CENTRO UNIVERSITÉRIO BARÃO DE MAUÁ
CURSO DE FISIOTERAPIA

BEATRIZ BERNARDI MONTEIRO DE OLIVEIRA
BEATRIZ COPESCHI BUSATO
CAROLINE STOQUE SILVA
ISABELA RIBEIRO DA SILVA
JACQUELINE SUELLEN ARAUJO
LARISSA PETRI DEFINA

CORRELAÇÃO ENTRE INCAPACIDADE, CINESIOFOBIA E CATASTROFIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA

Ribeirão Preto
2020

BEATRIZ BERNARDI MONTEIRO DE OLIVEIRA
BEATRIZ COPESCHI BUSATO
CAROLINE STOQUE SILVA
ISABELA RIBEIRO DA SILVA
JACQUELINE SUELLEN ARAUJO
LARISSA PETRI DEFINA

CORRELAÇÃO ENTRE INCAPACIDADE, CINESIOFOBIA E CATASTROFIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia no Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá.

Orientador: Prof. M.e Victor Guilherme Luvizaro Felice Garcia Neves.

Ribeirão Preto
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

C849

Correlação entre incapacidade, cinesiofobia e catastrofização em pacientes com dor lombar crônica/ Beatriz Bernardi Monteiro de Oliveira; Beatriz Copeschi Busato; Caroline Stoque Silva; Isabela Ribeiro Silva; Jacqueline Suellen Araujo; Larissa Petri Defina - Ribeirão Preto, 2020.

48p.il

Trabalho de conclusão do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá

Orientador: Victor Guilherme Luvizaro Felice Garcia Neves

1. Dor crônica 2. Catastrofização 3. Cinesiofobia I Oliveira, Beatriz Bernardi Monteiro de II. Busato, Beatriz Copeschi III. Silva, Caroline Stoque IV. Silva, Isabela Ribeiro V. Araujo, Jacqueline Suellen VI Defina, Larissa Petri VII. Neves, Victor Guilherme Luvizaro Felice Garcia VIII. Título

CDU 615.8

Bibliotecária Responsável: Iandra M. H. Fernandes CRB^{8} 9878

BEATRIZ BERNARDI MONTEIRO DE OLIVEIRA
BEATRIZ COPESCHI BUSATO
CAROLINE STOQUE SILVA
ISABELA RIBEIRO DA SILVA
JACQUELINE SUELLEN ARAUJO
LARISSA PETRI DEFINA

CORRELAÇÃO ENTRE INCAPACIDADE, CINESIOFOBIA E CATASTROFIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia no Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Barão de Mauá.

Data de aprovação: 21/10/2020

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. M.ᵉ Victor Guilherme Luvizaro Felice Garcia Neves
Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto

_____

Ft. Gabriela Zuelli Martins Silva
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

_____

Prof.ª M.ª Letícia Holtz Barbosa Motta
Centro Universitário Barão de Mauá– Ribeirão Preto

Ribeirão Preto
2020

AGRADECIMENTO

Gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus, e ao nosso orientador professor mestre Victor Guilherme Luvizaro Felice pelo incentivo e presteza no auxílio às atividades, principalmente sobre o andamento e normatização deste Trabalho de Conclusão de Curso, onde com toda certeza seus conhecimentos foram partilhados, sem ele isso não seria possível.

Agradecemos também ao coordenador do curso professor mestre Everaldo Encide de Vasconcelos e todos os professores do curso.

Aos nossos familiares, por todo o apoio, carinho e paciência.

RESUMO

Introdução: A dor é definida como uma "experiência sensorial e emocional desagradável, associada com, ou semelhantemente associada com lesão tecidual atual ou potencial". A prevenção do surgimento ou a incapacidade relacionada à dor lombar requer o entendimento de que o grau de incapacidade gerada parece estar intimamente ligado ao contexto psicológico, social e econômico das pessoas. **Justificativa:** Atualmente a prevalência de dor crônica vem aumentando cada dia no Brasil e no mundo, portanto, faz-se necessário um estudo sobre o tema. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo testar a hipótese de que não há correlação entre o nível de incapacidade e os aspectos psicossociais. **Métodos:** Foram aplicados questionários em voluntários maiores de 18 anos de idade, com dor lombar crônica. Para avaliar a possível correlação entre os scores, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman*. **Resultados:** Foram avaliados um total de 156 indivíduos e 84 foram incluídos para a análise e estatística final onde foram obtidas médias e desvios-padrão bem como o valor de p. **Discussão:** No que diz respeito ao medo do movimento e a incapacidade, e entre cinesiofobia e percepção dos sintomas obtivemos uma correlação fraca. Por outro lado, encontramos correlação moderada para incapacidade e catastrofização e entre incapacidade e percepção dos sintomas. **Conclusão:** Conclui-se que as correlações encontradas foram fracas ou moderadas, porém, os valores baixos não invalidam completamente a hipótese de que há influências dos fatores psicossociais nos aspectos funcionais dos indivíduos com dor.

Palavras-chave: Dor crônica. Catastrofização. Cinesiofobia.

ABSTRACT

Introduction: Pain is defined as an “unpleasant sensory and emotional experience associated with or similarly associated with current or potential tissue damage”. The prevention of the emergence or disability related to low back pain requires the understanding that the degree of disability generated seems to be closely linked to people's psychological, social and economic context. Justification: Currently, the prevalence of chronic pain is increasing every day in Brazil and worldwide, therefore, a study on the subject is necessary. **Objectives:** This study aimed to test the hypothesis that there is no correlation between the level of disability and psychosocial aspects. **Methods:** Questionnaires were applied to volunteers over 18 years of age with chronic low back pain. To assess the possible correlation between the scores, Spearman's Correlation Coefficient was used. **Results:** A total of 156 individuals were evaluated and 84 were included for the analysis and final statistics where means and standard deviations were obtained, as well as the p value. **Discussion:** With regard to fear of movement and disability, and between kinesiophobia and symptom perception, we obtained a weak correlation. On the other hand, we found a moderate correlation between disability and catastrophizing and between disability and symptom perception. **Conclusion:** It is concluded that the correlations found were weak or moderate, however, the low values do not completely invalidate the hypothesis that there are influences of psychosocial factors in the functional aspects of individuals with pain.

Keywords: Chronic pain. Catastrophization. Kinesiophobia.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 7
2 OBJETIVOS 12
3 MATERIAIS E MÉTODOS 13
3.1 Participantes 13
3.2 Procedimentos 13
3.2.1 Índice de Incapacidade de Oswestry 13
3.2.2 Escala Tampa para Cinesiofobia 14
3.2.3 Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor (B-PCS) 14
3.2.4 Inventário Breve de Dor 15
3.3 Análises Estatísticas 15
4 RESULTADOS 15
5 DISCUSSÃO 24
5.1 Dados descritivos 24
5.2 Correlações entre Oswestry e Tampa 24
5.3 Correlações entre Oswestry e B-PCS 25
5.4 Correlações: Oswestry, Tampa, B-PCS x Inventário Breve de Dor 26
6 CONCLUSÃO 28
REFERÊNCIAS 29
APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido 34
APÊNDICE B– Dados pessoais, avaliação e controle dos sintomas 36
ANEXO A – Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa 39
ANEXO B- Versão brasileira do questionário oswestry disability index (odi) ... 43
ANEXO C- Escala tampa para cinesiofobia 45
ANEXO D- Escala de pensamento catastrófico sobre a dor (B-PCS) 46
ANEXO E– Inventário breve de dor 47

1 INTRODUÇÃO

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada com, ou semelhantemente associada com lesão tecidual atual ou potencial”. Pela natureza complexa implícita nesta descrição é de se esperar que haja grandes variações individuais no que diz respeito à intensidade, qualidade, duração bem como nos mecanismos envolvidos em sua gênese (RAJA *et al.*, 2020).

De maneira simplificada a dor pode ser classificada como aguda, quando tem a função fisiológica da detecção de potenciais danos ao corpo, ou crônica, quando caracterizada pela sua duração maior do que de três meses, ou seja, quando persiste para além do tempo normal de reparo tecidual e, portanto, envolve alterações não necessariamente relacionadas a lesão tecidual (TREEDE, 2015).

Dito isto, podemos separar a dor em três tipos distintos: nociceptiva, neuropática e nociplástica.

A dor nociceptiva é caracterizada tipicamente como aguda e localizada e em geral respeita uma distribuição mais restrita à área da lesão tecidual, ocorrendo dentro do tempo normal de cicatrização. Portanto, podemos aferir que este tipo de dor é resultado de um estimulo nociceptivo como, por exemplo, no caso de um entorse de tornozelo ou mesmo uma lesão muscular aguda. Nestes casos quando o estímulo é recebido devido à lesão, inflamação ou lesão mecânica irritante, sinais nociceptivos são retransmitidos para medula espinhal, chegando ao córtex pelas vias nociceptivas ascendentes resultando na percepção de dor. Os sinais, localizados no sistema nervoso central, sejam eles componentes sensoriais ou emocionais da dor, estão em constante modulação, através das vias corticais e tronco cerebral, podendo ser facilitatórias ou inibitórias (CHIMENT; FREY-LAW; SLUKA, 2018).

Semelhantemente à dor nociceptiva temos a dor neuropática que também guarda relação direta com a presença de uma lesão, porém, ao invés de alterações anatomopalogicas presente nas estruturas musculoesqueléticas, este tipo ocorre uma lesão direta no tecido nervoso, seja pelo comprometimento do sistema nervoso periférico – como no caso de uma compressão da raiz nervosa ou, por exemplo, por uma neuropatia periférica – seja por lesão, das vias nociceptivas dentro do sistema nervoso central – como, por exemplo, no caso de uma lesão medular ou outros distúrbios neurológicos centrais. Apresenta sintomas neurais positivos, como

parestesia, queimação e disestesia, e / ou sintomas neurais negativos, como perda de sensação, redução de força muscular e reflexo miotendíneo (CHIMENT; FREY-LAW; SLUKA, 2018).

Por fim, a dor nociplástica surge da nocicepção alterada, a despeito da existência de evidência clara de ameaça real ou potencial de dano tecidual ou lesão somatossensorial que poderia levar a ativação de nociceptores periféricos. Essa dor é tipicamente crônica e mais generalizada que a nociceptiva, apresenta sintomas difusos, fadiga, disfunção do sono, distúrbios cognitivos e também hiperalgesia secundaria ou dor referida (CHIMENT; FREY-LAW; SLUKA, 2018).

É imprescindível salientar que a dor crônica pode se estender por longos períodos, podendo chegar até anos de sofrimento. Uma revisão sistemática recente apontou que dois terços dos pacientes com dor lombar não específica, mesmo após um ano do início, ainda apresentam quadro álgico (BREIVIK; EISENBERG; O'BRIEN, 2013).

Com base nas informações dos parágrafos acima, podemos ter em mente que a dor crônica é considerada um fenômeno multifatorial que envolve aspectos físicos, psicológicos e socioculturais (JULL, 2017). Por conta de sua complexidade esta afecção é responsável por um grande impacto socioeconômico que ocorre em grande parte pelos custos com perda de produtividade, absenteísmo e manejo da dor. Adicionalmente, diversos estudos demonstraram que a dor crônica tem alta relação com aposentadorias precoces e aposentadorias por invalidez e que seus gastos superam os investimentos feitos para as maiores prioridades elencados pelo sistema de saúde, que são o câncer e as doenças cardiovasculares (BREIVIK; EISENBERG; O'BRIEN, 2013).

Apesar do enorme impacto que a dor crônica representa aos sistemas de saúde, principalmente a países de média e baixa renda (BUCHBINDER, et al., 2018), no Brasil os dados epidemiológicos são escassos e imprecisos (KRELING;CRUZ; PIMENTA, 2006). Estima-se que na população em geral há uma prevalência que varia de 29,3% a 73,3%, contudo, pela grande heterogeneidade dos dados, não é possível afirmar que seja maior do que em países desenvolvidos que tem como média 35% (VASCONCELOS; ARAUJO, 2018).Silva, et. al. (2011), em complemento, apontam para o fato de nos países em desenvolvimento a dor crônica está associada a comorbidades como depressão e ansiedade em 15,4% dos casos.

A prevenção do surgimento ou da incapacidade relacionada à dor lombar requer o entendimento de que o grau de incapacidade gerada parece estar intimamente ligado ao contexto social e econômico das pessoas, e isso aparentemente se relaciona diretamente com as crenças pessoais e culturais sobre dor nas costas (BUCHBINDER et al., 2018). No que diz respeito à incapacidade gerada pela dor crônica, as dores lombar, cervical e outras causas musculoesqueléticas ocupam posições de destaque entre as 10 causas líderes de anos vividos com incapacidade em todo o mundo (VOS, 2016), contudo, apesar da rotulação diagnóstica, há evidências convincentes de que suas causas nem sempre são definíveis (CROWNOVER, BEPKO, 2013; DUNN, et al., 2014; BEARD, et al., 2018).

Os exames por imagens para diagnosticar a dor crônica, seja ela cervical ou lombar, não se mostram eficazes, já que nem sempre identificará algum dano real no local indicado pelo paciente. Para solicitar um exame por imagem é necessário obter evidências de que há danos severos, como por exemplo, infecções, fratura, síndrome da cauda equina, cirurgias lombares, espondilite anquilosante ou outras suspeitas. A Ressonância Magnética não é indicada para dor lombar crônica inespecífica, pois os achados radiográficos não condizem com o estado clínico do paciente. Em um estudo, 64% dos pacientes sem dor nas costas tinham alterações estruturais nos discos intervertebrais e 38% apresentavam mais regiões na coluna vertebral com processo degenerativo. (CROWNOVER; BEPKO, 2013).

A utilização de diagnósticos anatômicos ou radiográficos isoladamente, isto é, modelo biomédico, sem considerar os mecanismos subjacentes da dor, ou seja, modelo biopsicossocial, são insuficientes para orientar os cuidados de reabilitação. Embora a patologia periférica esteja ligada à dor musculoesquelética, a gravidade dos sintomas pode ser modulada pelo processamento central, fatores psicossociais e sistema de movimento (CHIMENT; FREY-LAW; SLUKA, 2018). Sendo assim, para um diagnóstico efetivo, é necessário basear-se na história clínica do paciente, nos achados físicos e fatores contextuais durante a avaliação.

Nesta direção é possível afirmarmos que o modelo biomédico, não explica como sinais, sintomas e consequente incapacidade podem persistir mesmo quando a anormalidade fisiológica é eliminada. Além disso, este modelo não parece explicar diferentes intensidades de sinais e sintomas, que podem aparecer entre indivíduos com o mesmo estado de doença (HUNT *et al.*, 2008). Esse modelo baseia-se no

reducionismo, onde sua falha consiste em não incluir o paciente e suas individualidades ser humano (ENGEL, 1980).

Em contraponto, o modelo psicossocial foi proposto pela primeira vez em 1977 por Engel. Inicialmente, esse modelo foi utiliza dono campo da psiquiatria e, posteriormente, amplificou-se para outras áreas da medicina. No ano de 1987, Waddell apresentou um novo conceito que unia o modelo biopsicossocial e os distúrbios musculoesqueléticos (JULL, 2017).

Este modelo presume que a dor, seja resultado da interação dinâmica entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que, por sua vez, podem perpetuar e até mesmo piorar as condições clínicas (GATCHEL *et al.*, 2007). O modelo biopsicossocial proporciona desta forma uma visão mais completa do indivíduo e um foco também na qualidade de vida, podendo ser utilizado e aplicado em pacientes com dor aguda ou crônica.

Todo este embasamento inicial é de suma importância para que possamos entender a dor crônica. Esta afecção possui uma alta prevalência e impacta diretamente a saúde e bem-estar, interferindo na vida profissional, nas atividades de vida diária (AVD) e na socialização dos indivíduos por ela atingidos. De fato, os sintomas crônicos podem interferir em comportamentos físicos, tais como a interrupção de atividades devido à dor, privação da realização de determinados movimentos corporais ou mesmo a realização destes de forma lentificada (CAVALCANTE-LEÃO et al., 2018).

Em verdade, por conta de tais interferências físicas somadas aos aspectos psíquicos e sociais um estudo demonstrou que pacientes internados no centro de dor multidisciplinar na Noruega, demonstravam evidencias de uma saúde tão ruim quanto a de pacientes com câncer avançado (BREIVIK; EISENBERG; O'BRIEN, 2013).

Adicionalmente, sabe-se que a dor crônica pode levar o indivíduo a sentir medo e, em consequência disso a evitar atividades físicas e se tornando assim um ciclo de inatividade e incapacidade retroalimentado pela catastrofização (CAVALCANTE-LEÃO et al., 2018). Neste sentido, se a dor, possivelmente causada por uma lesão, é interpretada como ameaçadora, o medo evolui, levando a comportamentos de esquiva e hipervigilância às sensações corporais seguidas de incapacidade, desuso e depressão. Este último manterá as experiências de dor, estimulando o círculo vicioso do aumento do medo e da evitação dos movimentos. Esse é descrito como o modelo de medo e evitação (VLAEYEN; LINTON, 2000).

Em médio e longo prazo, a aversão em realizar movimentos e atividades físicas pode ocasionar consequências como perda de mobilidade, de força e desuso, além de consequências psíquicas, como a depressão, baixa autoestima e isolamento (SILVA; ABREU; SUASSUNA, 2016). A percepção da associação entre incapacidade, intensidade da dor e o perfil psicológico do indivíduo, nessas condições, possivelmente nos permitirá conhecimento para prescrever o prognóstico e o tratamento terapêutico mais adequado.

Devido a todos os fatores acima descritos e brevemente aprofundados e, em associação ao fato de que a prevalência de dor crônica vem aumentando cada dia mais no Brasil e no mundo, faz-se necessário um estudo que refute ou confirme correlações entre fatores psicossociais e o status funcional de indivíduos com dor lombar crônica para que, desta forma, possamos direcionar de maneira mais assertiva nossas avaliações e, consequentemente nossas escolhas terapêuticas.

2 OBJETIVOS

2.1 Primário

Testar a hipótese nula de que não há correlação entre o nível de incapacidade avaliada pelo Oswestry e os aspectos psicossociais avaliados pelas escalas TAMPA de Cinesiofobia e Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor.

2.2 Secundários

Descrever os níveis médios de intensidade da dor e de interferência dos sintomas nas atividades cotidianas do indivíduo (ambos avaliados pelo Inventário Breve de Dor) e testar a hipótese nula de que não há correlação entre estes níveis e os níveis de incapacidade e variáveis psicossociais.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Participantes

Foram convidados a participar desse estudo voluntários maiores de18 anos de idade, com dor lombar com ou sem presença de dor irradiada ou referida para extremidades inferiores. O recrutamento dos voluntários foi realizado por meio on-line, através do questionário elaborado na plataforma *Google Forms* e divulgado através das redes sociais com vídeo convidativo e link de acesso. Os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), após aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO A) do Centro Universitário Barão de Mauá registrado com CAAE: 11892119.3.0000.5378.

Foram excluídos os voluntários que preencheram os seguintes requisitos: dor a menos de 3 meses e menores de 18 anos.

3.2 Procedimentos

Os procedimentos de coleta de dados foram realizados, como descritos acima, por meios digitais. Inicialmente, foram coletados dados pessoais, dados sobre a área sintomática, característica dos sintomas e intensidade da dor por meio de uma ficha de avaliação específica (APÊNDICE B).

Foram aplicados, então, os questionário traduzidos, adaptados e validados para a população brasileira Oswestry 2.0 (VIGATTO, 2007), Escala Tampa para Cinesiofobia (SOUZA et al., 2008), Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor – B-PCS (SARDÁ JUNIOR et al., 2008) e Inventário Breve de Dor (FERREIRA et al., 2010). Todos disponíveis no final deste documento (ANEXOS B, C, D e E).

3.2.1 Índice de Incapacidade de Oswestry

O índice de Oswestry (ANEXO B) é um instrumento recomendado para a avaliação das desordens da coluna, de fácil aplicação e com abrangência de atividades cotidianas para a maioria das pessoas. A escala de Oswestry é constituída por 10 seções que descrevem as dores ou limitações resultantes da dor lombar com seis alternativas de resposta para cada seção (VIGATTO, 2007). De acordo com o

índice de Oswestry para cada seção de seis afirmações o ponto total é cinco. Se a primeira afirmação é marcada, o ponto é igual à zero, e se a última for marcada, o ponto será igual a cinco. As afirmações intermediárias são pontuadas de acordo com essa classificação. Se mais de uma afirmação for assinalada em cada seção, é sugerido manter a de maior pontuação. Se todas as 10 seções forem completas, a pontuação é calculada da seguinte maneira: Se 24 pontos foram alcançados, sendo que o total é de 50, divide-se a pontuação do paciente pelo total multiplicando por 100, perfazendo uma pontuação de 48%. Se uma seção não for marcada ou não se aplica ao referido paciente, a pontuação é calculada dividindo-a pelo total de seções respondidas. Para cada quesito zero é a normalidade e cinco corresponde a uma maior alteração de função, sendo assim, quanto maior a pontuação maior é a incapacidade funcional do indivíduo (LOUPASIS et al., 1999).

3.2.2 Escala Tampa para Cinesiofobia

O TSK (ANEXO B) é um questionário de 17 itens que visa avaliar crenças sobre medo da dor ou (re) lesão devido ao movimento. Cada item é fornecido com uma escala Likert, de 4 pontos, variando de “concordo totalmente” a “discordo totalmente” e o sistema de pontuação varia de 17 a 68 pontos e, quanto maior a pontuação, maior o medo do movimento (SOUZA et al., 2008).

3.2.3 Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor (B-PCS)

O questionário B-PCS (ANEXO C) é um instrumento criado para avaliar o nível de Catastrofização em relação à dor. É auto aplicável, contém 13 itens, onde o paciente informa o grau que o caracterize em relação a qualquer sentimento ou pensamento descrito no questionário, tendo o parâmetro limite de 5 pontos. Este é composto por três subclasses: desesperança, ruminação e magnificação (SARDÁ JUNIOR et al., 2008).

No artigo original as perguntas são mensuradas até 5 pontos, onde a intensidade e frequência das informações, estão descritas no questionário. Os itens de graduação

e sua classificação numérica são descritas como: 0 (mínima), 1 (leve), 2 (moderada), 3 (intensa), 4 (muito intensa). A pontuação total se dá pela somatória dos itens assinalados no questionário, onde varia de 0 a 52 pontos.

3.2.4 Inventário Breve de Dor

O BPI (ANEXO D) consiste em nove itens dispostos em duas dimensões: intensidade / gravidade da dor (dimensão sensorial, itens 3 a 6) e interferência da dor (impacto) na vida do paciente (dimensão reativa, itens 9a a 9g). Este, solicita que os pacientes classifiquem sua intensidade e interferência da dor (como atividades gerais, humor, capacidade de caminhar, trabalho normal, relacionamentos com outras pessoas, sono e prazer da vida) em uma escala de 11 pontos, variando de 0 (sem dor / sem interferência) a 10 (o mais ruim possível). Além disso, inclui também um diagrama corporal para avaliar a localização da dor (item 2), mede a porcentagem de alívio (item 8) e solicita aos pacientes que descrevam quais tratamentos estão sendo utilizados para controlar a dor. As pontuações para as duas dimensões variam de 0 a 10 e são calculadas usando a média do total de itens. Uma pontuação alta representa alta intensidade ou interferência da dor (FERREIRA et al., 2010).

3.3 Análises Estatísticas

Os valores dos três instrumentos foram utilizados para fins de análise estatística. Utilizamos o teste W de *Saphiro-Wilk* para estimar a normalidade dos dados já que o Coeficiente de Correlação de *Pearson* inicialmente cogitado é altamente influenciável pela média da distribuição e, portanto, um pressuposto para sua aplicação é de que as observações utilizem uma distribuição normal (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JUNIOR, 2009). Como alguns dados apresentaram-se fora da curva de normalidade, para avaliar as possíveis correlações entre os scores, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (MUAKAKA, 2012).

4 RESULTADOS

Foram avaliados um total de 156 indivíduos. Em vista deste resultado, 84foram incluídos para a análise e estatística final, onde a média de idade foi de 35,0 com desvio padrão de 11,8 (variação 18,3-67,3 anos), preenchendo critério de elegibilidade e subsequentemente incluídos no estudo depois de obter o consentimento livre esclarecido. Foram excluídos 67 indivíduos no total, sendo 59 por não apresentar dor há mais de 3 meses, 9 por duplicação de dados e 4 por serem menores de 18 anos.

Inicialmente foram coletados dados sobre interferência da dor, qualidade do sono e uso de medicamentos (tabela 1); horas de sono por noite (tabela 2); presença de Bruxismo (tabela 3) e comportamento dos sintomas ao longo do dia (tabela 4).

Tabela 1 – Dor relacionada a rotina de sono e uso de medicamentos.

Tabela 1	**Dor relacionada a rotina de sono e uso de medicamentos.**		
Variável	**Resposta**	**f**	**%**
A dor atrapalha meu sono ?	Sim	45	53,6
	Não	39	46,4
Você se sente descansado ao acordar ?	Sim	25	29,8
	Não	59	70
Faz uso de medicamento para ansiedade, depressão ou distúrbio de sono ?	Sim	21	25
	Não	63	75
	Total	84	100

* Os valores são ± DP médio, a menos que seja indicado outro valor.

Tabela 2 – Rotina de sono relacionada a quantidade de horas dormidas.

Tabela 2	**Rotina de sono relacionada a quantidade de horas dormidas.**	
Resposta	**f**	**%**
3-4 horas	8,0	9,5
6-7 horas	63,0	75,0
8 horas ou mais	13,0	15,5
Total	84	100,0

* Os valores são ± DP médio, a menos que seja indicado outro valor.

Tabela 3 – Rotina de sono.

Tabela 3	**Rotina de sono.**	
Resposta	**f**	**%**
Sim	24,0	28,6
Não Sei	23,0	27,4
Não	37,0	44,0
Total	84	100,0

* Os valores são ± DP médio, a menos que seja indicado outro valor.

Tabela 4 – Período de piora da dor.

Tabela 4	Período de piora da dor.	
Resposta	**f**	**%**
Manhã	10	11,9
Tarde	21	25,0
Noite	53	63,1
Total	84	100,0

* Os valores são ± DP médio, a menos que seja indicado outro valor.

Posteriormente, foram aplicados os questionários de Oswestry, B-PCS, Tampa e Inventario Breve de Dor. Os resultados médios de cada instrumento podem ser apreciados na Tabela 5.

Tabela 5 – Variáveis dos participantes do estudo.

Tabela 5	Demografia de base e auto - variáveis para todos os participantes do estudo.			
Variável	**Valores**	**Mediana**	**Mínima**	**Máxima**
Idade	35,00	-	18,3	67,30
Oswestry	19,62 ± 10,38	19,00	2,00	52,00
B-PCS	18,73 ± 12,32	16,50	0,00	52,00
Tampa	36,79 ± 10.38	36,50	17,00	58,00
Percepção dos Sintomas	4,943 ± 1,938	5,000	0,750	9,250
Interferência nas Atividades	2,446 ± 2,416	1,429	0,000	9,000

Abreviações: B-PCS, Escala de pensamento catastrófico sobre a dor.

* Os valores são ± DP médio, a menos que seja indicado outro valor.

A seguir, no intuito de estimarmos a normalidade dos dados foi utilizada inicialmente a avaliação de Histograma e subsequentemente o teste de *Shaphiro-Wilk* para que pudéssemos escolher corretamente as ferramentas estatísticas. Abaixo pode ser apreciado (figura 1) o exemplo de um histograma (relacionado com a Interferência da Dor nas Atividades obtida através do Inventário Breve de Dor) que claramente não condiz com a apresentação normal para os dados e, sua subsequente análise para confirmação através do teste de *Shaphiro-Wilk* confirmando um valor de p=0,01 que denota uma apresentação fora da curva normal (figura 2). Por conta deste resultado, e não obstante o restante das variáveis se enquadrarem dentro da curva de normalidade, os dados foram submetidos ao coeficiente de correlação de *Spearman* já que este não sofre influências de dados que se apresentem fora da normalidade.

Figura 1 – Histograma para Interferência nas atividades.

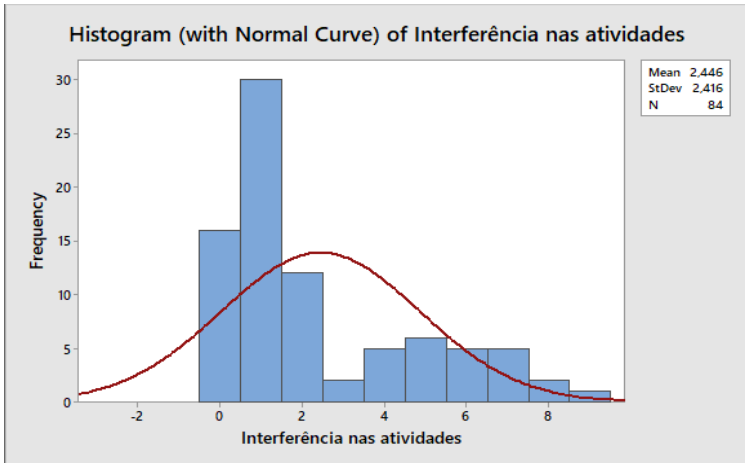
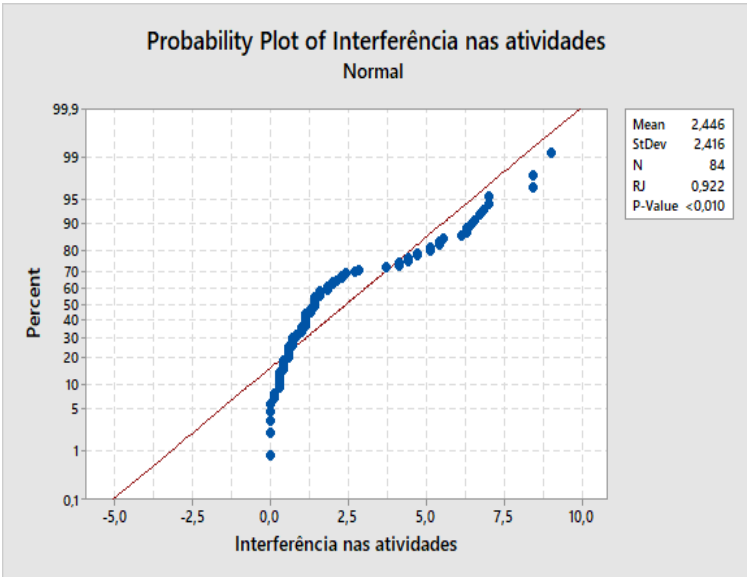


Figura 2 – Teste de *Shaphiro-Wilk* para a variável "Interferência nas Atividades" do Inventário Breve de Dor



Como próximo passo, analisamos os dados referentes ao nosso objetivo principal. Para análise das correlações, como já justificado no início desta sessão, aplicamos o Coeficiente de Correlação de *Spearman* (□) com os seguintes resultados (tabela 6): Oswestry x Tampa □=0,386 (p=0,0003) denotando uma correlação fraca(figura3); Oswestry x B-PCS □=0,515 (p=0,0001) denotando uma correlação moderada (Figura 4); Oswestry x Percepção dos sintomas □=0,556 (p=0,0001) denotando uma correlação moderada(figura5); B-PCS x Percepção dos sintomas □=0,446(p=0,0001) denotando uma correlação moderada (figura 6); Tampa x Percepção dos sintomas □=0,326 (IC = p=0,002) denotando uma correlação fraca (figura 7);

Tabela 6– Resultados das correlações do Coeficiente de Correlação de Spearman

Tabela 6	Coeficiente de Correlação de Spearman para correlação entre funcionalidade e aspectos biopsicossociais.	
Variável	**Valor**	**Correlação**
Oswestry x Tampa	p= 0,386	fraca (p= 0,0003)
Oswestry x B-PCS	p= 0,515	moderada (p= 0,0001)
Oswestry x Percepção dos sintomas	p= 0,556	moderada (p= 0,0001)
Oswestry x Interferência nas atividades	p= 0,529	moderada (p= 0,0001)
B- PCS x Percepção dos Sintomas	p= 0,446	moderada (p= 0,0001)
B- PCS x Interferência nas Atividades	p= 0,490	moderada (p= 0,0001)
Tampa x Percepção dos Sintomas	p= 0,326	fraca (p= 0,0002)
Tampa x Interferência nas Atividades	p= 0,328	fraca (p= 0,0002)

Abreviações: B-PCS, Escala de pensamento catastrófico sobre a dor.

Figura 3 – Gráfico de dispersão demonstrando a correlação entre o Oswestry e a Escala Tampa de Cinesiofobia.

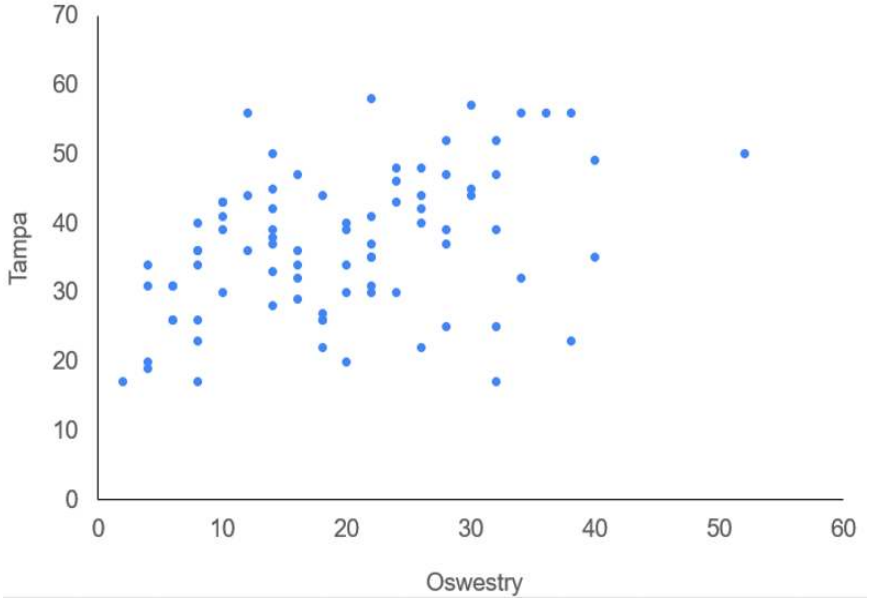


Figura 4 – Gráfico de dispersão demonstrando a correlação entre o Oswestry e a B-PCS.

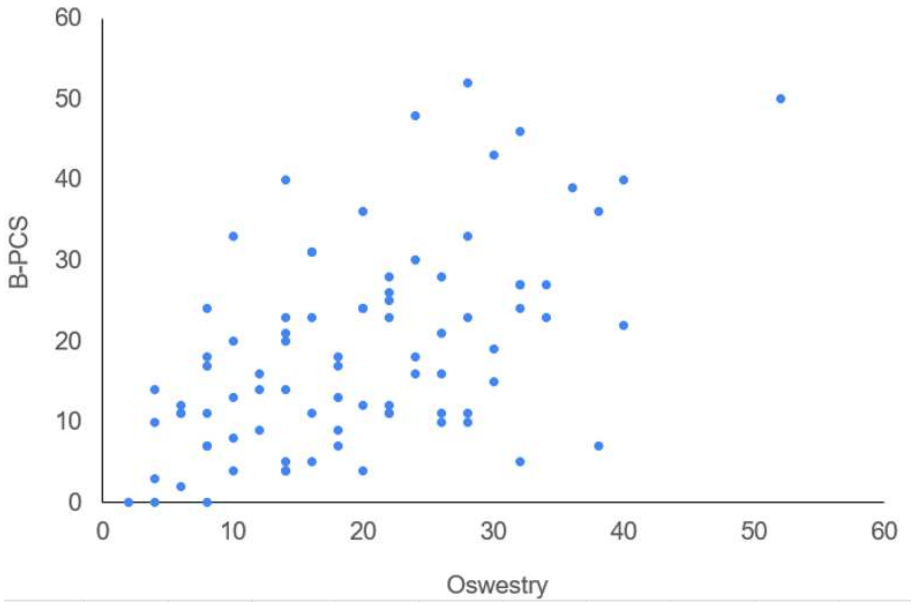


Figura 5 – Gráfico de dispersão demonstrando a correlação entre o Oswestry e a Percepção dos Sintomas avaliada pelo Inventário Breve de Dor.

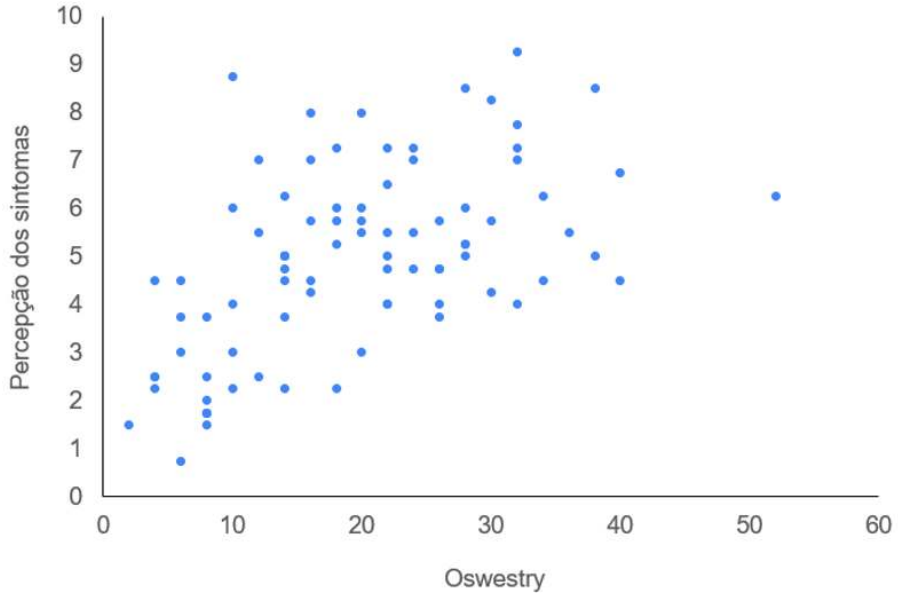


Figura 6 – Gráfico de dispersão demonstrando a correlação entre a B-PCS a Percepção dos Sintomas avaliada pelo Inventário Breve de Dor.

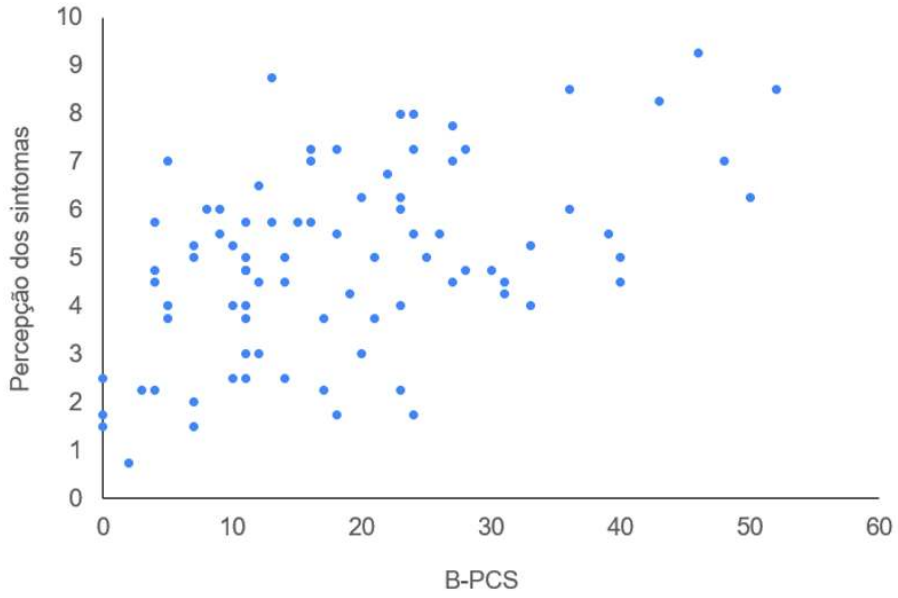
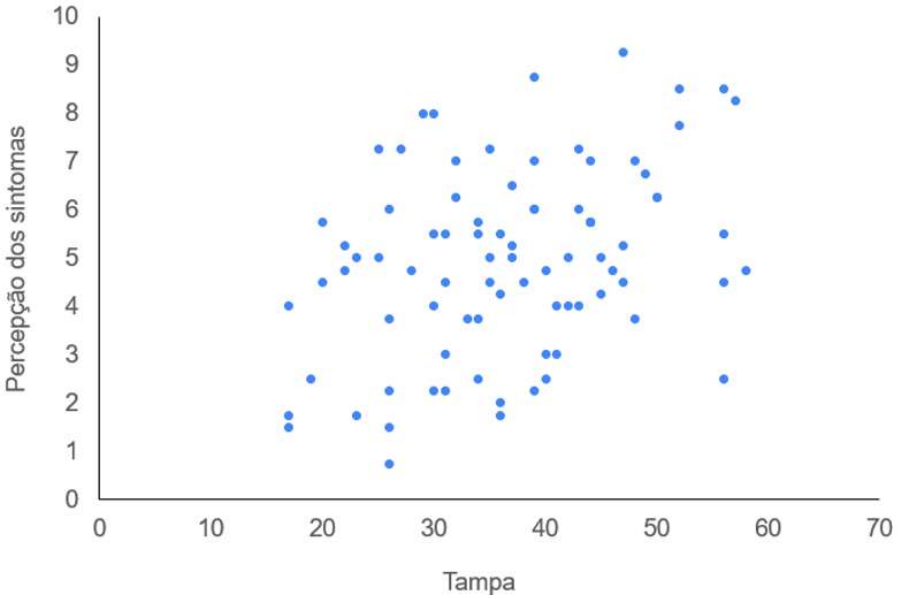


Figura 7 – Gráfico de dispersão demonstrando a correlação entre a Escala TAMPA e a Percepção dos Sintomas avaliada pelo Inventário Breve de Dor.



5 DISCUSSÃO

5.1 Dados descritivos

Este trabalho teve como objetivo principal testar a hipótese nula de que não há correlação entre o nível de incapacidade com os aspectos psicossociais. Antes de ressaltarmos os dados principais, gostaríamos de descrever alguns dados importantes: a média de idade dos indivíduos selecionados foi de 35±11,8 anos com uma média de dor de 4,943 coletada através do Inventário Breve de Dor. Ademais, a pontuação média de Oswestry foi de 19,62, B-PCS 18,73, Tampa 36,79.

5.2 Correlações entre Oswestry e Tampa

Notamos houve uma correlação fraca entre o medo do movimento e a incapacidade. Contrariamente a estes resultados, na revisão sistemática de Luque-Suarez, Martinez-Calderon e Falla (2018), publicada na revista *British Journal of Sports Medicine*, foram encontrados maiores níveis de correlação entre cinesiofobia e incapacidade.

Em primeiro lugar é importante denotar queVlayen et. al. (1995) definiu o valor de *cutoff* para considerarmos a pontuação como alto medo do movimento como de 37 pontos, próximo dos 36,79 pontos médios de nossa população o que aponta para um dado alarmante, já que os autores reforçam que o medo do movimento é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento e perpetuação da cronicidade. No trabalho de Vlayen et. al. (1995), assim como no de Luque-Suarez, Martinez-Calderon e Falla (2018) houve uma maior pontuação no grupo masculino em relação ao feminino e isto pode ser um dos motivos pelos quais nossos dados diferiram em relação à magnitude da correlação. Em nossos cálculos consideramos todos os pacientes em um mesmo grupo, levando em conta somente seu status de cronicidade baseado na temporalidade.

Outro fato importante diz respeito ao nosso número de coletas. Devido ao prazo estreito optamos por tratar nossos dados e finalizar este trabalho ainda em fase de coleta ativa. A coleta realizada por Luque-Suarez, Martinez-Calderon e Falla (2018) foi composta por uma metanalise de 10726 participantes, número muito maior do que nossos n analisado e com um nível de evidencia também muito mais relevante. Apesar de suas afirmações anteriores,Luque-Suarez et. al. (2019) em uma nova analise,

relataram que não obstante aos resultados previos que não haviam evidências claras de correlação entre cinesiofobia e incapacidade, pois os resultados eram conflitantes naquele momento.

Apesar de nossas limitações e dos conflitos da literatura acerca das correlações, precisa ficar claro que uma baixa correlação não representa ausência desta e, ainda, não invalida o fato de que indivíduos com dor crônica apresentam altos valores de medo de movimento quando observada tanto a média quanto a mediana e, que de qualquer forma é importante reforçar que o medo do movimento é um importante fator para cronificação e, portanto, uma variável de importante entendimento (WERTLI et al., 2014).

De fato, já na década de 90, Crombez et. al. (1999) em seu clássico artigo intitulado “Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability” reforçavam que o medo parece fazer parte de um ciclo negativo que leva os indivíduos a evitar movimentos que por sua vez causaria aumentos significativos de ansidade, depressão e, consequente perpetuação dos sintomas.

Nesta mesma direção, Vlayen et. al. (2000), demonstram através de um artigo do tipo “*state of art*”que as evidencias mais modernas apontavam justamente para essa conclusão de que as crenças de medo e evitação são fatores essenciais para o desenvolvimento da cronicidade em pacientes com dor lombar.

5.3 Correlações entre Oswestry e B-PCS

Outra importante parte do modelo de medo e evitação descrita tanto por Crombez et. al. (1999) quanto por Vlayen et. al. (2000) diz respeito à catastrofização. Neste sentido, nosso estudo demonstrou uma correlação moderada entre incapacidade e a catastrofização em indivíduos com dor lombar crônica. Em concordância com nossos resultados Wertli et. al. (2014), em um estudo de revisão sistemática, concluíram que na maioria dos estudos nos leva à conclusão de que a catastrofização está associada à dor e incapacidade em pacientes com dor lombar aguda, subaguda e crônica. Apesardos valores de correlação que encontramos, o manual oficial da escala produzido na *McGill University* (SULLIVAN, 1995) faz uma estimativa de que 30 pontos seriam um valor de corte para classificar pacientes como alto nível de catastrofização, sendo que nossa média ficou em 18,73±12,32 e mediana

de 16,50. Novamente, precisamos considerar que os idealizadores da escala mostraram valores maiores para homens do que mulheres e nós tratamos os dados de maneira global, fato que pode ter diluído nossos cálculos.Por fim, em oito estudos encontrados por Luque-Suarez et. al. (2019) os resultados foram conflitantes quando analisados essa associação, pois em geral, a qualidade da evidência foi muito baixa.

5.4 Correlações: Oswestry, Tampa, B-PCS x Inventário Breve de Dor

No que concerne aos resultados referentes tanto a incapacidade quanto a percepção de sintomas, referente à dor crônica, encontramos uma correlação moderada. Nossos valores médios de intensidade da dor foram de 4,943±1,93 com mediana de 5 denotando, portanto, uma intensidade moderada de dor.

Com respeito em específico à correlação entre incapacidade e intensidade da dor Martinez-Calderon et. al. (2018) em uma revisão sistemática demonstrou que parece haver uma influência da intensidade da dor nos níveis de incapacidade em indivíduos com dor no ombro, apesar de ainda existir uma baixa qualidade metodológica geral na literatura. Por outro lado, Garbi et. al. (2014) encontraram correlações fracas entre essas variáveis.

Torna-se claro, ao observar os resultados acima, no que tange às correlações entre intensidade de dor e incapacidade, que não há ainda um consenso na literatura e, devido a nossas limitações, nos privaremos de maiores suposições.

No que diz respeito aos fatores psicológicos, como ansiedade, cinesiofobia, catastrofização, distúrbios de memória e dificuldades de concentração parece realmente existir influências destes na percepção da dor (REIS et al., 2018). Em concordância a esta afirmação, Severeijns et. al. (2001) concluem que as variáveis psicossociais como catastrofização tem um papel crucial nas variações de percepção dos sintomas, incapacidade e estresse psicológico. Apesar das posições dos dois autores parece haver resultados conflitantes na associação entre catastrofização da dor e intensidade da dor na revisão sistemática realizada por Luque-Suarez et. al. (2019).

Por fim, no tocante à correlação entre o medo do movimento e a intensidade da dor Bletzer et. al. (2016) afirmou que o medo e a percepção da dor que foram altamente significativos em 4 estudos ($p < 0,01$) e significativos em 3 estudos ($p < 0,05$). Em concordância, um estudo clínico encontrou fortes evidências de uma associação

entre um maior grau de cinesiofobia e maiores níveis de intensidade da dor, que também prediz maiores níveis de gravidade da dor e baixos níveis de qualidade de vida aos 6 meses, contudo, o nível de evidência encontrado foi fraco (LUQUE-SUAREZ; MARTINEZ-CALDERON; FALLA, 2018). Este mesmo estudo encontrou evidências moderadas entre um maior grau de cinesiofobia e maiores níveis de severidade da dor e baixa qualidade de vida.

Novamente contrariando os estudos relatados no parágrafo acima, Luque-Suarez et. al. (2019) não encontraram associação entre cinesiofobia e intensidade da dor ao longo do tempo. Em nosso trabalho quando avaliadas as correlações entre cinesiofobia, percepção dos sintomas, encontramos correlação fraca, contudo, além das limitações já descritas acima, isso também pode se explicar ao fato de que a média de idade dos nossos participantes da pesquisa é inferior a encontrada na literatura já que provavelmente nosso meio de coleta nos enviesa a uma população mais jovem e não tão representativa da real média de idade da população onde há maior incidência de dor crônica.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que ao testar a hipótese nula de que há correlação fraca a moderada entre o nível de incapacidade e os aspectos psicossociais, porém, pelo fato de utilizarmos a coleta de forma global dos sexos masculino e feminino, além de ser uma coleta online e que pode enviesar a média de idade - baixa quando comparada com a de outros estudos fazem-se necessárias novas análises com uma estratificação por sexo e, além disso, uma média de idade maior e que represente melhor o perfil da maioria dos pacientes com dor crônica. Estes achados não são, porém, invalidados pelas limitações, mas sim, descortina-se uma clara necessidade de maior controle e cuidado com os dados.

REFERÊNCIAS

BEARD, D. J.; REES, J. L.; COOK, J. A.; ROMBACH, I.; COOPER, C.; MERRITT, N.; SHIRKEY, B. A.; DONOVAN, J. L.; GWILYM, S.; SAVULESCU, J.. Arthroscopic subacromial decompression for subacromial shoulder pain (CSAW): a multicentre, pragmatic, parallel group, placebo-controlled, three-group, randomised surgical trial. **The Lancet**, London, v. 391, n. 10118, p. 329-338, jan. 2018. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1016/S0140-6736(17)32457-1 . Acesso em: 22 jun. 2020

BLETZER, J.; GANTZ, S.; VOIGT, T.; NEUBAUER, E.; SCHILTENWOLF, M.. Chronische untere Rückenschmerzen und psychische Komorbidität. **Der Schmerz**, Berlin, v. 31, n. 2, p. 93-101, 8 ago. 2016. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1007/s00482-016-0143-4. Acesso em: 05 out. 2020

BREIVIK, H.; EISENBERG, E.; O'BRIEN, T.. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. **Bmc Public Health**, London, v. 13, n. 1, p. 1-14, dez. 2013.Disponível em: https://sci-hub.do/10.1186/1471-2458-13-1229. Acesso em: 24 jun. 2020.

BUCHBINDER, R.; TULDER, M. V.; ÖBERG, B.; COSTA, L. M.; WOOLF, A.; SCHOENE, M.; CROFT, P.. Low back pain: a call for action. **The Lancet**, London, v. 391, n. 10137, p. 2384-2388, jun. 2018. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1016/S0140-6736(18)30488-4. Acesso em: 24 jun. 2020.

CAVALCANTE-LEÃO, B. L.; STECHMAN-NETO, J.; RAVAZZI, G. M. C.; SANTOS, A. H. de L.; SAMPAIO, R.; ZEIGELBOIM, B. S.. Patients with chronic pain: degree of kinesiophobia related to dance practice. Brazilian Journal Of Pain, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 316-319, 17 jul. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/brjp/v1n4/1806-0013-brjp-01-04-0316.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

CHIMENTI, R. L.; FREY-LAW, L. A.; SLUKA, K. A.. A Mechanism-Based Approach to Physical Therapist Management of Pain. **Physical Therapy**, Alexandria, v. 98, n. 5, p. 302-314, 16 abr. 2018. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1093/ptj/pzy030. Acesso em: 14 jul. 2020.

CROMBEZ, G.; VLAEYEN, J. W.s.; HEUTS, P. H.T.G.; LYSENS, R.. Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. **Pain**, Amsterdam, v. 80, n. 1, p. 329-339, mar. 1999. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10204746/. Acesso em: 02 out. 2020.

CROWNOVER, B. K.; BEPKO, J. L.. Appropriate and Safe Use of Diagnostic Imaging. **American Academy Of Family Physicians**, Kansas, v. 87, n. 7, p. 494-501, abr. 2013. Disponível em: https://www.aafp.org/afp/2013/0401/p494.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

DUNN, W. R.; KUHN, J. E.; SANDERS, R.; AN, Q.; BAUMGARTEN, K. M.; BISHOP, J. Y.; BROPHY, R. H.; CAREY, J. L.; HOLLOWAY, G. B.; JONES, G. L.. Symptoms of Pain Do Not Correlate with Rotator Cuff Tear Severity. **The Journal Of Bone & Joint**

Surgery, Boston, v. 96, n. 10, p. 793-800, maio 2014. Disponível em: https://sci-hub.do/10.2106/JBJS.L.01304. Acesso em: 24 jun. 2020

ENGEL, G. The clinical application of the biopsychosocial model. **American Journal Of Psychiatry**, Arlington, v. 137, n. 5, p. 535-544, maio 1980. Disponível em: https://sci-hub.st/10.1176/ajp.137.5.535. Acesso em: 18 jun. 2020.

FERREIRA, K. A.; TEIXEIRA, M. J.; MENDONZA, T. R.; CLEELAND, C. S.. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care In Cancer**, Berlin, v. 19, n. 4, p. 505-511, 10 mar. 2010. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1007/s00520-010-0844-7. Acesso em: 25 jun. 2020.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; S. JÚNIOR, J. A. da. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, Pernambuco, v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicahoje/article/view/3852. Acesso em: 02 out. 2020.

GARBI, M. de O. S. S.; HORTENSE, P.; GOMEZ, R. R. F.; SILVA, T. de C. R. da; CASTANHO, A. C. F.; SOUSA, F. A. E. F.. Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 569-575, ago. 2014. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1590/0104-1169.3492.2453. Acesso em: 02 out. 2020.

GATCHEL, R. J.; PENG, Y. B.; PETERS, M. L.; FUCHS, P. N.; TURK, D. C.. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions.. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 133, n. 4, p. 581-624, 2007. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1037/0033-2909.133.4.581. Acesso em: 17 jun. 2020.

HUNT, M. A.; BIRMINGHAM, T. B.; SKARAKIS-DOYLE, E.; VANDERVOORT, A. A.. Towards a biopsychosocial framework of osteoarthritis of the knee. **Disability And Rehabilitation**, London, v. 30, n. 1, p. 54-61, jan. 2008. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1080/09638280701189960. Acesso em: 18 jul. 2020.

G. JULL. Biopsychosocial model of disease: 40∴years on. which way is the pendulum swinging?. **British Journal Of Sports Medicine**, Loughborough, v. 51, n. 16, p. 1187-1188, 6 jan. 2017. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1136/bjsports-2016-097362. Acesso em: 24 jun. 2020.

KRELING, M. C. G. D.; CRUZ, D de A. L. M. da; PIMENTA, C A.De M.. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 509-513, ago. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a07v59n4.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

LOUPASIS, G A.; STAMOS, K; KATONIS, P G.; SAPKAS, G; KORRES, D S.; HARTOFILAKIDIS, G. Seven- to 20-Year Outcome of Lumbar Discectomy. **Spine**, Hagerstown, v. 24, n. 22, p. 2313-2317, nov. 1999. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1097/00007632-199911150-00005. Acesso em: 22 jun. 2020.

LUQUE-SUAREZ, A; FALLA, D; MORALES-ASENCIO, J M.; MARTINEZ-CALDERON, J. Is kinesiophobia and pain catastrophising at baseline associated with chronic pain and disability in whiplash-associated disorders? A systematic review. **British Journal Of Sports Medicine**, Loughborough, v. 54, n. 15, p. 892-897, 19 jun. 2019. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1136/bjsports-2018-099569. Acesso em: 05 out. 2020.

LUQUE-SUAREZ, A; MARTINEZ-CALDERON, J; FALLA, D. Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. **British Journal Of Sports Medicine**, Loughborough, v. 53, n. 9, p. 554-559, 17 abr. 2018. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1136/bjsports-2017-098673. Acesso em: 5 out. 2020.

MARTINEZ-CALDERON, J; STRUYF, F; MEEUS, M; A LUQUE-SUAREZ,. The association between pain beliefs and pain intensity and/or disability in people with shoulder pain: a systematic review. **Musculoskeletal Science And Practice**, Amsterdam, v. 37, p. 29-57, out. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29980139/. Acesso em: 02 out. 2020.

MUKAKA, M. Statistics Corner: A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. **Malawi Medical Journal.** Lilongwe, p. 69-71. set. 2012. Disponível em: https://sci-hub.st/https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576830. Acesso em: 24 jun. 2020.

RAJA, S N.; CARR, D B.; COHEN, M; FINNERUP, N B.; FLOR, H; GIBSON, S; KEEFE, F J.; MOGIL, J S.; RINGKAMP, M; SLUKA, K A.. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, Amsterdam, v. 161, n. 9, p. 1976-1982, set. 2020. Disponivel em: https://sci-hub.do/10.1097/j.pain.0000000000001939. Acesso em: 16 jul. 2020.

REIS, F; GUIMARÃES, F; NOGUEIRA, L C.; MEZIAT-FILHO, N; SANCHEZ, T A.; WIDEMAN, T. Association between pain drawing and psychological factors in musculoskeletal chronic pain: a systematic review. **Physiotherapy Theory And Practice**, London, v. 35, n. 6, p. 533-542, 16 abr. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29659315/. Acesso em: 05 out. 2020.

SARDÁ JUNIOR, J.; NICHOLAS, M. K.; PEREIRA, I. A.; PIMENTA, C. A. de M.; ASGHARI, A.; CRUZ, R. M.. Validation of the Pain-Related Catastrophizing Thoughts Scale. Acta Fisiatr, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2008. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/actafisiatrica.org.br/pdf/v15n1a05.pdf. Acesso em: 21 jun. 2020.

SEVEREIJNS, R.; VLAEYEN, J. W. S.; HOUT, M. A. van Den; WEBER, W. E. J.. Pain Catastrophizing Predicts Pain Intensity, Disability, and Psychological Distress Independent of the Level of Physical Impairment. **The Clinical Journal Of Pain**, New York, v. 17, n. 2, p. 165-172, jun. 2001. Disponível em: https://sci-hub.se/10.1097/00002508-200106000-00009. Acesso em: 05 out. 2020.

SILVA, C. D. da; FERRAZ, G. C.; SOUZA, L. A. F.; CRUZ, L. V. S.; STIVAL, M. M.; PEREIRA, L. V.. Prevalência de dor crônica em estudantes universitários de

enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem, Goiânia, v. 20, n. 3, p. 519-525, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/13.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020

SILVA, N. S. da; ABREU, S. S. E. de; SUASSUNA, P. D.. Kinesiophobia and associated factors in elderly females with chronic musculoskeletal pain: pilot study. **Revista Dor**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 188-191, ago. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/pt_1806-0013-rdor-17-03-0188.pdf. Acesso em: 24 jun. 2020.

SOUZA, F. S. de; MARINHO, C. da S.; SIQUEIRA, F. B.; MAHER, C. G.; COSTA, L. O. P.. Psychometric Testing Confirms That the Brazilian-Portuguese Adaptations, the Original Versions of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, and the Tampa Scale of Kinesiophobia Have Similar Measurement Properties. **Spine**, Hagerstown, v. 33, n. 9, p. 1028-1033, abr. 2008. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1097/BRS.0b013e31816c8329. Acesso em: 20 jun. 2020.

SULLIVAN, M. J. L.; BISHOP, S. R.; PIVIK, J.. The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. **Psychological Assessment**, Montreal, v. 7, n. 4, p. 524-532, 1995. American Psychological Association (APA). Disponível em: https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524. Acesso em: 02 out. 2020.

TREEDE, R-D.; RIEF, W.; BARKE, A.; AZIZ, Q.; BENNETT, M. I.; BENOLIEL, R.; COHEN, M.; EVERS, S.; FINNERUP, N. B.; FIRST, M. B.. Chronic pain as a symptom or a disease. **Pain**, Amsterdam, v. 160, n. 1, p. 19-27, jan. 2019. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1097/j.pain.0000000000001384. Acesso em: 25 jun. 2020.

VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. de. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Brazilian Journal Of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 176-179, abr. 2018. Disponível em: https://sci-hub.st/10.5935/2595-0118.20180034. Acesso em: 24 jun. 2020.

VIGATTO, R.; ALEXANDRE, N. M. C.; C. FILHO, H. R.. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index. **Spine**, Hagerstown, v. 32, n. 4, p. 481-486, fev. 2007. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1097/01.brs.0000255075.11496.47. Acesso em: 24 jun. 2020.

VLAEYEN, J. W.s.; KOLE-SNIJDERS, A. M.J.; BOEREN, R. G.B.; EEK, H. V.. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. **Pain**, Amsterdam, v. 62, n. 3, p. 363-372, set. 1995. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1016/0304-3959(94)00279-n. Acesso em: 05 out. 2020.

VLAEYEN, J. W.s.; LINTON, S. J.. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. **Pain**, Amsterdam, v. 85, n. 3, p. 317-332, abr. 2000. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1016/s0304-3959(99)00242-0. Acesso em: 14 jul. 2020.

VOS, T.; ALLEN, C.; ARORA, M.; BARBER, R. M.; BHUTTA, Z. A.; BROWN, A.; CARTER, A.; CASEY, D. C.; CHARLSON, F. J.; CHEN, A. Z.. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and

injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. **The Lancet**, London, v. 388, n. 10053, p. 1545-1602, out. 2016. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1016/S0140-6736(16)31678-6. Acesso em: 24 jun. 2020.

WERTLI, M M.; RASMUSSEN-BARR, E; WEISER, S.; BACHMANN, L. M.; BRUNNER, F.. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. **The Spine Journal**, New York, v. 14, n. 5, p. 816-836, maio 2014. Disponível em: https://sci-hub.do/10.1016/j.spinee.2013.09.036. Acesso em: 02 out. 2020.

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido

Os procedimentos éticos – legais propostos neste trabalho seguem as normas de pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde descritas no documento CNS 466/12.

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que contribuirá para a realização do nosso Trabalho de Conclusão de Curso que tem como título "Correlação entre incapacidade, cinesiofobia e catastrofização em pacientes com dor lombar crônica.".

Nessa pesquisa gostaríamos de verificar as relações entre as dificuldades provocadas pela dor crônica nas atividades do seu dia a dia e trabalho com os tipos de pensamentos que você tem em relação ao seu problema.

Os métodos utilizados nesta pesquisa não têm caráter invasivo o que reduz consideravelmente riscos à sua saúde. O resultado desta pesquisa poderá trazer benefícios, já que com os possíveis resultados poderemos aumentar o conhecimento sobre esta condição extremamente prevalente na população em geral.

O (a) senhor(a), então, será útil para nós (fisioterapeutas pesquisadores responsáveis pelo projeto), participando de uma avaliação, que será realizada em forma de formulário on-line, onde verificaremos seu quadro físico geral através de questionários com perguntas relacionadas com a maneira como realiza suas atividades do dia a dia, o modo como a dor (quando presente) influencia no seu dia a dia e no seu trabalho e, por fim, perguntas direcionadas a avaliar seus níveis de ansiedade. O tempo aproximado necessário para que os questionários e perguntas sejam feitos é de 15 minutos.

Declaramos, que esta pesquisa apresenta riscos mínimos para o (a) senhor(a) como, por exemplo, o de constrangimento advindo de perguntas do questionário, no entanto, este risco será minimizado pelo fato de que a pergunta em questão poderá deixar de ser respondida se o (a) senhor (a) assim desejar.

Concordando com os termos acima descritos portanto, pedimos que preencha os itens abaixo e os assine se estiver completamente de acordo com todos eles.

Eu,_____,
R.G._____ pelo presente consentimento, declaro que fui informado, de forma clara e detalhado, do objetivo, da justificativa, dos procedimentos aos quais serei submetido e dos benefícios e riscos do presente projeto de pesquisa intitulada: "Correlação entre incapacidade, cinesiofobia e catastrofização em pacientes com dor lombar crônica" bem como de que meus dados pessoais serão protegidos quando da divulgação dos dados e dos resultados de acordo com os preceitos éticos e legais.

Estou consciente de que não receberei nenhum dinheiro para participar desta pesquisa e nenhuma vantagem, exceto o fato de que o resultado da pesquisa poderá trazer melhor entendimento para minha situação atual.

Fui igualmente informado de:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa; bem como os benefícios e outros relacionados com a pesquisa.
2. O direito de não ser identificado e ter minha privacidade preservada.
3. O direito de estar seguro diante das minhas respostas de modo a não sofrer represálias.

4. Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a mim.
5. Da garantia de que não terei nenhuma despesa decorrente da participação desta pesquisa.

Para eventuais dúvidas ou quaisquer queixas o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Barão de Mauá (ao qual este projeto foi previamente submetido e aprovado) através do telefone (16) 3603-6624. Se sentir necessidade, também poderá entrar em contato com o pesquisador responsável (Prof. Me. Victor Guilherme Luvizaro Felice Garcia Neves)ou com sua equipe de pesquisa (Beatriz Bernardi Monteiro De Oliveira, Beatriz CopeschiBusato, Caroline Stoque Silva, Isabela Ribeiro Da Silva, Jacqueline Suellen Araujoe Larissa Petri Defina)através do telefone (16) 3968-8888ou, pelo e-mail victor.garcia@baraodemaua.br.

É importante ressaltar que uma cópia desse termo lhe será entregue e, que você pode desistir a qualquer momento e retirar todo o material por nós coletados relacionados a você. Além disso, é de nossa responsabilidade a indenização por quaisquer danos causados ao (à) senhor (a).

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados, descritos e consinto em participar da avaliação elaborada pelos pesquisadores, que subscrevem este termo de consentimento.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2020.

Prof. Me. Victor G. L. F. Garcia Neves

Pesquisador responsável

Participante: ( ) Concordo em participar.

APÊNDICE B– Dados pessoais, avaliação e controle dos sintomas

Dados pessoais

Nome Completo *

Sua resposta

R.G *

Sua resposta

Data de nascimento: *

DD MM AAAA

__ / __ / ____

Data que está respondendo este questionário *

DD MM AAAA

__ / __ / ____

Sente dor a mais de três meses no mesmo lugar? *

- ○ Sim
- ○ Não

Avaliação e Controle dos Sintomas

Qual o local de sua dor? *

Sua resposta

Coisas que pioram minha dor: *

Sua resposta

Coisas que melhoram minha dor: *

Sua resposta

Como minha dor fica durante o dia (se é pior de manhã, a tarde ou a noite): *

- ○ Manhã
- ○ Tarde
- ○ Noite

A dor atrapalha meu sono? *

- ○ Sim
- ○ Não

Quantas horas eu durmo por noite? *

- ◯ 1-2 horas
- ◯ 3-4 horas
- ◯ 6-7 horas
- ◯ 8 horas ou mais

Você se sente descansado ao acordar? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

Você range os dentes durante a noite? *

- ◯ Sim
- ◯ Não
- ◯ Não sei dizer

Faz uso de medicamentos para ansiedade, depressão ou distúrbios do sono? *

- ◯ Sim
- ◯ Não

Quais medicamentos você toma para ansiedade, depressão ou distúrbios do sono (se não utiliza, apenas escreva: "não utilizo") : *

Sua resposta

ANEXO A – Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa

CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CORRELAÇÃO ENTRE INCAPACIDADE, CINESIOFOBIA E CATASTROFIZAÇÃO EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA.

Pesquisador: Victor Felice

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 11892119.3.0000.5378

Instituição Proponente: ORGANIZACAO EDUCACIONAL BARAO DE MAUA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.244.028

Apresentação do Projeto:

A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como uma "experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos desta lesão". A prevenção do surgimento ou a incapacidade relacionada à dor lombar requer o entendimento de que a deficiência é intimamente ligada ao contexto social e econômico das pessoas, e isso é diretamente relacionado com as crenças pessoais e culturais sobre dor nas costas. Justificativa: Atualmente a prevalência de dor crônica vem aumentando cada dia mais em jovens, adultos e idosos no Brasil e no mundo, a dor crônica configura-se em um problema de saúde pública devido ao seu custo elevado para a sociedade e para os serviços de saúde e, por mais que existam vários estudos relacionados à dor crônica, pouco tem a correlação com movimentos dolorosos subjetivos do paciente devido à falta de padronização e barreiras metodológicas. Objetivos: Este estudo tem como objetivo identificar em indivíduos com dor crônica a relação entre incapacidade gerada pela Cinesiofobia e Catastrofização da dor e identificar se pacientes com dor exacerbada possuem Cinesiofobia e ligação com a Catastrofização. Métodos: Para isso, serão aplicados questionários de forma
presencial (se possível) ou on-line (através de formulário) em pacientes entre 18 e 65 anos, com dor lombar podendo apresentar ou não dor irradiada ou referida para membro inferior com período sintomático superior a três meses, sendo necessário o diagnóstico clínico de lombalgia ou

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
Bairro: JARDIM PAULISTA **CEP:** 14.090-180
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6600 **Fax:** (16)3618-6102 **E-mail:** cepbm@baraodemaua.br



lombociatalgia. Para avaliar a possível correlação entre os scores, será utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson , o teste W de Saphiro-Wilk
para estimar a normalidade, sendo que um valor de p> que 0,05 indica normalidade nos valores testados e finamente, o teste U de Mann Whitney será utilizado para comparação entre os grupos independentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Este estudo tem como objetivo identificar se pacientes com dor crônica apresentam correlação entre incapacidade, cinesiofobia e catastrofização da dor

Objetivo Secundário:

Testar a hipótese de que pacientes com alto índice de dor não apresentam cinesiofobia e catastrofização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Risco mínimo relacionado a desconfortos advindos das perguntas contidas nos questionários, contudo, esse risco será minimizado pelo esclarecimento que o paciente pode deixar de responder à perguntas que lhe pareçam inadequadas.

Benefícios:

Com os dados poderemos entender melhor as relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais, fato este que pode se traduzir em tratamento mais abrangentes e humanizados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- os autores da pesquisa sugerem a mudança de parte da coleta de dados para modalidade on line - trata-se de uma emenda

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- todos os termos foram devidamente apresentados

Recomendações:

- nada a declarar

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- o relator sugere a aprovação desta emenda

Considerações Finais a critério do CEP:

CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ

Continuação do Parecer: 4.244.028

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1568557_E2.pdf	17/08/2020 11:03:14		Aceito
Outros	Carta_ao_parecerista_Atualizada.docx	17/08/2020 11:00:40	Victor Felice	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_Atualizada_2020_Online.docx	17/08/2020 10:50:03	Victor Felice	Aceito
Cronograma	Cronograma_ATUALIZADO.jpg	17/08/2020 10:49:01	Victor Felice	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Online.docx	01/06/2020 09:26:01	Victor Felice	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Presencial.docx	01/06/2020 09:25:22	Victor Felice	Aceito
Outros	Carta_ao_Parecerista.docx	12/02/2020 20:14:13	Victor Felice	Aceito
Cronograma	CronogramaAtualizado2020.pdf	12/02/2020 19:55:08	Victor Felice	Aceito
Outros	Autorizacaodecoleta_Assinada.docx	13/05/2019 11:30:06	Victor Felice	Aceito
Outros	Termoresponsabilidade.JPG	13/05/2019 11:29:01	Victor Felice	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC6.docx	13/05/2019 11:27:51	Victor Felice	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2019.docx	13/05/2019 11:27:16	Victor Felice	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	15/04/2019 10:44:40	Victor Felice	Aceito
Orçamento	Orcamento.JPG	15/04/2019 10:24:33	Victor Felice	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
Bairro: JARDIM PAULISTA **CEP:** 14.090-180
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6600 **Fax:** (16)3618-6102 **E-mail:** cepbm@baraodemaua.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
BARÃO DE MAUÁ

Continuação do Parecer: 4.244.028

RIBEIRAO PRETO, 28 de Agosto de 2020

Assinado por:
Cristina Endo
(Coordenador(a))

Endereço: RAMOS DE AZEVEDO
Bairro: JARDIM PAULISTA **CEP:** 14.090-180
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6600 **Fax:** (16)3618-6102 **E-mail:** cepbm@baraodemaua.br

ANEXO B- Versão brasileira do questionário oswestry disability index (odi)

Assinale em cada uma delas apenas a resposta que mais claramente descreve a sua condição do dia a dia.

Seção 1 – Intensidade da Dor

- Não sinto dor no momento.
- A dor é muito leve no momento.
- A dor é moderada no momento.
- A dor é razoavelmente intensa no momento.
- A dor é muito intensa no momento.
- A dor é a pior que se pode imaginar no momento.

Seção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)

- Posso cuidar de mim mesmo normalmente sem que isso aumente a dor.
- Posso cuidar de mim mesmo normalmente, mas sinto muita dor.
- Sinto dor ao cuidar de mim mesmo e faço isso lentamente e com cuidado.
- Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- Necessito de ajuda diária na maioria dos aspectos de meus cuidados pessoais.
- Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.

Seção 3 – Levantar Objetos

- Consigo levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.
- A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levantá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre a mesa.
- A dor me impede de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves e moderados, se estiverem convenientemente posicionados.
- Consigo levantar apenas objetos muito leves.
- Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

Seção 4 - Caminhar

- A dor não me impede de caminhar qualquer distância.
- A dor me impede de caminhar mais de 1.600 metros. (aproximadamente 16 quarteirões de 100 metros).
- A dor me impede de caminhar mais de 800 metros. (aproximadamente 8 quarteirões de 100 metros).
- A dor me impede de caminhar mais de 400 metros. (aproximadamente 4 quarteirões de 100 metros)
- Só consigo andar usando uma bengala ou muleta.
- Fico na cama a maior parte do tempo e preciso me arrastar para ir ao banheiro.

Seção 5 -Sentar

- Consigo sentar em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que quiser.
- Consigo sentar em uma cadeira confortável durante o tempo que quiser.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora.

- A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de 10 minutos.
- A dor me impede de sentar.

Seção 6 - Ficar em Pé

- Consigo ficar em pé o tempo que quiser sem aumentar a dor
- Consigo ficar em pé durante o tempo que quiser, mas isso aumenta a dor.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de 1 hora.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de meia hora.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de 10 minutos.
- A dor me impede de ficar em pé.

Seção 7 – Dormir

- Meu sono nunca é perturbado pela dor.
- Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
- Durmo menos de 6 horas por causa da dor.
- Durmo menos de 4 horas por causa da dor.
- Durmo menos de 2 horas por causa da dor.
- A dor me impede totalmente de dormir.

Seção 8 – Vida sexual

- Minha vida sexual é normal e não aumenta minha dor.
- Minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.
- Minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.
- Minha vida sexual é severamente limitada pela dor.
- Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.
- A dor me impede de ter uma vida sexual.

Seção 9 – Vida Social

- Minha vida social é normal e não aumenta a dor.
- Minha vida social é normal, mas aumenta a dor.
- A dor não tem nenhum efeito significativo na minha vida social, porém limita alguns interesses que demandam mais energia, como por exemplo, esportes, etc.
- A dor tem restringido minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
- A dor tem restringido minha vida social ao meu lar.
- Não tenho vida social por causa da dor.

Seção 10 – Locomoção (ônibus/ carro/ Táxi)

- Posso ir a qualquer lugar sem sentir dor.
- Posso ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor.
- A dor é intensa, mas consigo me locomover durante 2 horas.
- A dor restringe-me a pequenas locomoções necessárias de menos de 30 minutos.
- A dor impede de locomover-me, exceto para receber tratamento.

VIGATTO; ALEXANDRE; CORREA FILHO, (2007).

ANEXO C- Escala tampa para cinesiofobia

Escala Tampa para Cinesiofobia

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor, indique um numero de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e depois, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu tenho medo que eu possa me machucar se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo está me dizendo que algo muito errado esta acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição médica a serio.	1	2	3	4
6. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor, não significa que é perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário e a atitude mais segura que eu posso tomar para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não é realmente seguro para uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim e muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

SOUZA et al, 2008.

ANEXO D- Escala de pensamento catastrófico sobre a dor (B-PCS)

Paciente: _____ **Código:** _____

Data: ____/____/_____

Instruções:
Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o GRAU DESTES PENSAMENTOS E SENTIMENTOS QUANDO ESTÁ COM DOR.

1	A preocupação durante todo o tempo com a dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
2	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
3	O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
4	O sentimento que a dor é horrível e que não vai resistir é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
5	O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
6	O medo que a dor pode se tornar pior é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
8	O desejo profundo que a dor desapareça é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
10	O pensamento que ainda poderá doer mais é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
11	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
12	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
13	A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0 Mínima	1 Leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa

SARDÁ JUNIOR, et al (2008).

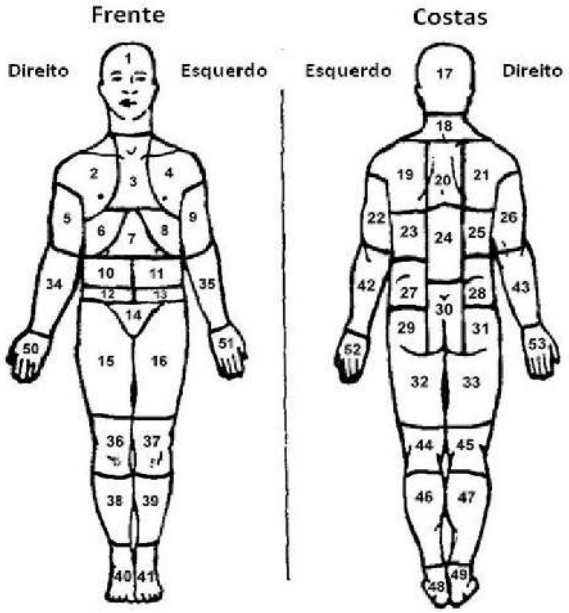
ANEXO E– Inventário breve de dor

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?

1.Sim ☐ 2.Não ☐

2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.



3)Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.

Sem dor O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.

Sem dor O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).

Sem dor O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível

© Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of Brief Pain Inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer. 2010 Mar 10. [Epud ahead of print].

7) Quais tratamentos ou medicações você está recebendo para dor?		
Nome	**Dose/ Freqüência**	**Data de Início**

8) Nas últimas 24 horas, qual a intensidade da melhora proporcionada pelos tratamentos ou medicações que você está usando?
Circule o percentual que melhor representa o alívio que você obteve.

Sem alívio 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100% alívio completo

9) Circule o número que melhor descreve como, nas últimas 24 horas, a dor interferiu na sua:

Atividade geral

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

Humor

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

Habilidade de caminhar

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

Trabalho

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

Relacionamento com outras pessoas

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

Sono

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

Habilidade para apreciar a vida

Não interferiu 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 interferiu completamente

© Ferreira KA, Teixeira MJ, Mendonza TR, Cleeland CS. Validation of Brief Pain Inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer. 2010 Mar 10. [Epud ahead of print].

FERREIRA; TEIXEIRA; MENDONZA; CLEELAND, (2010).