

**A incapacidade do paciente com dor lombar crônica relacionada com
ansiedade e depressão**

*The incapacity of the patient with chronic low back pain related to anxiety and
depression*

Ana Luíza Rodrigues Teixeira da Mata¹, Fernando Mendonça Carodoso²

¹Acadêmica do curso de Fisioterapia no Centro Universitário Luterano de Palmas.
Palmas - TO, Brasil. E-mail: analuizartm@rede.ulbra.br

²Fisioterapeuta. Professor Especialista do curso de Fisioterapia do Centro
Universitário Luterano de Palmas. E-mail: fcardoso@ceulp.edu.br

Endereço para correspondência: Ana Luíza Rodrigues Teixeira da Mata. Quadra 108
Norte, Alameda 16, Lote 11D, Residencial Vila Alda, Apartamento 24. CEP:
77006.118, Palmas – Tocantins. Telefone: (63) 99202-4764.

RESUMO

Introdução: os pacientes que possuem dor lombar crônica associada a quadros de ansiedade e/ou depressão apresentam maior incapacidade se comparado aos que não tem essas alterações emocionais. **Objetivo:** as incapacidades dos pacientes que possuem dor lombar crônica associada a quadros de ansiedade e/ou depressão aos que não possuem essas alterações emocionais. **Materiais e métodos:** estudo transversal, descritivo e quali-quantitativo, realizado com 22 portadores de dor lombar crônica. Os instrumentos utilizados foram a ficha de avaliação fisioterapêutica, a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) e o questionário de incapacidade RMDQ. A análise dos dados foi feita através do Excel. **Resultados:** dos 75% pacientes com dor lombar crônica que possuem incapacidades associados com ansiedade e/ou depressão de acordo com RMDQ e HAD, a predominância é do sexo feminino, com média da idade de 51,6 anos, vivem sozinhos, são pardos, possuem ensino médio completo, cristãos, de classe E e estado de saúde ruim. A média de meses em que vivem com a dor é de 75,6 meses e a média da intensidade da dor é de 8. **Conclusão:** foi observado que grande parte dos pacientes com dor lombar crônica que possuem incapacidade, possuem também ansiedade. A depressão foi observada em uma quantidade menor.

Descritores: Dor lombar crônica. Ansiedade. Depressão. Incapacidade.

ABSTRACT

Introduction: patients who have chronic low back pain associated with anxiety and / or depression have greater disability compared to those who do not have these emotional changes. **Objective:** the disabilities of patients who have chronic low back pain associated with anxiety and / or depression to those who do not have these emotional changes. **Materials and methods:** cross-sectional, descriptive and qualitative study, conducted with 22 patients with chronic low back pain. The instruments used were the physical therapy evaluation form, the hospital anxiety and depression scale (HAD) and the RMDQ disability questionnaire. Data analysis was performed using Excel. **Results:** of the 75% patients with chronic low back pain who have disabilities associated with anxiety and / or depression according to RMDQ and HAD, the predominance is female, with an average age of 51.6 years, live alone, are brown, have complete high school, Christian, class E and poor health. The average months in which they live with pain is 75.6 months and the average pain intensity is 8. **Conclusion:** it was observed that most of the patients with chronic low back pain who have disabilities, also have anxiety. Depression was seen in a smaller amount.

Descriptors: Chronic low back pain. Anxiety. Depression. Inability.

INTRODUÇÃO

Usualmente associada com lesão ou a um processo patofisiológico a dor causa uma experiência desconfortável e desagradável sendo, geralmente, descrita em tais termos. Por ser assim definida, ela constitui-se uma experiência multidimensional e, portanto, sua avaliação engloba a consideração de inúmeros domínios, incluindo o fisiológico, o sensorial, o afetivo, o cognitivo, o comportamental e o sociocultural. Em outras palavras, a dor afeta o corpo e a mente, e sua complexidade torna-a difícil de ser mensurada¹.

Atualmente a proposta da IASP² para definir a dor é que a mesma é uma experiência sensorial e emocional aversiva tipicamente causada por, ou semelhante à causada por lesão tecidual real ou potencial. Por ser uma experiência subjetiva e pessoal, a dor envolve aspectos sensitivos e culturais que podem ser alterados pelas variáveis socioculturais e psíquicas do indivíduo e do meio³. Segundo Bastos et al⁴ a sensação de dor é bem variada e particular, pois depende da reação de cada um em traduzir as lesões reais ou potenciais.

A dor lombar crônica é uma disfunção músculo-esquelética persistente por mais de 3 meses localizada na região entre as últimas costelas e a linha glútea. De acordo com o MeSH (Medical Subject Headings) citado por Almeida e Kraychete⁵ a dor crônica pode ser ou não associada a trauma ou doença e persistir mesmo após a lesão inicial ter cicatrizado.

Embora a etiologia da dor lombar seja muito variada, o estresse físico e suas consequências nos discos intervertebrais, nas articulações faciais e nos tecidos moles de suporte no trabalho ou no lazer são importantes e, na maioria das vezes são agravadas por fatores psicossociais adversos⁶.

Portrait, Lindeboom e Deeg⁷ relataram que a definição de incapacidade está relacionada a vários aspectos da saúde do indivíduo, o que lhe confere um caráter multidimensional. Segundo eles, existem pessoas que podem ter problemas físicos, outras podem apresentar déficit cognitivo, enquanto algumas podem manifestar disfunções emocionais. Assim, a caracterização da incapacidade requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos da saúde do indivíduo.

Para comparar e avaliar o tratamento e a evolução dos doentes com lombalgia, é necessário dispor de um instrumento que quantifique as limitações induzidas pela doença⁸. Roland e Morris desenvolveram em 1983 um questionário para avaliar a incapacidade funcional dos doentes com lombalgia nas suas atividades - o Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) que foi validado para o português do Brasil por Nusbaum et al., no ano de 2001⁹.

A visão biopsicossocial do fenómeno doloroso busca considerar aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais não de forma separada, mas como um todo integrado¹⁰. Segundo Garven et al¹¹, diversas condições complexas associadas à dor crônica afetam o funcionamento físico e psicossocial do indivíduo. Portanto, como as alterações emocionais parecem ser associadas a quadros de dor lombar crônica, é importante que o fisioterapeuta aprenda a desenvolver um olhar clínico, tanto para identificar precocemente esse envolvimento para saber lidar com a situação, como também saber quando e como encaminhar o paciente aos especialistas¹⁰.

Ao longo dos anos, diversas escalas para rastreamento de sinais e sintomas ansiosos foram desenvolvidas. Contudo, sintomas somáticos considerados foram sendo reconhecidos como possíveis vieses de confusão quando se aplicavam tais instrumentos a pacientes com comorbidades clínicas. Neste contexto, foi elaborada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), que tem sido utilizada por seu uso rápido e simples (em até dez minutos), por ter sido demonstrada sua validade e confiabilidade em vários estudos e por não conter avaliação de sintomas somáticos¹².

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal, descritivo e quali-quantitativo. A amostra foi composta por 22 indivíduos de ambos os sexos, portadores de dor lombar crônica, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2018 na Clínica Escola do CEULP/ULBRA, em Palmas - TO.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos e diagnóstico de dor lombar a mais de três meses. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com dor a

menos de três meses, os que continham red flags e questionários respondidos de maneira incompleta. Foram analisadas variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, raça, espiritualidade, escolaridade, religião, renda familiar; variáveis de avaliação da dor: intensidade e duração; incapacidade; ansiedade e depressão.

Os instrumentos utilizados foram a ficha de avaliação fisioterapêutica para a coleta dos dados sociodemográficos, o questionário RMDQ para avaliar a incapacidade em indivíduos portadores de dor lombar crônica que possui 24 itens relacionados às atividades de vida diária, sendo que seu escore é calculado pelo total de perguntas assinaladas, variando de zero a 24, sendo que zero corresponde à ausência de incapacidade e 24 à incapacidade severa. Este questionário tem como ponto de corte o escore “14”, ou seja, os indivíduos avaliados com um escore maior que 14 apresentam incapacidade. E foi utilizada também a escala HAD que avalia o nível de ansiedade e depressão do paciente (Anexo A). Ele apresenta 14 itens, sendo 7 para avaliar ansiedade – (Questões: 1, 3, 5, 7, 9, 11,13 - ímpares); e 7 para avaliar depressão – (Questões: 2,4, 6, 8, 10, 12, 14 - pares). Cada um dos seus itens pode ser pontuado de zero a três. Para classificação, é recomendada dividir em subescala, sendo pontuação máxima 21 pontos. O ponto de corte para ambas as subescalas é ≥ 9 . A pontuação de 0 a 8 é considerado sem ansiedade ou depressão, entre 8 e 10 é considerado com ansiedade ou depressão “leve”, entre 11 e 14 é considerado com depressão ou ansiedade “moderada” e entre 15 e 21 pontos é considerada com ansiedade ou depressão “grave”.

Os dados foram analisados e tabulados no Excel, determinando médias e porcentagens através da estatística descritiva. Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa aprovado pelo comitê de ética através do Parecer consubstanciado do CEP nº 2.292.792, de acordo com as normas estabelecidas pelo Comitê de Ética e pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 22 entrevistados, houve predominância do sexo feminino, correspondendo a 81,2% (Tabela 1), semelhante a outros estudos^{13,14,15,16}, em que as mulheres correspondem a mais da metade dos participantes, uma vez que as mulheres, cada vez mais, combinam a realização de tarefas domésticas com o trabalho fora de casa, onde estão expostas a cargas ergonômicas, principalmente

repetitividade, posição viciosa e trabalho em grande velocidade¹⁷. Além disso, alguns autores supõem que as mulheres têm maior predisposição às lombalgias devido a particularidades anátomo-funcionais, tais como: menor estatura, menor massa muscular; menor densidade óssea, fragilidade articular e menor adaptação ao esforço físico¹⁸.

Tabela 1 Caracterização da amostra (n=22).

Sexo	Feminino	(18) 81,82%
	Masculino	(4) 18,18%
Idade	Média(±DP)	48,8 (±14,02)
Estado Civil	Solteiro/Divorciado/Viúvo	(12) 54,54%
	Casado/União estável	(10) 45,45%
Raça	Branco	(5) 22,73%
	Pardo	(16) 72,73%
	Preto	(1) 4,54%
Escolaridade	Ensino Fundamental	(8) 36,36%
	Esino Médio	(12) 54,54%
	Ensino Superior	(2) 9,09%
Religião	Não tem	(1) 4,54%
	Cristão	(21) 95,45%
Renda	Não sabe	(1) 4,54%
	Classe C - 3 a 5 salários	(5)22,73%
	Classe D - 1 a 3 salários	(6) 27,27%
	Classe E - até 1 salário	(10) 45,45%
Estado de saúde	Bom	(12) 54,54%
	Regular	(6) 27,27%
	Ruim	(2) 9,09%
	Péssimo	(1) 4,54%
Tempo de dor	Média(±DP)	61,47 (±45,67)
Intensidade da dor	Média(±DP)	7,90 (±1,26)

A média de idade dos participantes é 48,8 anos (±14,9), com faixa etária de 24 a 75 anos. Em outras pesquisas foram encontradas médias entre 44,0 e 53,7 anos^{13,14}, reforçando a ideia de que adultos apresentam maior frequência de DLC como aumento da idade. As doenças crônicas e degenerativas, que comumente se relacionam com a idade, representam as mais prevalentes causas de lombalgia, tais

como artrose interfacetária, espidondiloartrose e degeneração discal. A relação entre idade e lombalgia possivelmente seja explicada pela presença dessas doenças¹⁹.

Em relação à situação conjugal, 54,54% dos indivíduos vivem sozinhos e 45,45% vivem com companheiro (a), diferenciando de outros estudos em que mais de 61,1% dos participantes são casados ou vivem com companheiro^{14,15,19}. Segundo Silva et al¹⁴, a situação conjugal é provável marcador de risco, podendo estar associado a maiores exposições ergonômicas no trabalho por pertencerem à faixa economicamente ativa com características comportamentais de risco.

Essa pesquisa apresentou predominância de participantes pardos (72,73%), semelhante a um estudo realizado no norte do Brasil¹⁹. Porém pode não ser um predisposto a DLC uma vez que na região norte e nordeste há predomínio de pessoas com cor de pele parda.

Com relação à escolaridade, 54,54% possuem ensino médio completo, 36,36% ensino fundamental completo e 9,09% ensino superior completo, semelhante a dois estudos^{19,20}. Todos os participantes fazem parte da classe econômica baixa, sendo 45,45% da classe E, 27,27% classe D e 22,73% classe C e 4,54% não souberam responder, semelhante a outro estudo¹⁶ onde mais da metade também faz parte da classe econômica baixa. O efeito da baixa renda e escolaridade sobre a DLC é mediado pela maior exposição a cargas ergonômicas, tanto no domicílio quanto no trabalho²¹.

Quanto a espiritualidade, 95,45% relataram que possuem espiritualidade definida, se assemelhando ao estudo de Donatti et al¹⁵, o que é apontado como positivo pela literatura, uma vez que ajuda o indivíduo a lidar melhor com os problemas o que interfere no bem-estar e qualidade de vida²². Com relação ao estado de saúde, 54,54% relataram ser bom, 27,27% relataram ser regular, 9,09% relataram ser ruim e 4,5% dizer ser péssimo.

A mensuração da dor foi feita através de uma escala numérica que vai de 0 (nenhuma dor) a 10 (pior dor possível). A média da intensidade da dor sentida no momento da entrevista foi 7,90 ($\pm 1,26$), e a média do tempo de dor é 61,47 meses ($\pm 45,67$). Em três estudos, um de Mascarenhas e Santos²³, um de Pinheiro et al¹³ e outro de Salvetti et al²⁰, a média da intensidade da dor foi de 7,5, 7,6 e 7,8

respectivamente, se assemelhando ao presente estudo. Quanto à média do tempo de dor, variam de 48 a 96 meses nesses mesmos estudos.

Na escala HAD, de 22 pacientes avaliados, 40,91% obtiveram o escore maior que 8 para ansiedade e 31,82% para depressão, indicando a presença das mesmas (figura 1). No estudo de Barbosa et al²⁴ onde também foi avaliada pela HAD a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em 82 pacientes com dor lombar crônica, observou-se ansiedade em 63,41% e depressão em 41,46%. Em outras pesquisas^{13,16,25,26} que verificaram a presença de alterações emocionais utilizando a escala HAD em pacientes com dor crônica, igualmente encontrou-se ansiedade e depressão, demonstrando ansiedade em uma quantidade maior de pacientes, corroborando com o presente estudo, o que justifica a necessidade das avaliações psicológicas nesse contexto.

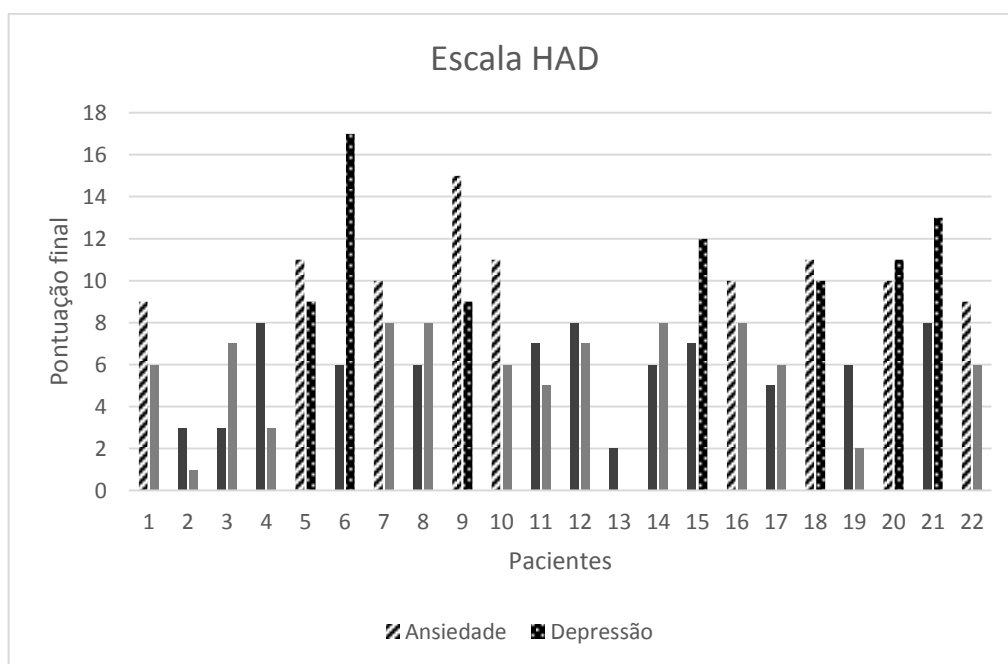


Figura 1 Pontuação final dos pacientes avaliados no questionário HAD.

A média de pontuação obtida no questionário de incapacidade de Roland-Morris foi de 15,2 pontos, sendo 68,18% da amostra com pontuação maior de 14 pontos, indicando a presença de incapacidade (figura 2). No estudo de Stefane et al²⁷, composta por 97 indivíduos com dor lombar crônica, 58,76% deles também obtiveram o escore maior de 14 na RMDQ, com média de 14,4, observando também a presença de incapacidade, assim como em outros dois estudos, esses com a avaliação de outros questionários, onde foi encontrado incapacidade em 64,63%²⁴ e

65%²⁰. Já na pesquisa de Mascarenhas e Santos²³ com 17 participantes com média de 44,4 anos, apenas 23,5% foram classificados com incapacidade pelo RMDQ.

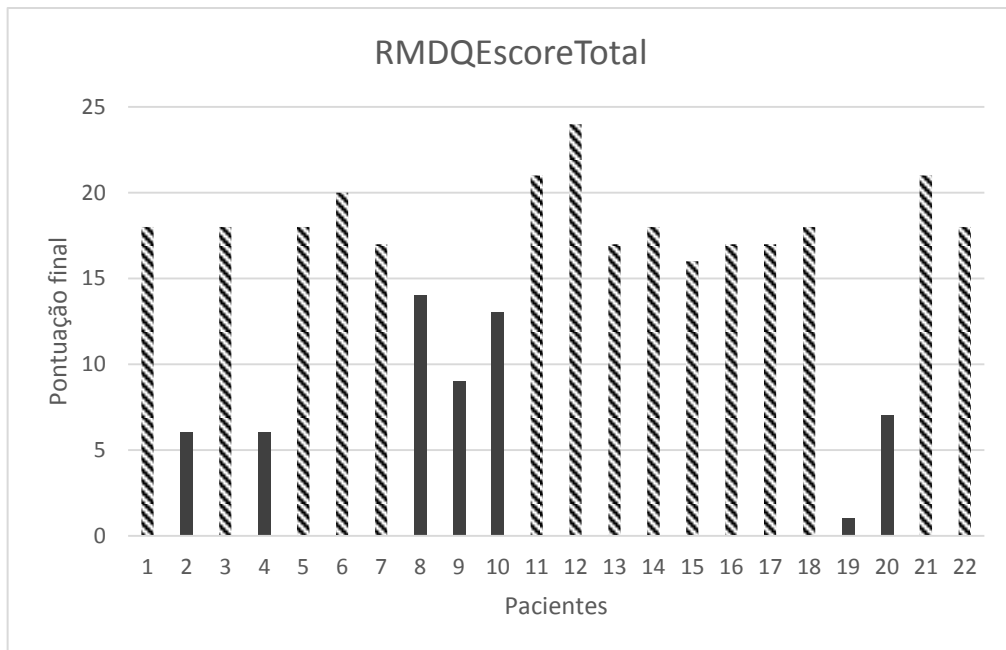


Figura 2 Escore final do pacientes avaliados no questionário RMDQ.

E na análise geral dos dois questionários, entre 22 pacientes, dos 12 (54,5%) que possuem DLC associada com ansiedade e/ou depressão, 75% possuem incapacidade concomitantes (figura 3), sendo 88,8% são do sexo feminino.

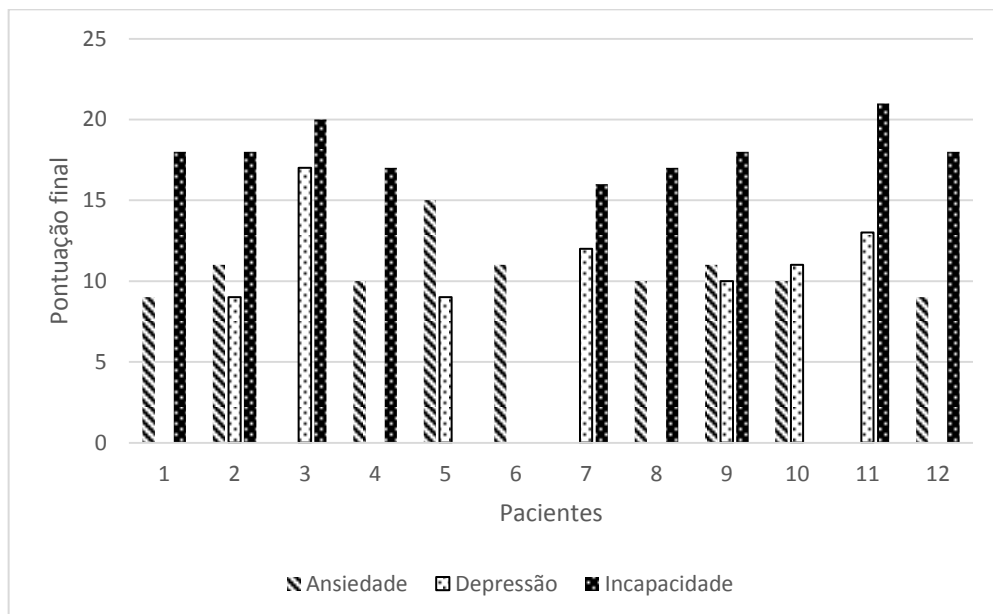


Figura 3 Relação do nível de incapacidade dos pacientes que possuem ansiedade e/ou depressão.

A média da idade deles é de 51,6. Quanto ao estado civil, 55,5% são solteiros ou viúvos e vivem sozinhos. 66,7% se declaram pardos. Sobre a escolaridade, 66,7% possuem ensino médio. 100% são cristãos. Quanto a renda familiar, todos são de classe baixa, sendo 55,5% de classe E. Quanto ao estado de saúde, 55,5% consideram ruim. A média de meses em que vivem com a dor é de 75,6 meses. E a média da intensidade da dor é de 8. O que se assemelha a dois estudos^{19,24} realizados em pacientes com DLC.

A relação entre essas alterações emocionais e incapacidade pode ser explicada pelo fato de que indivíduos que não conseguem realizar suas atividades por causa da dor sentem-se incapacitados e impotentes frente a ela. Além disso, pacientes deprimidos tendem a ficar mais isolados e têm menos motivação para se envolverem em estratégias ativas de tratamento. Pensamentos negativos e fadiga, sintomas frequentes nos quadros de depressão, também podem interferir no modo de lidar com a dor e contribuir para a presença de incapacidade. Portanto, tratar os sintomas depressivos, pode ser uma estratégia eficaz no sentido de minimizar a incapacidade²⁰.

A depressão pode reduzir o limiar de dor e pode ser resultado da sua cronificação e incapacidade²⁵. Quanto à ansiedade, artigos demonstraram que nesses pacientes ela parte de uma reação de medo com presença de preocupação, nervosismo e apreensão frente à sua doença, que favorecem níveis de ansiedade mais elevados do que na população em geral^{25,26,28}.

Alguns estudos relataram que fatores psicossociais podem ter maior influência no manuseio da dor crônica e no impacto na funcionalidade do paciente do que a dor em si^{20,25,29}. No estudo de Barbosa et al²⁴ foi observado que dor intensa, incapacidade grave, ansiedade e depressão apresentam associação com a crença indesejável para “incapacidade”, ou seja, acreditar que a dor incapacita.

Essas alterações emocionais associadas à mudança de tônus muscular e fatores hormonais, acarretam fadiga e, conseqüentemente, aumento do quadro doloroso. Isso justifica a importância de se investigar, além das questões meramente físicas e objetivas, os aspectos emocionais e as características de personalidade do indivíduo³⁰.

As origens psíquicas das queixas físicas não podem ser abordadas a partir de diagnósticos de exclusão, ou seja, apenas pela eliminação de outras causas possíveis para os sintomas do paciente. Devem ser abordadas dentro do modelo biopsicossocial, considerando todos os aspectos inerentes ao espaço vital do paciente (orgânico, psicológico, cultural e socioeconômico) em que cada aspecto influencia e é influenciado de modo dinâmico¹⁶.

O modelo Biopsicossocial (BPS), recentemente, tem se destacado na literatura dentro de tratamento da DLC. Ele aponta para a existência de uma relação dinâmica entre mudanças biológicas, estado psicológico e contexto social, enfatizando que esses fatores têm papéis distintos na percepção da dor³¹. Nesse sentido, os estudos baseados nesta perspectiva têm demonstrado que incapacidade física e desajuste emocional não se referem apenas a fatores biológicos³².

Sobre a utilização do modelo BPS no tratamento da dor lombar crônica por fisioterapeutas, Sanders e colaboradores³³ também verificaram que os fisioterapeutas consideravam um grande desafio combinar a abordagem biomédica e biopsicossocial e que alguns acreditavam que abordar esses fatores se estende além do seu escopo de prática. Semelhantemente, em outros dois estudos^{34,35}, foi observado que os fisioterapeutas não dispunham confiança na sua formação para implementar a abordagem biopsicossocial, ainda que estivessem cientes da sua recomendação.

Essas barreiras podem ser resultado de educação e treinamento insuficientes acerca do modelo de cuidado BPS bem como do papel do fisioterapeuta frente à necessidade de se avaliar fatores BPS e traçar um plano de tratamento que não despreze aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais de seus pacientes³⁶.

Os resultados apresentados nesse estudo são consistentes com estudos encontrados na literatura, reforçando a associação entre os processos psicológicos, incapacidade e dor lombar crônica. Porém, o mesmo apresentou algumas limitações, que precisam ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. Primeiro devido a pouca quantidade de amostras e segundo porque se tratou de um estudo transversal, que a possibilidade de examinar as relações cronológicas entre depressão, ansiedade e incapacidade, enfatizando a importância de realização de pesquisas voltadas a esse tema.

CONCLUSÃO

De acordo com a análise dos dados, mais da metade dos pacientes com dor lombar crônica que possuem ansiedade e/ou depressão, possuem também incapacidade. A prevalência dos pacientes é do sexo feminino, com média de idade de 51 anos onde a maior parte vive sozinha, se declaram pardos, possuem ensino médio, são cristãos, com renda familiar de até 1 salário mínimo e que consideram o estado de saúde ruim. A média de meses em que vivem com a dor é de 75,6. E a média da intensidade da dor é de 8. Indicando que a incapacidade do indivíduo pode estar ligada aos fatores psicossociais que ele apresenta, mostrando a importância do conhecimento e atuação do fisioterapeuta no modelo biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

- 1 Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico Rev Dor. São Paulo, 2011 abr-jun;12(2):138-51.
- 2 International Association For The Study Of Pain. New definition of pain open to the public: IASP [acesso em 27 out 2020]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org>
- 3 Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsou T, Trelha C, Yamada KN, Pacola L. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(1):36-41.
- 4 Bastos DF, Silva GCC, Bastos ID, Teixeira LA, Lustosa MA, Borda MSC, Couto SCR, Vicente TA. Dor. Rev. SBPH. 2007; 10(1):85-96.
- 5 Almeida, DC, Kraychete DC. Low back pain – a diagnostic approach. Rev Dor. São Paulo, 2017 abr-jun;18(2):173-177.
- 6 Mirzamani-Bafghi SM, Sadidi A, Sahrai J. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LOW BACK PAIN. Arch Iranian Med 2003; 6(2): 91–94.
- 7 Portrait F, Lindeboom M1, Deeg D. Life Expectancies in Specific Health States: Results From a Joint Model of Health Status and Mortality of Older Persons. Demography. 2001; 38(4):525–536.
- 8 MONTEIRO, Joaquim; FAÍSCA, Luís; NUNES, Odete; et al. Questionário De Incapacidade De Roland Morris. Acta Med Port 2010; 23:761-766.
- 9 Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goudenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. Brazilian Journal of Medical and Biological Research. 2001; 34:203-210.
- 10 Siqueira JLD, Morete MC. Psychological assessment of chronic pain patients: when, how and why refer? Revista Dor. 2014; 15(1):51–54.

- 11 Garven A, Brady S, Wood S, Hatfield M, Bestard J, Korngut L, Toth C. The impact of enrollment in a specialized interdisciplinary neuropathic pain clinic. *Pain Res Manage*. 2011 may/june; 16(3):159-168.
- 12 Rodrigues HF, Furuya RK, Dantas RAS, Dessotte CAM. Anxiety and depression in cardiac surgery: sex and age range differences. *Esc Anna Nery* 2016; 20(3):e20160072.
- 13 Pinheiro RC, Uchida RR, Mathias LAST, Perez MV, Cordeiro Q. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(3):213-219.
- 14 Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Chronic low back pain in a Southern Brazilian adult population: prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2004 mar-abr; 20(2):377-385.
- 15 Donatti A, Alves ES, Terassi M, Luchesi BM, Pavarini SCI, Inouye K. Relationship between the intensity of chronic low back pain and the generated limitations with depressive symptoms. *BrJP*. São Paulo, 2019 jul-set;2(3):247-54.
- 16 Araujo JÁ, Campos MR, Santos MVF, Gonçalves DA, Mari JJ, Tófoli FF, Ballester D, Fortes S. Dor lombar e transtornos mentais comuns na Estratégia Saúde da Família: uma associação pouco reconhecida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2018 Jan-Dez; 13(40):1-14.
- 17 Dall'agnol, MM. Trabalho e saúde na indústria da alimentação de Pelotas: uma questão de gênero? Dissertação de mestrado. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1995.
- 18 Silveira MM, Pasqualotti A, Colussi EL. ABORDAGEM FISIOTERÁPICA DA DOR LOMBAR CRÔNICA NO IDOSO. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2010 jul/set; 25(8):56-61.
- 19 Almeida ICGB, Sá KN, Silva M, Babtista A, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. *Rev Bras Ortop*. 2008;43(3):96-102.
- 20 Salvetti MG, Pimenta CAM, Braga PE, Corrêa CS. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(Esp):16-23.
- 21 Vogt MSL. Prevalência e severidade da dor cervical e lombar nos servidores técnicos-administrativos da Universidade Federal de Santa Maria-RS. Dissertação de Mestrado. Florianópolis-SC, 2000.
- 22 Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, Mendonça SS. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde em Debate*. RJ, 2017 out-dez; 41(115):1102-1115.
- 23 Mascarenhas CHM, Santos LS. Evaluation of pain and functional capacity in patients with chronic low back pain. *J Health Sci Inst*. 2011;29(3):205-208.

- 24 Barbosa FM, Vieira EBM, Garcia JBS. Beliefs and attitudes in patients with chronic low back pain. *Br J Pain*. São Paulo, 2018 abr-jun;1(2):116-121.
- 25 Castro MMC, Quarantini LC, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anestesiol*. 2006; 56(5):470-477.
- 26 Castro MMC, Quarantini LC, Daltro C, Pires-Caldas M, Koenen KC, Kraychete DC, Oliveira IR. Comorbid depression and anxiety symptoms in chronic pain patients and their impact on health-related quality of life. *Rev Psiq Clín*. 2011;38(4):126-9.
- 27 Stefane T, Santos AM, Marinovic A, Hortense C. Dor lombar crônica: Intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):14-20.
- 28 Pagano T, Matsutani LA, Ferreira EAG, Marques AP, Pereira CAB. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J*. 2004; 122(6):252-258.
- 29 Henschke N, Maher CG, Refshauge KM, Herbert RD, Cumming RG, Bleasel J, York J, Das A, MacAuley J. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: Inception cohort study. *BMJ*, 2008; 337:a171.
- 30 Zavarize SF, Wechsler SM. Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. Rio de Janeiro, 2012; 15(3):403-414.
- 31 Santos MRP, Nogueira LC, Meziat-Filho NA, Oostendorp R, Reis FJJ. Transcultural adaptation into Portuguese of an instrument for pain evaluation based on the biopsychosocial model TT. *Fisioter Mov*. 2017;30(1):183-195.
- 32 Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CAM, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor*. São Paulo, 2012 abr-jun;13(2):111-118.
- 33 Sanders T, Ong BN, Sowden G, Foster N. Implementing change in physiotherapy: professions, contexts and interventions. *Journal of health organization and management*. 2014:96-114.
- 34 Jeffrey JE, Foster NE. A qualitative investigation of physical therapists' experiences and feelings of managing patients with nonspecific low back pain. *Physical Therapy*, 2012 fev: 266–278.
- 35 Cacau CSN, Moraleida FRJ, Nunes ACL. Adesão a uma intervenção fisioterapêutica de caráter biopsicossocial para pacientes com dor lombar crônica. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2018.
- 36 França AL. Explorando discursos de fisioterapeutas egressos da Universidade de Brasília sobre o uso do modelo biopsicossocial no tratamento da dor lombar crônica inespecífica. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.