão submetidos a uma coleta de 5 ml de sangue periférico, que será retirado da veia mediana ulnar do braço direito por um profissional qualificado.

O exame de sangue será analisado para verificar a concentração de substâncias que são preditoras de degeneração do disco intervertebral para correlacionar com a intensidade de dor lombar.

### **Riscos e Desconfortos:**

Na coleta de sangue há o risco de ocorrer hematoma ou um leve dolorimento no local. Será utilizado material descartável para não haver possibilidade de contaminação.

O procedimento será realizado por um profissional qualificado e todas as normas de utilização de materiais pérfuro-cortantes serão seguidas para o descarte desses materiais.

Apesar dos testes funcionais serem simples e adequados para a avaliação de idosos, existe o risco de ocorrer leve cansaço físico, desequilíbrios e quedas durante o desempenho dos testes. Para minimizar esses riscos os mesmos serão aplicados por fisioterapeutas treinados e com experiência clínica em gerontologia, em local adequado e seguro.

Caso ocorra qualquer sinal clínico de sobrecarga, como falta de ar, sudorese, queixa de cansaço ou qualquer outra manifestação contrária a continuação da realização da avaliação, os testes serão interrompidos. Serão realizadas medidas da sua pressão arterial e frequência cardíaca.

Para assegurar seu anonimato, todas as suas respostas e dados serão confidenciais. Para isso, o(a) senhor(a) receberá um número de identificação ao entrar no estudo e o seu nome nunca será revelado em nenhuma situação. Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer evento ou revista científica, o(a) senhor(a) não será identificado, uma vez que os resultados finais serão divulgados caracterizando o grupo de participantes do estudo.

### **Benefícios:**

Embora a informação coletada neste estudo possa não trazer benefícios diretamente ao senhor(a), os resultados podem ajudar profissionais que estudam sobre envelhecimento, a ampliar seus conhecimentos sobre a dor lombar nos idosos, fornecendo informações relevantes para futuras pesquisas, tratamentos e planejamento em saúde para os idosos.

### **Recusa ou Abandono:**

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária, e o(a) senhor(a) é livre para recusar a participação ou abandonar o estudo a qualquer momento.

O(a) senhor(a) poderá fazer perguntas ou solicitar informações atualizadas sobre o estudo em qualquer momento do mesmo.

Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o termo de consentimento.

Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o termo de consentimento.

## **TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que li e entendi as informações referentes a minha participação no estudo “Queixas de dores lombares em Idosos” Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento.

Desta forma, eu,

---

Concordo em participar deste estudo.

---

Assinatura do sujeito ou responsável

---

Assinatura do pesquisador

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Barbara Zille de Queiroz- telefone: 88346468

Nayza Maciel de Britto Rosa- telefone:86644912

Profª. Drª Leani Souza Máximo Pereira – telefone: 31-9952-2878; 3409-4783, 34094781

Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627  
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha.  
Telefone: (31) 3409-4592