

Ana Luíza Rodrigues Teixeira da Mata

A INCAPACIDADE DO PACIENTE COM DOR LOMBAR CRÔNICA RELACIONADA
COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO.

Palmas – TO

2020

Ana Luíza Rodrigues Teixeira da Mata

A INCAPACIDADE DO PACIENTE COM DOR LOMBAR CRÔNICA RELACIONADA
COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I) do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Me. Angela Shiratsu Yamada.

Palmas – TO

2020

Ana Luíza Rodrigues Teixeira da Mata

A INCAPACIDADE DO PACIENTE COM DOR LOMBAR CRÔNICA RELACIONADA
COM ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I (TCC I) do curso de Fisioterapia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Me. Angela Shiratsu Yamada.

Aprovado em: 19/06/2020

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Me. Angela Shiratsu Yamada.

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.^o Esp. Fernando Mendonça Cardoso

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2020

RESUMO

MATA, Ana Luíza Rodrigues Teixeira da. **A incapacidade do paciente com dor lombar crônica relacionada com ansiedade e depressão.** 2020. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Fisioterapia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

A dor lombar crônica é uma disfunção musculoesquelética persistente por mais de 3 meses localizada na região entre as últimas costelas e a linha glútea que causa tensão, rigidez e limitação funcional, gerando prejuízos na qualidade de vida de indivíduos sendo uma das queixas musculoesqueléticas mais comuns em toda a população, atingindo níveis epidêmicos mundialmente. Crenças inapropriadas sobre a dor lombar, medo do movimento, baixa satisfação no trabalho, ansiedade, estresse e depressão são fatores que aumentam o risco de desenvolver incapacidade e cronificação da dor e são caracterizadas como “yellow flags” - bandeiras amarelas. Diversas condições complexas associadas à dor crônica afetam o funcionamento físico e psicossocial do indivíduo. Entre elas, destacam-se a ansiedade e a depressão. O objetivo desse trabalho é comparar as incapacidades dos pacientes que possuem dor lombar crônica associada a quadros de ansiedade e/ou depressão aos que não possuem essas alterações emocionais, e para isto, será realizado um estudo de caráter transversal, descritivo, retrospectivo e quantitativo, em que a coleta de dados foi feita no primeiro semestre de 2018 na Clínica Escola de Fisioterapia do CEULP/ULBRA com pacientes adultos de ambos os sexos, que apresentam dor lombar crônica. Para a realização da pesquisa, será analisada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), que é um questionário que avalia o nível de ansiedade e depressão do paciente e o Questionário de incapacidade de Roland Morris (RMDQ), questionário para avaliar a incapacidade em indivíduos portadores de dor lombar crônica. Ao final desse estudo, espera-se caracterizar a dor lombar crônica, identificar os instrumentos que avaliam as incapacidades do paciente com dor lombar crônica e que avaliam se o paciente possui depressão e/ou ansiedade e também identificar a prevalência da ansiedade e depressão em pacientes que possuem dor lombar crônica.

Palavras-chave: Dor lombar crônica. Ansiedade. Depressão. Incapacidade

ABSTRACT

Chronic low back pain is a musculoskeletal disorder persisting for more than 3 months located in the region between the last ribs and the gluteal line that causes tension, stiffness and functional limitation, causing impairments in the quality of life of individuals being one of the complaints musculoskeletal disorders most common in the entire population, reaching epidemic levels worldwide. Inappropriate beliefs about low back pain, fear of movement, low job satisfaction, anxiety, stress and depression are factors that increase the risk of developing disability and chronic pain and are characterized as “yellow flags” - yellow flags. Several complex conditions associated with chronic pain affect the individual's physical and psychosocial functioning. Among them, anxiety and depression stand out. The objective of this work is to compare 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, and for this, a cross-sectional, descriptive, retrospective and qualitative study will be carried out. quantitative, in which data collection was carried out in the first semester of 2018 at the Escola Escola de Fisioterapia of CEULP / ULBRA with adult patients of both genders, who present with chronic low back pain. To conduct the research, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) will be analyzed, which is a questionnaire that assesses the patient's level of anxiety and pressure and the Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ), questioning it to assess disability in individuals with chronic low back pain. At the end of this study, it is expected to characterize chronic low back pain, to identify the instruments that assess the disabilities of the patient with chronic low back pain and to assess whether the patient has depression and / or anxiety and also to identify the prevalence of anxiety and depression in patients who have chronic low back pain.

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA.....	7
1.2 HIPÓTESE	8
1.3 OBJETIVOS	8
1.3.1 Objetivo Geral	8
1.3.2 Objetivos Específicos.....	8
1.4 JUSTIFICATIVA	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 DEFINIÇÃO DE DOR.....	9
2.2 DOR LOMBAR CRÔNICA.....	9
2.3 INCAPACIDADE.....	10
2.3.1 Questionario de Incapacidade Roland-Morris (RMDQ).....	11
2.4 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS.....	11
2.4.1 Depressão.....	12
2.4.2 Ansiedade.....	13
2.4.3 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).....	13
3 METODOLOGIA.....	14
3.1 TIPO DE ESTUDO	14
3.2 OBJETO DE ESTUDO	14
3.3 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	14
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	14
3.4.1 Critérios de Inclusão	14
3.4.2 Critérios de Exclusão	14
3.5 VARIÁVEIS	15
3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, PROCESSAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	15
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	15
3.7.1 Riscos	16
3.7.2 Benefícios.....	16
3.7.3 Desfechos	16
4 CRONOGRAMA.....	17
5 ORÇAMENTO	18
REFERÊNCIAS	19

APÊNDICES	22
ANEXOS	32

1 INTRODUÇÃO

Segundo Figueiredo et al., (2013) a dor afeta diretamente a vida do indivíduo, e sua intensidade pode dificultar as realizações das atividades cotidianas, podendo gerar incapacidade funcional e depressão. A coluna vertebral é uma das estruturas musculoesqueléticas que mais sofre alterações morfológicas, acarretando limitações físicas com o envelhecimento, sendo a região lombar apontada como causa mais frequente de algias musculoesqueléticas (PINHEIRO et al., 2014).

A dor lombar crônica (DLC) é uma condição na qual fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem e se influenciam mutuamente, tanto como fatores causais quanto na manutenção das queixas (DERSH et al., 2001). Estudos mostram que 30 a 60% dos indivíduos com DL apresentam sintomas depressivos que influenciam diretamente o tempo de recuperação (FIGUEIREDO et al., 2013).

De acordo com Donatti et al., (2019), componentes emocionais envolvidos no processo de dor crônica podem expressar-se, algumas vezes, de maneira mais significativa que os componentes sensitivos. Emoções e valores simbólicos influenciam a percepção da dor, descharacterizando a proporcionalidade entre estímulo doloroso e a dor percebida pelo indivíduo. Depressão, ansiedade e estresse, associados 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 indivíduo (ZAVARIZE; WECHSLER, 2015).

Conforme Trivedi (2004), depressão e dor compartilham a mesma via neuroquímica mediada pelos neurotransmissores serotonina e norepinefrina, indicando que a depressão e os sintomas físicos dolorosos devem ser tratados em conjunto. Desse modo, é de suma importância a atenção de profissionais qualificados no processo de acompanhamento da dor crônica, uma vez que o estudo mostra relação entre essa variável e a depressão. Fatores esses que quando não dada a devida atenção, pode afetar a qualidade de vida e desencadear ainda, outros fatores numa espiral descendente (DONATTI et al., 2019).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Pacientes que possuem dor lombar crônica associada a quadros de ansiedade e/ou depressão apresentam maior incapacidade?

1.2 HIPÓTESE

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.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Comparar as incapacidades dos pacientes que possuem dor lombar crônica associada a quadros de ansiedade e/ou depressão aos que não possuem essas alterações emocionais.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a dor lombar crônica
- Identificar os instrumentos que avaliam as incapacidades do paciente com dor lombar
- Identificar os instrumentos que avaliam se o paciente possui depressão e/ou ansiedade
- Identificar a prevalência da ansiedade e depressão em pacientes que possuem dor lombar crônica.

1.4 JUSTIFICATIVA

A dor lombar crônica é considerada a causa número um de incapacidade no mundo e de afastamento do trabalho segundo HARTVIGSEN et al (2018). De acordo com Bener et al (2013), fatores psicológicos como a depressão e a ansiedade podem influenciar a forma como o sujeito percebe essa dor, portanto, devem ser considerados como elementos que influenciam na causa, na intensidade e continuidade da dor, assim como as intervenções dos profissionais de saúde no cuidado do paciente (DARLOW et al., 2012).

Desta forma, a pretensão deste trabalho é investigar se essas alterações emocionais podem influenciar na incapacidade do paciente com dor lombar crônica, uma vez que a ansiedade e a depressão estejam crescendo de forma significativa em toda a população.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEFINIÇÃO DE DOR

A dor faz parte do cotidiano da maioria das pessoas desde os primórdios de sua existência, e quando esta não aparece, constitui-se um fator relevante de disfunção fisiológica, com graves consequências para a segurança do indivíduo (BASTOS et al., 2007). 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 mensurada (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

A dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) em 1994 como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”. Atualmente a nova proposta da IASP (2019) 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 meio. (PIMENTA; TEIXEIRA, 2000 apud DELLAROZA et al., 2008). Segundo Bastos et al (2007) a sensação de dor é bem variada e particular, pois depende da reação de cada um em traduzir as lesões reais ou potenciais. Ela é provocada por um determinado estímulo, que afeta receptores especializados em dor, e emitem uma resposta. Desta forma, a interpretação da dor varia de indivíduo a indivíduo, assim como no próprio indivíduo, em diferentes momentos de sua vida, sob diferentes circunstâncias.

2.2 DOR LOMBAR CRÔNICA

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 Kraychete (2017) a dor crônica pode ser ou não associada a trauma ou doença e persistir mesmo após a lesão inicial ter cicatrizado.

A dor lombar crônica causa tensão, rigidez e limitação funcional, gerando prejuízos na qualidade de vida de indivíduos e é uma das queixas musculoesqueléticas mais comuns em toda a população, atingindo níveis epidêmicos mundialmente. Andersson (1999) afirma que

cerca de 70 a 85% de toda a população mundial irá sentir dor lombar em alguma época de sua vida.

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 adversos (Mirzamani-Bafghi, Sadidi e Sahrai, 2003).

Segundo Downie et al (2013), crenças inapropriadas sobre a dor lombar, medo do movimento, baixa satisfação no trabalho, ansiedade, estresse e depressão são fatores que aumentam o risco de desenvolver incapacidade e cronificação da dor e são caracterizadas como “yellow flags” - bandeiras amarelas.

2.3 INCAPACIDADE

Incapacidade funcional consiste na dificuldade em desempenhar atividades cotidianas em algum domínio da vida, em função de um problema de saúde (VERBRUGGE; JETTE, 1994 apud NUNES et al., 2017). Associada a fatores multidimensionais, a incapacidade funcional pode ser mensurada sob a ótica de dois domínios: a realização de atividades básicas da vida diária (ABVD), ou seja, tarefas ligadas ao autocuidado, como alimentar-se e banhar-se; e a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), relacionadas à independência do indivíduo na sociedade, como, por exemplo, fazer compras e utilizar meio de transporte (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008 apud NUNES et al., 2017).

Portrait, Lindeboom e Deeg (2001) 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. Dessa forma, para medir a incapacidade, é necessário considerar os aspectos físicos, cognitivos e emocionais.

2.3.1 Questionário de Incapacidade Roland-Morris (RMDQ)

Nos doentes com lombalgia os exames complementares são muitas vezes normais, não ajudando à quantificação da sua incapacidade funcional. Para comparar e avaliar o tratamento e a evolução destes doentes, é necessário dispor de um instrumento que quantifique as limitações induzidas pela lombalgia (MONTEIRO et al., 2010). 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 2001.

O questionário é constituído por 24 perguntas de auto-resposta, que os doentes preenchem em menos de cinco minutos (NUSBAUM et al., 2011). Segundo Monteiro et al (2010) as perguntas têm como resposta “sim” ou “não” e o resultado final corresponde à soma das respostas sim. Este resultado pode variar entre 0 e 24, correspondendo o zero a uma pessoa sem queixas e o valor máximo a um doente com limitações muito graves.

A opção por este questionário ficou a dever-se à sua fácil aplicação e por continuar a ser um instrumento central na avaliação das lombalgias a nível mundial, continuando a ser adaptado a diversas línguas e contextos culturais (MONTEIRO et al., 2010).

2.4 ALTERAÇÕES EMOCIONAIS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) assinalam que os determinantes da saúde mental e transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros, mas também os fatores sociais, culturais, económicos, políticos e ambientais, como as políticas nacionais, a proteção social, padrões de vida, as condições de trabalho e o apoio comunitário. Estresse, genética, nutrição, infeções perinatais e exposição a perigos ambientais também são fatores que contribuem para os transtornos de humor.

A visão biopsicossocial do fenómeno doloroso busca considerar aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais não de forma separada, mas como um todo integrado (SIQUEIRA; MORETE, 2014). E como consequência dessa compreensão biopsicossocial, o tratamento da dor passa a exigir um trabalho interdisciplinar, contando com a atuação integrada de profissionais de diferentes especialidades (ALMEIDA et al., 2010).

Segundo Garven et al (2011), diversas condições complexas associadas à dor crônica afetam o funcionamento físico e psicossocial do indivíduo. Entre elas, destacam-se os transtornos de humor, crises de ansiedade e frustração, o que gera inúmeras consequências para essas pessoas, suas famílias, empregos e o sistema de saúde. Um estudo de Cruz e Sardá (2003) identificou em 55 pacientes com lombalgia e lombociatalgia uma forte presença de alterações emocionais que podem interferir ou colaborar para a manifestação ou perpetuação destas, o que justifica a necessidade das avaliações psicológicas nesse contexto.

Portanto, como as alterações emocionais parecem ser associadas a quadros de dor lombar crônica, é importante que o fisioterapeuta aprenda a desenvolver esse olhar clínico,

tanto para identificar precocemente esse envolvimento para saber lidar com a situação, como também saber quando e como encaminhar o paciente aos especialistas. Entender esse envolvimento não é exercer o papel do outro profissional, mas exercer sua função de forma mais humanizada, mais ampla, adaptando sua conduta contextualizada no modelo biopsicossocial (SIQUEIRA; MORETE, 2014).

2.4.1 Depressão

A depressão é conhecida como doença afetiva. É um estado constante de tristeza em que o paciente representa humor baixo, comportamento parado, baixa autoestima e autoconfiança que permanece constante na vida do sujeito, redução de energia com pensamentos de impotência, estado de ânimo sem graça e sem motivação, fadiga e cansaço mesmo que não tenha feito esforço algum. Pode refletir no apetite alimentar, déficit de autocuidado, higiene corporal e vestuário, oscilações e perturbações do sono, perda de vontade sexual e interesse das atividades diárias (BALBINO, 2015).

Segundo o manual de psiquiatria DSM-IV (2000), a depressão é caracterizada como um Episódio Depressivo, caso os sintomas sejam decorrentes por um período mínimo de duas semanas em que o indivíduo manifesta humor deprimido. Tem a classificação de transtorno de humor por Depressão Maior, e Transtorno Distímico como forma de depressão mais leve. Diferente da tristeza que pode fazer parte do cotidiano decorrente de acontecimentos ou notícias ruins, tristes, trágicas, que quando superadas não continuam por muito tempo.

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, em 2020, a depressão seria considerada a doença mais incapacitante do mundo, atingindo cerca de 350 milhões de pessoas. Pode ter longa duração ou se apresentar de forma recorrente. Em sua vertente mais grave, pode levar ao suicídio. Casos considerados leves podem ser tratados sem medicamentos, porém, na forma moderada ou grave, é necessário que as pessoas recebam medicação e tratamentos profissionais.

2.4.2 Ansiedade

Segundo Prado, Kurebayashi e Silva (2012) a ansiedade é uma experiência universal humana e é definida como um sentimento persistente de medo, apreensão e desastre iminente, ou tensão e inquietação. O termo transtorno de ansiedade é utilizado para diversas condições, incluindo síndrome do pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada, estresse pós-traumático e ansiedade devido a uma condição médica geral.

Para Santos et al (2009) a ansiedade pode ser descrita como reação natural que impulsiona o ser humano a alcançar seus objetivos. Esse estado emocional pode tornar-se patológico e repercutir de forma negativa se vivenciado excessivamente e por longos períodos. A ansiedade patológica, ao invés de contribuir para o confronto da situação, limita, dificulta e, muitas vezes, impossibilita a capacidade de adaptação e de enfrentamento.

2.4.3 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)

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 somáticos (RODRIGUES et al., 2016).

No início a HAD foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em outros tipos de pacientes, em pacientes não-internados e em indivíduos sem doença. Um ponto importante que distingue a HADS das demais escalas é que para prevenir a interferência dos distúrbios somáticos na pontuação da escala foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão relacionados com doenças físicas. Nessa escala não figuram itens como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de cabeça e tontura, etc., que poderiam também ser sintomas de doenças físicas (MARCOLINO et al., 2007).

A escala HAD contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada. A pontuação global em cada subescala vai de 0 a 21. Foram adotados os pontos de cortes apontados por Zigmond e Snaith recomendados para ambas as subescalas: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ; HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo será de caráter transversal, descritivo, retrospectivo e quali-quantitativo. Para Marques e Peccin (2005) estudos transversais são também denominados estudos de prevalência. A frequência de uma ou várias doenças é medida por meio de levantamentos em uma população. A prevalência, estatística descritiva obtida de um estudo transversal, é a proporção de indivíduos que apresentam a doença em um determinado ponto do tempo. É um tipo de estudo útil na investigação do grau de exposição a determinadas condições por características individuais fixas, tais como etnia, nível socioeconômico e grupo sanguíneo.

3.2 OBJETO DE ESTUDO

A amostra foi composta por indivíduos portadores de dor lombar crônica. Os participantes da pesquisa foram encaminhados pelo SUS ou constavam no cadastro da Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA) na lista de espera para o tratamento de dor lombar, onde foram convidados a participar da pesquisa. Houve aprovação do comitê de ética, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A).

3.3 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados dos pacientes para fazer a pesquisa foi realizada na Clínica Escola de Fisioterapia do CEULP/ULBRA, em Palmas, Tocantins, no primeiro semestre de 2018, durante os meses de março e abril.

Para este estudo, a pesquisa será realizada pela análise dos prontuários, no período de fevereiro 2020 a dezembro de 2020, incluindo-se nesse período a elaboração do projeto até a apresentação dos resultados obtidos.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.4.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, com diagnóstico de dor lombar crônica (acima de 3 meses).

3.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa indivíduos com dor lombar aguda, subaguda e red flags, e os questionários que foram respondidos de maneira incompleta.

3.5 VARIÁVEIS

Variáveis na avaliação da saúde mental: depressão e ansiedade; variáveis na avaliação da incapacidade; variáveis sociodemográficas como idade, sexo, estado civil, raça, espiritualidade, escolaridade, profissão e renda familiar; variáveis do estilo de vida: sedentarismo, IMC;

3.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, PROCESSAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para a realização da pesquisa, foi aplicada ficha de avaliação fisioterapêutica para avaliação dos dados sociodemográficos e estilo de vida (Apêndice B). Também foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) que é um questionário 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, e pontuação de 0 a 8, é considerado sem ansiedade ou depressão. Zigmond & Snaith (1983, Cit. In Marcolino et al., 2007) recomendam como ponto de corte para ambas as subescalas ≥ 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”. Outro questionário utilizado foi o Roland Morris disability questionnaire (RMDQ), instrumento desenvolvido por Roland e Morris (1983) para avaliar a incapacidade em indivíduos portadores de dor lombar crônica, validado e adaptado para a língua portuguesa por Nusbaum et al.(2001) (Anexo B). Ele 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. Esses questionários foram aplicados no primeiro semestre de 2018.

A análise dos dados será realizada através da estatística descritiva, para determinar porcentagens, médias, fazer gráficos e tabelas no Excel. Para isso, será realizada a análise dos prontuários desses pacientes no segundo semestre de 2020.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho faz parte do projeto de pesquisa aprovado pelo comitê de ética através do Parecer substanciado do CEP nº 2.928.839, de acordo com as normas estabelecidas pelo próprio Comitê de Ética e pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3.7.1 Riscos

Há o risco da quebra do sigilo e do anonimato dos participantes que responderam os questionários da pesquisa. Ainda que involuntária e não intencional, caso aconteça, ficará explícita a garantia de indenização que foi informada ao participante no TCLE. No entanto, todos os participantes fizeram a leitura da Resolução CNS 466/12, foram instruídos quanto à ética em pesquisa com seres humanos e manterão o sigilo das informações.

Poderia também haver o risco de algum erro na análise dos questionários, que acarretará em uma conclusão errônea, então é necessário analisar e calcular todos os dados com muita atenção para evitar que haja erros nos resultados finais da pesquisa.

3.7.2 Benefícios

Esta pesquisa trará como benefícios à importância de analisar também as influências das alterações emocionais dos pacientes com dor lombar crônica, pois podem levar a uma maior incapacidade funcional. Os pacientes incluídos na pesquisa receberam tratamento fisioterapêutico na Clínica Escola de Fisioterapia do CEULP/ULBRA e alguns casos foram encaminhados para tratamento psicológico no Serviço de Psicologia - SEPSI do CEULP/ULBRA.

3.7.3 Desfechos

3.7.3.1 Desfecho Primário

Entender como a depressão e ansiedade podem influenciar na incapacidade dos pacientes com dor lombar crônica, para assim atuar da melhor forma para ajudar o paciente, inclusive para saber suas limitações e a importância da atuação multidisciplinar.

3.7.3.2 Desfecho Secundário

A partir dos resultados desta pesquisa, será possível apresentar maior embasamento teórico para uma prática baseada em evidência científica, e maior conhecimento para a atuação no contexto do modelo biopsicossocial.

5 ORÇAMENTO*Tabela 2 previsão orçamentaria*

IDENTIFICAÇÃO DO ORÇAMENTO	TIPO	QUANTIDADE	VALOR EM REAIS
Folhas de papel/Impressão	Custeio	0	R\$ 0,00
Encadernação	Custeio	0	R\$ 0,00
Cópias	Custeio	0	R\$ 0,00

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Darlan Castro; KRAYCHETE, Durval Campos. Low back pain – a diagnostic approach. **Revista Dor**, v. 18, n. 2, p. 173–177, 2017.
- ALMEIDA, Fabrício Fernandes; JUNIOR, Áderson Luiz Costa; DOCA, Fernanda do Nascimento Pereira; *et al.* Experiência de Dor e Variáveis Psicossociais: o Estado da Arte no Brasil. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 367–376, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-V-TR**. [s.l.: s.n.], 2014. Disponível em: <http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- ANDERSSON, GUNNAR. Epidemiologic Aspects on Low-Back Pain in Industry. **Spine**, v. 6, n. 1, p. 53–60, 1981.
- BALBINO, Bianca D E Paula. depressão: uma visita a vários autores. p. 1–39, 2015.
- BASTOS, Daniela Freitas; CERQUEIRA CORRÊA DA SILVA, Glauce; DUQUE BASTOS, Isabela; *et al.* Dor. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 1, p. 86–96, 2007.
- BENER, Abdulbari; EL-RUFAIE, Omer F.; KAMRAN, Saadat; *et al.* Disability, depression and somatization in a low back pain population. **APLAR Journal of Rheumatology**, v. 9, n. 3, p. 257–263, 2006.
- CRUZ, Roberto Moraes; SARDÁ, Jamir João Jr. Diagnóstico de Aspectos Emocionais Associados à Lombalgia e a Lombociática. **Avaliação Psicológica**, v. 1, p. 29–33, 2003.
- DA SILVA, José Aparecido; RIBEIRO-FILHO, Nilton Pinto. A dor como um problema psicofísico. **Revista Dor**, v. 12, n. 2, p. 138–151, 2011.
- DARLOW, B.; FULLEN, B. M.; DEAN, S.; *et al.* The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: A systematic review. **European Journal of Pain (United Kingdom)**, v. 16, n. 1, p. 3–17, 2012.
- DELLAROZA, Mara Solange Gomes; FURUYA, Rejane Kiyomi; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; *et al.* Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36–41, 2008.
- DERSH, Jeffrey; GATCHEL, Robert; POLATIN, Peter. Chronic spinal disorders and psychopathology. research findings and theoretical considerations. **The Spine Journal**, v. 1, n. 2, p. 88–94, 2001.
- DONATTI, Ariel; ALVES, Élen dos Santos; TERASSI, Mariéli; *et al.* Relationship between the intensity of chronic low back pain and the generated limitations with depressive symptoms. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 2, n. 3, p. 247–254, 2019.
- DOWNIE, Aron; WILLIAMS, Christopher M.; HENSCHKE, Nicholas; *et al.* Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: Systematic review. **BMJ**

(Online), v. 347, n. December, p. 1–9, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.f7095>>.

FIGUEIREDO, Vânia Ferreira de; PEREIRA, Leani Souza Máximo; FERREIRA, Paulo Henrique; *et al.* Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 549–557, 2013.

GARVEN, Alex; BRADY, Shauna; WOOD, Susan; *et al.* The impact of enrollment in a specialized interdisciplinary neuropathic pain clinic. **Pain Research and Management**, v. 16, n. 3, p. 159–168, 2011.

HARTVIGSEN, Jan; HANCOCK, Mark; KONGSTED, Alice; *et al.* What low back pain is and why we need to pay attention. **The Lancet**, v. 391, n. 10137, p. 2356–2367, 2018.

MARCOLINO, José Álvaro Marques; MATHIAS, Ligia Andrade Da Silva Telles; PICCININI FILHO, Luiz; *et al.* Escala hospitalar de ansiedade e depressão: Estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 1, p. 52–62, 2007.

MIRZAMANI-BAFGHI, Seyed-Mahmoud; SADIDI, Ahmad; SAHRAI, Javad. PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF LOW BACK PAIN. **Arch Iranian Med**, v. 6, n. 2, p. 91–94, 2003.

MONTEIRO, Joaquim; FAÍSCA, Luís; NUNES, Odete; *et al.* Questionário De Incapacidade De Roland Morris. v. 23, p. 761–766, 2010.

NUNES, Juliana Damasceno; SAES, Mirelle de Oliveira; NUNES, Bruno Pereira; *et al.* Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 26, n. 2, p. 295–304, 2017.

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

OMS/OPAS. **Folha informativa - Transtornos mentais**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 12 mai. 2020.

PAIN, International Association For The Study Of. **New definition of pain open to the public**: IASP. 2019. Disponível em: <<https://www.iasp-pain.org/>>. Acesso em: 11 out. 2019.

PINHEIRO, Ricardo Cardoso; UCHIDA, Ricardo Riyoiti; MATHIAS, Lígia Andrade da Silva Telles; *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com dor crônica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 213–219, 2014.

PORTRAIT, France; LINDEBOOM, Maarten; DEEG, Dorly. Life Expectancies in Specific Health States: Results From a Joint Model of Health Status and Mortality of Older Persons. **Demography**, v. 38, n. 4, p. 525–536, 2001.

PRADO, Juliana Miyuki do; KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato; SILVA, Maria Júlia Paes da. Eficácia da auriculoterapia na redução de ansiedade em estudantes de enfermagem. v. 46, n. 5, p. 1197–1203, 2012.

RODRIGUES, Hélien Francine; FURUYA, Rejane Kiyomi; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; *et al.* Anxiety and depression in cardiac surgery: sex and age range differences. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 1–7, 2016.

SANTOS, Mariana Deienno Luis dos; GALDEANO, Luzia Elaine. Traço E Estado De Ansiedade De Estudantes De Enfermagem Na. v. 13, n. 1, p. 76–83, 2009.

SIQUEIRA, José Luiz Dias; MORETE, Marcia Carla. Psychological assessment of chronic pain patients: when, how and why refer? **Revista Dor**, v. 15, n. 1, p. 51–54, 2014.

TRIVEDI, Madhukar. The link between depression and physical symptoms. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, v. 6, n. 1, p. 12–16, 2004.

UNIRENTOR. **OMS afirma que, até 2020, cerca de 350 milhões de pessoas no mundo sofrerão de depressão.** Disponível em: <<https://www.posgraduacaoredentor.com.br/blog/15412/oms-afirma-que-ate-2020-cerca-de-350-milhoes-de-pessoas-no-mundo-sofrerao-de-depressao>>. Acesso em: 06 mai. 2020.

ZAVARIZE, Sergio Fernando; WECHSLER, Solange Muglia. Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 403–414, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA	
Título do Projeto: Tratamento fisioterapêutico associado a educação em neurociência da dor para pacientes com dor lombar crônica - ensaio clinico randomizado cego	
Área do Conhecimento: Ciências da Saúde	Número de participantes: 100 No centro: 100 Total:100
Curso: Fisioterapia	Unidade: CEULP/ULBRA
Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X)	Nacional: Sim (X) Não ()
Internacional: Sim () Não (X)	Cooperação estrangeira: Sim () Não (X)
Patrocinador da pesquisa: Financiamento Próprio	
Instituição onde será realizado: Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA)	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Alessandra Hubner de Souza, Daniel Simon e Angela Shiratsu Yamada	
2. IDENTIFICAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
Nome: Angela Shiratsu Yamada	Telefone:(63) 99201-5484 / 3223-2015
Profissão: Fisioterapeuta	E-mail: angela@ceulp.edu.br
Endereço: Quadra 603 Sul, Al 10, Lt 12, QIE	

Você está sendo convidado(a) para participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo para você.

3. IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA / VOLUNTÁRIO		
Nome:	Sexo:	Idade:
Data de nascimento:	Estado civil:	
Profissão:	Telefone:	
RG:	CPF:	
Endereço:		

Eu, participante da pesquisa, abaixo assinado(a), após receber informações e esclarecimento sobre o projeto de pesquisa, acima identificado, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) e estou ciente:

1. Da justificativa e dos objetivos para realização desta pesquisa

Precisamos conhecer quem são as pessoas que possuem dor lombar persistente e as características gerais dessas pessoas, tanto com relação ao sexo, idade, profissão, como também sobre o estado de saúde. A partir desse conhecimento, poderemos criar estratégias para propor um tratamento de melhor qualidade para solucionar o problema.

O tratamento fisioterapêutico associado a educação em neurociência da dor é uma forma moderna de realizar o tratamento para dores persistentes e ainda não foi estudada o suficiente para comprovar sua eficácia e ser generalizada para toda a população receber esse benefício. Para saber se isso realmente funciona e tem resultados positivos para a saúde das pessoas, é necessário fazer uma pesquisa para comprovar seus efeitos positivos, quando comparada com o tratamento que já é realizado na prática profissional e tem resultados garantidos de que seja eficaz. Por isso, os pesquisadores realizam as pesquisas científicas para assegurar à população do que é realizado na prática realmente tenha comprovação de que faz bem, e ter a certeza de que não vai fazer mal para as pessoas.

Portanto, esse trabalho se justifica por ser um método novo, para verificar se ele será eficaz em melhorar o quadro clínico do paciente que possui dor nas costas persistente por mais de 3 meses. E para isso, irá utilizar alguns questionários para avaliar sua dor e também, precisa fazer alguns testes no seu corpo, chamados testes clínicos e coletar uma pequena amostra de sangue. Então, teremos uma série de questionários, testes antes e depois do tratamento fisioterapêutico, para comprovar o resultado que ele apresentou em sua saúde de forma geral.

2. Do objetivo de minha participação

A sua participação é importante porque precisamos coletar as informações verdadeiras de pessoas que realmente tem dor nas costas persistente. Com isso, conseguimos identificar o que há de diferente em quem tem dor nas costas e recebeu um tratamento ou outro, para conseguir entender qual tratamento proporciona melhores resultados.

Por isso, precisamos da sua participação, a mais sincera e verdadeira possível. E um dos critérios que a pesquisa científica exige, é que a participação seja voluntária e aleatória. Isso significa que nem eu, nem você podemos escolher em qual parte da pesquisa você participará, para que os resultados sejam realmente resultados do que está sendo pesquisado e não porque eu ou você queremos tanto que isso dê certo que influenciemos (mesmo de forma

involuntária, sem querer) o que está sendo pesquisado. Assim, você pode participar de uma ou mais etapas da pesquisa, isso será decidido de forma aleatória, por sorteio.

3. Do procedimento para coleta de dados

A coleta dos dados da pesquisa ocorrerá por etapas. Na primeira etapa, iremos aplicar alguns questionários, fazer uma avaliação fisioterapêutica com alguns testes no seu corpo, para conhecer as pessoas que possuem dor nas costas persistente. Também vamos coletar uma amostra de sangue para fazermos uma análise dos seus genes (estudo genético) para saber se há alguma alteração genética que influencia para ter dor nas costas. Depois de coletado o sangue, vamos analisar sua ficha e se os seus dados se enquadrarem nos critérios de inclusão e exclusão, iremos distribuir através de sorteio para o tratamento. Serão propostos 2 tipos de tratamento e você poderá ser sorteado para um ou outro. Após o tratamento, iremos aplicar novamente os questionários e reavaliar o seu corpo com alguns testes para saber os resultados do tratamento que realizamos.

4. Da utilização, armazenamento e descarte de dados/amostra

Vamos coletar sua amostra de sangue para fazer a avaliação de alguns genes. No entanto, esse estudo não consegue abranger todos os genes e substâncias que podem estar associados com essa dor. Por isso, há possibilidade de utilização da sua amostra de sangue (material biológico) em estudos futuros. Para que isso seja possível, o material biológico fica armazenado em um freezer e todo esse procedimento é chamado de biorrepositório. Assim, você nos autoriza a coletar, armazenar e utilizar a amostra do seu sangue nesse estudo e em estudos futuros, sem a necessidade de um novo consentimento a cada pesquisa. O prazo de armazenamento de material biológico em biorrepositório é de até dez anos.

Nós pesquisadores iremos tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, seu nome ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O sangue que coletaremos não terá seu nome. Utilizaremos uma parte do sangue nesse estudo e após as análises necessárias, essa parte será descartada como material biológico em lixeira apropriada, conforme determina a Vigilância Sanitária. As amostras de sangue existentes ficarão armazenadas como biorrepositório em laboratório apropriado na ULBRA - campus Canoas (RS). Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será entregue a você e a outra ficará arquivada pelo pesquisador. Se você quiser, podemos te enviar os resultados da pesquisa.

Você pode retirar seu consentimento a qualquer momento, formalizando seu pedido por escrito e assinado por você ou um representante legal e terá a devolução das amostras de sangue existentes no momento que retirar o consentimento.

5. Dos desconfortos e dos riscos

Para participar como voluntário dessa pesquisa, existem alguns critérios estabelecidos para a sua segurança, evitando alguns desconfortos e riscos.

No momento da coleta de sangue, você pode sentir um pequeno incômodo ou dor devido a introdução da agulha e pode aparecer uma pequena mancha roxa após a coleta e ficar desconfortável por alguns minutos, o que é considerado normal. Caso esses incômodos persistam, nos procure e prestaremos o auxílio necessário até a finalização do caso.

Assim, caso você tenha algum problema de saúde que já está estabelecido que o tratamento fisioterapêutico não possa contribuir com uma melhora do seu estado de saúde, você será excluído do estudo. Também, caso apresente algum desconforto físico que demonstre riscos para a sua saúde, a aplicação do tratamento fisioterapêutico será interrompida imediatamente e você será orientado a procurar auxílio médico. Iremos continuar te prestando auxílio se necessário.

Algumas perguntas e questionários podem fazer você se lembrar de alguns problemas da sua vida e podem trazer sentimento de tristeza, podendo ser considerado um risco emocional. Caso você considere necessário acompanhamento profissional, iremos te encaminhar ao Serviço de Psicologia para que realize o tratamento adequado para isso.

E como iremos resguardar o sigilo de suas informações, garantindo que seus dados sejam confidenciais, acreditamos que não haverá riscos de exposição moral. Por isso, consideramos que os riscos a que estaria exposto são os mínimos possíveis, e se ocorrerem, temos como auxiliá-lo para garantir o máximo de segurança para preservar sua saúde.

6. Dos benefícios

Com a sua participação, você será beneficiado por poder compreender melhor sobre a dor persistente e a forma de lidar com o adoecimento. Também será beneficiado por receber de forma gratuita tratamento fisioterapêutico para a dor lombar que já são considerados como adequados para a melhora do quadro clínico. Se os resultados desta pesquisa mostrarem que o tratamento que está sendo pesquisado tenha melhor efeito para a saúde das pessoas, os pesquisadores te convidarão para participar do melhor tratamento após a conclusão da pesquisa.

7. Da isenção e ressarcimento de despesas

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

8. Da forma de acompanhamento e assistência

Após sua participação nesta pesquisa, caso seja observado que você possui algum problema que possa comprometer a sua saúde física ou emocional, você será encaminhado(a) para tratamento adequado no Núcleo de Atendimento a Comunidade (NAC) do CEULP/ULBRA.

9. Da liberdade de recusar, desistir ou retirar meu consentimento

Você tem a liberdade de recusar, desistir ou de interromper a colaboração nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A sua desistência não causará nenhum prejuízo à sua saúde ou bem-estar físico. Não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

10. Da garantia de sigilo e de privacidade

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas você concorda que sejam divulgados em publicações científicas, desde que seus dados pessoais não sejam mencionados.

11. Da garantia de esclarecimento e informações a qualquer tempo

Você tem a garantia de tomar conhecimento e obter informações, a qualquer tempo, dos procedimentos e métodos utilizados neste estudo, bem como dos resultados finais, desta pesquisa. Para tanto, poderá consultar a pesquisadora responsável Angela Shiratsu Yamada. Em caso de dúvidas não esclarecidas de forma adequada pelo(s) pesquisador (es), de discordância com os procedimentos, ou de irregularidades de natureza ética poderei ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do CEULP/ULBRA com endereço: Av. Teotônio Segurado, Quadra 1501 Sul, Caixa Postal nº85, CEP 77019-900, Palmas-TO, telefone (63) 3219-8076.

Portanto, declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual conteúdo e forma, ficando uma em minha posse.

Palmas, _____ de _____ de _____

Pesquisador responsável pelo projeto

Participante da pesquisa

APÊNDICE B- FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Data da avaliação: ____/____/____

ANAMNESE

Dados sociodemográficos

Nome: _____ Sexo: _____

DN: ____/____/____ Idade: _____ Estado civil: _____

Raça/cor autodeclarada: _____ Mora sozinho? Não () Sim ()

Endereço: _____ Bairro: _____

Telefone(s): _____

Religiosidade/Espiritualidade: () Ateu () Acredita em força ou ser superior/Deus Religião definida: _____ () Praticante () Não pratica

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Renda familiar:

Classe social A: renda mensal maior que 15 salários mínimos ()

Classe social B: renda mensal de 5 a 15 salários mínimos ()

Classe social C: renda mensal de 3 a 5 salários mínimos ()

Classe social D: renda mensal de 1 a 3 salários mínimos ()

Classe social E: renda mensal até 1 salário mínimo ()

Como você considera o seu estado de saúde de uma forma geral:

Ótimo () Muito bom () Bom () Regular () Ruim () Péssimo ()

Queixa principal: _____

Há quanto tempo está sentindo a dor lombar: _____

Intensidade da dor lombar:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor

Pior dor possível

Descrição da dor: _____

Fatores agravantes: _____

Fatores atenuantes: _____

Com que frequência/mês tem realizado consultas médicas (Unidade de saúde, PA ou hospitais): _____

Consegue mencionar, no último mês, quantos dias ficou doente ou com dor?

HP:

Tem filhos? Não () Sim () Se sim, quantos e qual idade de cada um deles?

- Diabetes: Não () Sim () / - Hipertensão: Não () Sim ()

- Reumatismo: Não () Sim () Qual? _____

- Doença psiquiátrica: 1) Depressão Não () Sim () 2) Ansiedade Não () Sim ()

Red flags - Bandeiras vermelhas:

- Cirurgias: Não () Sim () Qual? _____

- Fixador interno na coluna: Não () Sim ()

- História de traumas (fraturas, acidentes automobilísticos, queda de altura ou golpe na coluna último mês): Não () Sim () Qual? _____

- Infecção: Não () Sim () Qual? _____

- Osteomielite: Não () Sim () / Apresentou febre no último mês: Não () Sim ()

- HIV +: Não () Sim () Não sabe ()

- Neoplasia / tumor: Não () Sim () Qual/Quando? _____

- Perda de peso acentuada, súbita e sem motivo (dieta normal): Não () Sim ()

- Síndrome cauda equina: Não () Sim ()

- Retenção urinária: Não () Sim () Incontinência fezes: Não () Sim ()

- Aneurisma abdominal: Não () Sim ()

- Doença / comprometimento neurológico: Não () Sim () Qual? _____

- Está em processo judicial trabalhista por causa dessa dor/doença: Sim () Não ()

HF: Alguém da família tem problema de coluna? () Sim. Quem? _____

Comportamentos e Hábitos de vida relevantes:

Atividade física: Não, nunca () Sim (). Se sim, Atual () No passado () Qual?

_____ Freq/sem: _____

Se no passado. Há quanto tempo parou? _____ Motivo de parar: _____

Vícios: Tabagismo () Etilismo () Outras drogas e tóxicos () Atual () Anterior () Há quanto tempo? _____

Nível de estresse:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem stress

pior stress possível

Hábitos alimentares:

- Consumo regularmente de: carne vermelha com gordura () doces () refrigerante ()
- Consumo de 5 ou mais porções diárias de: Frutas: Sim () Menos de 5, mas come diariamente () Não () Hortaliças/verduras: Sim () Menos de 5, mas come diariamente () Não ()
- Consumo elevado de sal: Não () Sim ()

Hábitos intestinais:

- Constipação: Não () Sim () / - Intestino solto/diarreia: Não () Sim ()

Ocupação: _____

- Ativo/trabalhando: Sim () Não () Se não, está: Aposentado () Desempregado () Se estiver trabalhando, nesse último mês, algum dia não conseguiu trabalhar por causa da dor e teve que faltar? Sim () Não () Se sim, quantos dias faltou? _____
- Afastamento do trabalho: Sim () Não () Tempo de afastamento: _____ Recebe benefício do INSS: Sim () Não ()
- Permanece na mesma posição a maior parte do tempo de trabalho? Sim () Não ()
- Realiza repetição dos movimentos? Sim () Não ()
- Realiza atividade manual pesada? Sim () Não ()
- A maior parte do tempo, como está sua satisfação no trabalho? Não estou satisfeito () Pouco satisfeito () Satisfeito () Muito satisfeito ()

Comprometimento de AVD's / AIVDs:

Independente funcional () Dependente parcial () Dependente total ()

OBS.: _____

EXAME FÍSICO

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

Sinais Vitais: T°C: _____ FC: _____ FR: _____ PA: _____

1. Em pé:

1.1. Direção preferencial dos movimentos do tronco: movimento ativo por 10 vezes

- a) Flexão: Centralização () Periferização () Sem alteração ()
- b) Extensão: Centralização () Periferização () Sem alteração ()
- c) Flexão LatD: Centralização () Periferização () Sem alteração ()
- d) Flexão LatE: Centralização () Periferização () Sem alteração ()

1.2. ADM: Marcar quando Sim

- a) Flexão: Piora a dor () Medo/evita () Mov. Compensatório/anormal ()
- b) Extensão: Piora a dor () Medo/evita () Mov. Compensatório/anormal ()

- c) Flexão Lat D: Piora a dor () Medo/evita () Mov. Compensatório/anormal ()
- d) Flexão Lat E: Piora a dor () Medo/evita () Mov. Compensatório/anormal ()
- e) Rotação D: Piora a dor () Medo/evita () Mov. Compensatório/anormal ()
- f) Rotação E: Piora a dor () Medo/evita () Mov. Compensatório/anormal () Qual movimento considera mais perigoso, medo, evita fazer? _____

2. Sentado

- 2.1. Slump test () Positivo () Negativo
-

3. DD

- 3.1. Teste de elevação da perna retificada: () Positivo () Negativo
-

- 3.2. Força muscular

	<u>Grau de força muscular/ Tempo mantido</u>
<u>Flexores de tronco (graus)</u>	
<u>Extensores de quadril- ponte (tempo)</u>	

4. DL

- 4.1. Força muscular

	<u>Grau de força muscular/ Tempo mantido</u>
<u>Abdominais laterais (tempo)</u>	D: _____ E: _____
<u>Abdutores de quadril- ponte (graus)</u>	D: _____ E: _____

5. DV

- 5.1. Força muscular

	<u>Grau de força muscular/ Tempo mantido</u>
<u>Extensores de tronco (tempo)</u>	

Dados clínicos:

Diagnóstico Clínico: _____

Exames complementares: Rx () TC () RNM () Eletro-neuromiografia ()

Informação do laudo:

Acadêmico
CEULP/ULBRA

Prof responsável- Equipe executora
CEULP/ULBRA

ANEXOS**ANEXO A- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão**

(Marcolino et al, 2007)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- Sim, do mesmo jeito que antes
- Não tanto quanto antes
- Só um pouco
- Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- Sim, e de um jeito muito forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- Do mesmo jeito que antes
- Atualmente um pouco menos
- Atualmente bem menos
- Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Raramente

6) Eu me sinto alegre:

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre
- Muitas vezes
- Poucas vezes

() Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

() Quase sempre

() Muitas vezes

() De vez em quando

() Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

() Nunca

() De vez em quando

() Muitas vezes

() Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

() Completamente

() Não estou mais me cuidando como deveria

() Talvez não tanto quanto antes

() Me cuido do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

() Sim, demais

() Bastante

() Um pouco

() Não me sinto assim

12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

() Do mesmo jeito que antes

() Um pouco menos do que antes

() Bem menos do que antes

() Quase nunca

13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

() A quase todo momento

() Várias vezes

() De vez em quando

() Não sinto isso

14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

() Quase sempre

() Várias vezes

() Poucas vezes

() Quase nunca

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND MORRIS – RMDQ
(Nusbaum et al, 2001)

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	
2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.	
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.	
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.	
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.	
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.	
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.	
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.	
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.	
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.	
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.	
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.	
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.	
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.	
16. Tenho dificuldade em calçar meia soquete ou meias altas por causa das dores das minhas costas.	
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.	
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.	
19. Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.	
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.	
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.	
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.	
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.	
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.	