



CENTRO UNIVERSITÁRIO AUGUSTO MOTTA
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
Mestrado em Ciências da Reabilitação

IGOR DA SILVA BONFIM

**INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO MÉDICO NA DOR, NAS ATIVIDADES DIÁRIAS E
NAS CRENÇAS DE INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR INESPECÍFICA**

Orientador: Prof. Dr. Renato Santos de Almeida

RIO DE JANEIRO

2019

IGOR DA SILVA BONFIM

**INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO MÉDICO NA DOR, NAS ATIVIDADES DIÁRIAS E
NAS CRENÇAS DE INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR INESPECÍFICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Ciências da Reabilitação do Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Renato Santos de Almeida

RIO DE JANEIRO

2019

IGOR DA SILVA BONFIM

**INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO MÉDICO NA DOR, NAS ATIVIDADES
DIÁRIAS E NAS CRENÇAS DE INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR
INESPECÍFICA**

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em
Ciências da Reabilitação do Centro Universitário
Augusto Motta – UNISUAM, como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre.

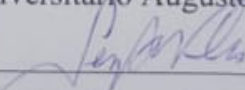
Aprovado em 27 de Fevereiro de 2019

BANCA EXAMINADORA



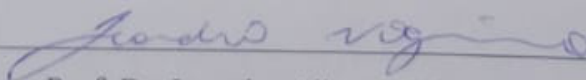
Prof. Dr. Renato Santos de Almeida

Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM



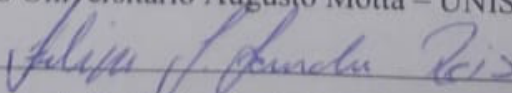
Prof. Dr. Ney Armando de Mello Meziat Filho

Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM



Prof. Dr. Leandro Alberto Calazans Nogueira

Centro Uniyersitário Augusto Motta – UNISUAM



Prof. Dr. Felipe José Jandre dos Reis

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro – IFRJ

Rio de Janeiro

2019

Resumo

A dor crônica envolve várias dimensões e tem a capacidade de gerar alterações nas estruturas e funcionalidade do Sistema Nervoso. Muitos pacientes com dor crônica apresentam Sensibilização Central, o que agrava ainda mais a funcionalidade do indivíduo. A dor lombar é uma das condições clínicas mais frequentes na população com dor crônica. A maioria das lombalgias é caracterizada como inespecífica, entretanto ainda há um excesso de diagnóstico tentando atribuir os sintomas à uma causa estrutural. A literatura descreve que o excesso de diagnóstico pode interferir na melhora da dor e consequentemente na não resolução da incapacidade do indivíduo. Assim, o objetivo desse estudo é identificar possíveis influências do diagnóstico médico na dor, nas crenças e nas atividades diárias de indivíduos com dor lombar inespecífica crônica. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, no qual 70 indivíduos com dor lombar inespecífica foram avaliados para identificação dos níveis de dor, incapacidade e quantidade de diagnósticos médicos relacionados às suas queixas. Foi realizado ainda uma entrevista discursiva com perguntas fechadas e abertas a respeito das crenças e percepções dos pacientes quanto a influência do diagnóstico médico para as suas atividades diárias e intensidade da dor. Os achados evidenciaram que 67,1% dos participantes acreditam que alguns tipos de diagnóstico (por exemplo: espondilose, abaulamento discal, protrusão discal) podem estar associados a níveis elevados de dor e maior limitação para as atividades diárias; Mais de 90% acreditam que dor e lesão tem relação direta e mais de 85% acreditam que indivíduos com mais diagnósticos médicos sentem mais dor e apresentam mais limitação para realizar as atividades diárias comparados à indivíduos que apresentam apenas um diagnóstico médico. Além disso, os indivíduos demonstraram que ter um diagnóstico médico é extremamente importante para a condição de dor lombar e que o diagnóstico de hérnia de disco é considerado uma condição mais grave dentro das suas perspectivas.

Palavras-chave: Dor crônica, Dor lombar, Sensibilização do Sistema Nervoso Central, Diagnóstico, Incapacidade funcional.

Abstract

Chronic pain involves several dimensions and has the capacity to generate changes in the structures and functionality of the Nervous System. Many patients with chronic pain present Central Sensitization, which further aggravates the individual's functionality. Lumbar pain is one of the most frequent clinical conditions in the population with chronic pain. Most low back pain is characterized as non-specific, however, there is still an excess of diagnosis attempting to attribute the symptoms to a structural cause. The literature describes that overdiagnosis may interfere with pain improvement and consequently failure to resolve the individual's disability. Thus, the objective of this study is to identify possible influences of medical diagnosis on the pain, beliefs and daily activities of individuals with chronic nonspecific low back pain. This is a qualitative and quantitative study in which 70 individuals with nonspecific low back pain were assessed for pain levels, disability, and the number of medical diagnoses related to their complaints. A discursive interview with closed and open questions about the patients' beliefs and perceptions regarding the influence of the medical diagnosis for their daily activities and pain intensity was also conducted. The findings showed that 67.1% of the participants believe that some types of diagnosis (eg spondylosis, disc bulging, disc protrusion) may be associated with high levels of pain and greater limitation of daily activities; More than 90% believe that pain and injury are directly related and more than 85% believe that individuals with more medical diagnoses feel more pain and have more limitation to perform daily activities compared to individuals with only a medical diagnosis. In addition, individuals have demonstrated that having a medical diagnosis is extremely important for the condition of low back pain and that the diagnosis of herniated disc is considered a more serious condition within their prospects.

Key words: Chronic pain, Low back pain, Central Nervous System Sensitization, Diagnosis, Functional incapacity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características clínicas e socioculturais da população

Tabela 2. Frequência e tipo de diagnóstico

Tabela 3. Crenças negativas sobre o diagnóstico médico para dor lombar

Tabela 4 Orientações dos Médicos aos pacientes

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CSI Inventário de Sensibilização Central

ODI Oswestry Disability Index

END Escala numérica de dor

AVDs Atividades de vida diária

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2. REFERENCIAL TEÓRICO	Erro! Indicador não definido.
2.1. Conceito de dor	Erro! Indicador não definido.
2.2. Definições e tipos de dor	3
2.3. Sensibilização Central	5
2.4. Dor lombar inespecífica: abordagem pelo modelo biomédico x modelo biopsicossocial	6
3. OBJETIVOS	10
3.1. Geral	10
3.2. Específicos	10
4. JUSTIFICATIVA E HIPÓTESES	11
5. MATERIAL E MÉTODOS	12
5.1. Participantes	12
5.2. Instrumentos de avaliação	12
5.3. Procedimentos	13
5.4. Análise de dados	14
5.5. Cálculo amostral	Erro! Indicador não definido.
5.6 Aspectos éticos	16
6. RESULTADOS	Erro! Indicador não definido.
6.1. Dados quantitativos	Erro! Indicador não definido.
6.2. Dados qualitativos	21
7. DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
8. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE 1 – FICHA DE AVALIAÇÃO	43
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DA ENTREVISTA	44
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	46
ANEXO 1 – ÍNDICE OSWESTRY 2.0 DE INCAPACIDADE	48
ANEXO 2 – ESCALA NUMERICA DE DOR	50
ANEXO 3 – INVENTÁRIO DE SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL	51

1. INTRODUÇÃO

A dor é definida pela IASP como: “Uma experiência emocional e sensorial desagradável associada com uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 1994). É possível sentir dor sem que haja uma lesão tecidual, sendo também possível uma lesão tecidual não gerar dor. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que causa sofrimento físico e psíquico (BUTLER, MOSELEY, 2013; IASP, 2017; KOPF, PATEL, 2010).

A maioria dos pacientes com dor lombar crônica está inserida em um subgrupo de dor definido como dor nociplástica, caracterizada por um processamento nociceptivo alterado. Não podemos atribuir uma causa anatômica em grande parte dos casos de dor lombar. Estima-se que 85-95% dos pacientes com dor lombar são classificados no grupo de lombalgia inespecífica, sendo a porcentagem de doenças graves da coluna menor que 5%, menor que 1% considerando as doenças malignas, por exemplo (DOWNIE et al. 2013). Grande parte dos episódios de lombalgia aguda termina dentro de seis semanas, porém existem muitos fatores que contribuem para a persistência da dor lombar. A taxa de incapacidade em pacientes com essa condição é significativamente alta e muitos destes indivíduos podem evoluir com dor crônica, tendo como causa para essa evolução fatores psicossociais, influenciados por diversos componentes, dentre alguns, as crenças sobre a dor (AIRAKSINEN et al. 2006; FALAVIGNA et al. 2011; KRISMER et al. 2007).

A experiência dolorosa não está presente apenas quando há dano tecidual, ela envolve mecanismos cognitivos e emocionais, por exemplo, as crenças dos pacientes sobre as alterações nas estruturas da sua coluna. As crenças são usualmente apontadas no gerenciamento clínico da dor lombar inespecífica. O modelo biomédico tem contribuído com as informações que existe uma causa anatômica singular como fonte para o quadro de dor lombar crônica (MOREIRA, 2010). Pacientes com dor lombar desejam informações sobre a causa da dor, buscam um diagnóstico e confiam nos profissionais de saúde que fornecem essas informações. Explicar o diagnóstico para um paciente influencia as crenças desses sobre a origem dos seus sintomas, o comportamento frente à síndrome dolorosa e o seu prognóstico. Alguns estudos evidenciaram que os pacientes com dor lombar apresentam crenças baseadas no modelo biomédico. Geralmente essa explicação é voltada para esse modelo, onde a causa é baseada em alterações estruturais anatomopatológicas (DARLOW, 2016).

Os diagnósticos oriundos da identificação apenas de pequenos déficits estruturais (lesões discais, artroses, tendinites) podem ser ameaçadores para os pacientes. As explicações sobre “articulações instáveis, ossos desalinhados, músculos encurtados, discos e cartilagens degenerando”, podem fazer com que os pacientes tenham medo de lesionar ainda mais a

coluna se movimentando. Em relação ao prognóstico, as informações baseadas no modelo biomédico também geram prejuízos ao paciente. Informações que inferem que a dor irá se repetir, piorar ou que é incurável causam efeitos negativos sobre a atitude dos pacientes em relação à coluna lombar às e/ou sua capacidade de melhora (LIN et al. 2013; STENBERG et al. 2014; DARLOW et al. 2013).

Neste sentido, o diagnóstico médico apenas baseado em possíveis alterações estruturais do sistema musculoesquelético pode contribuir para a o aparecimento de crenças negativas no paciente, gerando um efeito nocebo, principalmente a respeito da sua possibilidade de melhora, cronificando assim a dor lombar e aumentando sua incapacidade (COLLOCA, 2017). Assim, faz-se necessário investigar o possível impacto que os diagnósticos médicos apresentam no padrão algico e nas atividades diárias de indivíduos com dor lombar inespecífica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Conceito de dor

A dor é um problema de saúde pública e causa prejuízo tanto para o indivíduo como para a sociedade. Trata-se de uma experiência singular que praticamente todo ser humano experimentou. Algumas definições já foram criadas, mas a definição atualmente mais usada sobre dor é a da IASP, que define dor como: “Uma experiência emocional e sensorial desagradável associada com uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 1994). Devemos destacar a participação do médico John Joseph Bonica, anesthesiologista americano, fundador da IASP, foi o primeiro a pensar que a dor envolvia outros fatores. Dame Cicely Saunders criou o termo “dor total”, que refere que a dor deve ser entendida sobre a perspectiva de componentes físico, psicológico, social, emocional e espiritual. Após sua definição a ciência passou a estudar e considerar os aspectos psicológicos e sociais, não mais se atrelando apenas aos fatores somáticos (MEHTA, CHAN, 2008; KOPF, PATEL, 2010; CORTELLI et al. 2013;).

Com o tempo, passamos a observar que a dor como experiência subjetiva é influenciada pelas emoções, tais como o medo e a ansiedade. Por exemplo, o caso de pessoas que sofrem ferimentos em conflitos e não sentem dor; Também podemos citar pessoas com fibromialgia, que não sofreram lesão tecidual, mas apresentam dor. Além de a dor sofrer influência das emoções podemos perceber o inverso, sendo a dor capaz de afetar o organismo, as emoções e a vida familiar e social, interferindo no cotidiano e nas ações e tarefas ocupacionais e profissionais. (BUTLER, MOSELEY, 2013; GONÇALVES et al. 2016).

2.2. Definições e tipos de dor

A dor pode ser classificada de várias formas tendo como base a fisiologia da dor, o tempo, a intensidade e o tipo de tecido afetado. Maia (2000) classificou a dor em relação ao tempo (dor aguda, dor subaguda, dor aguda recorrente e dor crônica) e a origem (dor somática, a dor visceral, dor reflexa, dor psicogênica, dor fantasma do membro, nevralgia e a cefaleia). De fato, na prática, os processamentos patológicos não ocorrem separadamente e, por conseguinte mais de um mecanismo e mais de um tipo de dor podem estar envolvidos em um único caso clínico (GODINHO, 2003; MAIA, 2000; GONÇALVES, 2016; MARTINS et al. 2014).

Embora diferentes autores tenham propostos diversos sistemas de classificação da dor, uma recente sistematização sugerida por Smart et al. (2011), utiliza diferentes indicadores

clínicos para classificar três principais tipos de dor musculoesquelética: dor nociceptiva, dor neuropática periférica e sensibilização central (SMART et al. 2011).

A dor nociceptiva é caracterizada por maior ativação dos nociceptores. Esses nociceptores estão na pele, músculos, articulações e vísceras. Essa dor tem um papel importante, ela alerta o organismo para o perigo eminente e informa o cérebro de que há um dano tecidual. Os nociceptores respondem aos estímulos que ameaçam produzir lesão. Quando ocorre a lesão uma cascata de citocinas inflamatórias ativa e sensibiliza as terminações nervosas periféricas. A dor é um resultado da resposta do sistema nervoso em episódios de trauma, cirurgia ou da presença de doenças inflamatórias. Ela pode permanecer por um período curto de tempo ou por dias e meses, tendo seu término após o período de recuperação do tecido (CARDOSO, 2014; MARTELLI, ZAVARIZE, 2013).

A dor neuropática é uma experiência dolorosa associada à lesão das estruturas neurais. A IASP definiu a dor neuropática como: "aquela decorrente de lesão ou doença que afeta diretamente o sistema somatossensitivo" (IASP 2017; TEIXEIRA, ALMEIDA 2016). É subdividida conforme a estrutura envolvida, nervo periférico, raiz nervosa ou sistema nervoso central. É caracterizada por hiperalgesia, alodínia, parestesia e disestesia. Esse tipo de dor é bastante debilitante, geralmente não responde bem a tratamentos com uso de opioides e causa um comprometimento da qualidade de vida. Está presente dentro de várias patologias como, nevralgia pós-herpética e neuropatia diabética, além de alguns indivíduos com lombalgia crônica (BARÃO, 2016; SCHREIBER, 2016).

As definições de dor nociceptiva e neuropática não são possíveis de serem aplicadas a um grande grupo de pacientes, com essa lacuna houve a necessidade de um terceiro tipo de definição. A dor nociplástica é uma classificação recentemente incluída pela IASP, foi sugerida por Kosek e colaboradores. Ela é definida como: “dor que surge da nocicepção alterada, apesar de nenhuma evidência clara de danos nos tecidos reais ou ameaçados causando a ativação de nociceptores periféricos ou evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial causando dor” (KOSEK et al. 2016) . Esse termo foi criado para uso na prática clínica tendo como objetivo validar as experiências dos pacientes e ajudar aos clínicos na prescrição de tratamentos adequados. O mesmo se diferencia do conceito de sensibilização central, já que este é um conceito neurofisiológico.

A sensibilização central é definida como: “Aumento da capacidade de resposta dos neurônios nociceptivos do sistema nervoso central à sua entrada aferente normal ou sub-limiar” (IASP, 1994). Na sensibilização central há uma resposta amplificada do sistema nervoso central aos estímulos que o corpo recebe. Diversas alterações neuroplásticas, como a somação temporal, aumento dos campos receptivos dos neurônios, redução do limiar de dor e

a falha dos neurotransmissores inibitórios estão presentes nessa condição. Ou seja, ocorre um aumento da capacidade de resposta do sistema nervoso resultante da disfunção dos sistemas endógenos de controle da dor (WOOLF, 1983; ROCHA, 2007).

2.3. Sensibilização Central

Em 1983 foi descrita a primeira evidencia sobre a sensibilização central. Foi verificado no estudo feito por Woolf (1983), que o estímulo nocivo na pata traseira de um camundongo era capaz de gerar um aumento de excitabilidade do neurônio motor, gerando uma redução do limiar e o aumento dos campos receptivos. Também foi percebido que posteriormente ao estímulo os neurônios motores poderiam ser ativados por estímulos não nociceptivo e de baixa intensidade (WOOLF, 1983).

Outros estudos constataram que esses fatos aconteciam devido as alterações no sistema nervoso central. Atualmente sabemos que com a indução da sensibilização central estímulos sensoriais de baixo limiar ativam o circuito de dor, isso se deve ao fato de que com a continuação do estímulo doloroso há um aumento da eficácia sináptica e redução do sistema de inibição da dor (ASHMAWI, FREIRE, 2016; WOOLF, 2011).

A sensibilização central integra o comprometimento das funções inibitórias (anti-nociceptivas) descendentes do cérebro e ativa as vias nociceptivas descendente e ascendente. Ocorre uma disfunção da função neurofisiológica em uma ou varias estruturas do sistema nervoso central, como a medula, tronco encefálico, córtex cerebral e o sistema límbico. Há atividade cerebral em regiões geralmente não envolvidas em sensações de dor aguda, como os núcleos do tronco encefálico, córtex frontal dorsolateral e córtex parietal (NIJS et al. 2011). O indivíduo com sensibilização central geralmente apresenta sintomas como, alodínia, hiperalgesia e dor que permanece após o estímulo doloroso ter sido removido. Estímulos inócuos passam a produzir dor, além disso, há uma amplificação da área dolorosa. A condição pode ser avaliada de forma quantitativa, através de um exame físico detalhado com uso de instrumentos como o algômetro, estesiômetro e diapasão, porém também há a possibilidade de avaliarmos a sensibilização central com o uso do Inventário de Sensibilização Central (LLUCH GIRBÉS et al. 2016; SANZARELLO et al. 2016; STARKWEATHER et al. 2016; CAUMO et al. 2017).

A sensibilização central é frequente em algumas condições, na dor neuropática, migrânea, fibromialgia, síndrome do cólon irritável, entre outras síndromes dolorosas. Porém, pode estar presente em disfunções musculoesqueléticas como a osteoartrite, a cervicalgia e lombalgia inespecífica. Ela também está ligada a fatores psicoemocionais, ansiedade e depressão. Um estudo feito por Huysmans et al. (2018) concluiu que os sintomas da

sensibilização central estão associados a fatores psicossociais comportamentais e cognitivos (NEBLETT et al. 2015; HUYSMANS et al. 2018).

Alguns estudos mostraram que a sensibilização central modificou a percepção de dor e o limiar de dor em indivíduos com dor lombar crônica inespecífica, quando comparado a indivíduos sem dor (SANZARELLO et al. 2016). No estudo de O'Neill et al. (2007) os pacientes com dor lombar com hérnia de disco tiveram maior resposta a dor e maior duração da dor à estímulos com pressão mecânica e injeção de solução salina nos músculos infra espinhoso e tibial anterior. Isso permite teorizarmos que a sensibilização central pode ser um componente agravador na melhora funcional de indivíduos com dor lombar crônica (O'NEILL et al. 2007).

2.4. Dor lombar crônica inespecífica e crenças sobre dor.

A manifestação da dor pode aparecer em diferentes regiões do corpo humano, entretanto, a coluna lombar é uma região que apresenta grande prevalência de queixas na população mundial. A lombalgia é definida como uma dor situada na região do dorso que envolve a área entre a parte inferior da caixa torácica e a região glútea, com ou sem dor nas pernas. (MATOS, LESSA 2003; VAN MIDDELKOOP et al. 2010; VERHAGEN et al. 2016). Na maioria dos casos não é possível identificar uma fonte nociceptiva, o que nos leva a classificar a dor como dor lombar inespecífica (MAHER, UNDERWOOD, BUCHBINDER, 2017). Etiologicamente a lombalgia pode ser classificada quanto ao tempo em aguda, subaguda e crônica. Em relação aos tipos, temos as específicas: neoplásicas (malignas e benignas), infecciosas, viscerais (síndromes renais), inflamatórias (artrite reumatoide), traumáticas (fraturas), processos congênitos e alterações neurológicas (radiculopatia, estenose do canal vertebral, síndrome da cauda equina) (BRAZIL et al. 2004; LIZIER et al. 2012; HARTVIGSEN et al. 2018).

Em 85-95% das lombalgias uma causa não pode ser atribuída, sendo dentro das causas específicas as fraturas as condições mais prevalentes, seguidas de doenças inflamatórias, e as doenças malignas alcançam cerca de 1% dos casos. Na grande parte dos casos de dor lombar não é possível constatar uma causa através dos instrumentos de diagnósticos atuais, entretanto ainda há um excesso de diagnóstico e tratamento como resultado da concentração dos profissionais de saúde em associarem uma causa anatômica e biomecânica à lombalgia persistente (Hoy et al. 2010; GALUKANDE, MUWAZI, MUGISA, 2005; HARTVIGSEN et al. 2018).

Um exemplo de prática clínica oriunda do modelo biomédico que vem sendo praticado já de longa data para este perfil de pacientes são as solicitações de exames complementares.

As diretrizes apontam que a solicitação de ressonância magnética (RM) deve ser feita apenas após seis semanas do início do episódio de dor, pois é o tempo em que a maioria das dores lombar cessa (CHOU et al. 2011). Mesmo com as diretrizes apontando em direção contrária, a taxa de pedidos de RM tem aumentado com o passar do tempo. O'Sullivan et al. (2017) descrevem a forte tendência entre os clínicos para a sobrevalorização dos exames de imagem, pois estes, seriam determinantes para o diagnóstico de danos estruturais severos. Entretanto, tais achados, podem paradoxalmente contribuir para imprecisões no gerenciamento clínico dos pacientes, já que achados radiológicos sem grandes significados clínicos podem potencializar a dor e suas repercussões nas atividades diárias dos pacientes. (O'SULLIVAN et al. 2017).

Um estudo publicado em 1994 na New England com 98 indivíduos sem dor lombar identificou que 80% dos participantes tinham alteração anatômica na coluna, incluindo abaulamento discal e hérnia discal protrusa e extrusa (JENSEN et al. 1994). Um estudo feito por Borenstein et al. evidenciou que alguns indivíduos com alterações anatomopatológicas na coluna não apresentaram dor em um segmento de 7 anos (BORENSTEIN et al. 2001). No entanto, existem estudos que verificaram que as alterações no exame de imagem são mais prevalentes em pessoas com dor lombar do que em assintomáticos (BRINJIKJI et al. 2015). Até o momento não é possível estabelecer se os achados anatomopatológicos nos exames de imagens contribuem e/ou o quanto contribuem para o quadro de dor lombar crônica, portanto basear a origem da dor crônica apenas em uma alteração biológica parece não ser suficiente, além de trazer malefícios aos pacientes, como crenças disfuncionais, comportamentos catastróficos e perpetuação da dor.

Existem muitos fatores não físicos, que contribuem para a persistência da dor lombar, como: fatores cognitivos, fatores emocionais e as crenças (RAMOND et al. 2010; WERTLI et al. 2014). Essas afirmações vão de encontro ao modelo biomédico que expressa que o estado de dor de um indivíduo é resultado de, apenas, uma alteração biológica, sendo as alterações emocionais, as perturbações do sono e outras alterações apenas uma reação à doença. O diagnóstico, dentro do modelo biomédico, usualmente é voltado à identificação de uma eventual doença, todavia, é necessário entender que dor lombar não é uma doença e não podemos associar a dor crônica a um diagnóstico estrutural. Além disso, é necessário refletir sobre o impacto dessas informações sobre as crenças dos pacientes com dor lombar crônica (MOREIRA, 2010).

Bunzli et al. (2015) realizaram um estudo com entrevistas semiestruturadas em que verificaram que pacientes com medo e sofrimento resultante da dor lombar tinham como causa um diagnóstico incerto ou diagnóstico de uma patologia que não poderia ser corrigida,

fazendo com que esses pacientes ficassem confusos sobre como “consertar o problema deles” (BUNZLI et al. 2015). Os pacientes com dor lombar que possuem medo do movimento costumam criar estratégias para proteger a região lombar, pois acreditam que a atividade dolorosa vai aumentar o dano estrutural e a perda funcional. Atitudes como essa podem surgir após informações de que “as costas estão vulneráveis, degenerando ou danificadas” (BUNZLI et al, 2017; BUNZLI et al. 2015).

Bair e Haslam (2013) realizaram um estudo cujo objetivo foi explorar as crenças sobre dor em um grupo de pessoas com e sem dor lombar crônica, através do Questionário de Crenças de Dor (PBQ). Os autores apontaram que indivíduos com dor lombar acreditam que a dor é produto de alterações orgânicas (BAIRD, HASLAM, 2013). Em contrapartida ao modelo biomédico, o modelo biopsicossocial afirma que a dor é o resultado da interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais, ele tem tido maior embasamento teórico com o passar dos anos, porém ainda não é um modelo absoluto na prática clínica. (MEZIAT et al, 2017; MOREIRA, 2010).

De Souza (2017) afirma que o tratamento da dor crônica, não deve ser norteado pelo modelo biomédico (baseado na estrutura), mas deve estar pautado nas mudanças de comportamento dentro de um modelo biopsicossocial. Ainda não se sabe qual o melhor tratamento para a dor lombar crônica, porém há evidências de que tratar essa condição usando uma abordagem biopsicossocial se torna uma intervenção viável e bem sucedida (NG ET AL. 2015; MEZIAT 2016). Um estudo conduzido por Bunzli et al. (2016) investigou os níveis de melhora de diversos pacientes com lombalgia crônica inespecífica submetidos a Terapia Funcional Cognitiva. O estudo mostrou que os pacientes que não melhoraram mantiveram fortes crenças relacionadas à dor estabelecidas por uma perspectiva biomédica (BUNZLI et al. 2016; DE SOUZA, 2017).

As crenças sobre a dor lombar dos pacientes são influenciadas pela interação com os profissionais de saúde. As informações que os profissionais de saúde passam aos seus pacientes são influenciadas pela educação profissional e pelas próprias crenças (DAYKIN, 2004; DARLOW et al. 2012; BRIGGS et al. 2013; TAN et al. 2014). As crenças sobre a dor podem alterar o comportamento do paciente, além disso, influencia na melhora do quadro funcional e no gerenciamento da dor crônica. Os pacientes, muitas das vezes influenciados pelos profissionais de saúde, acreditam que a origem da dor é gerada por uma alteração orgânica. Pacientes com dor lombar desejam informações sobre o diagnóstico e confiam nos profissionais de saúde que fornecem essas informações. Explicar o diagnóstico para um paciente influencia a opinião dos pacientes sobre a origem dos seus sintomas, o comportamento frente à síndrome dolorosa, além do seu prognóstico. Geralmente essa

explicação é voltada para a compreensão biomédica, onde a causa é baseada em alterações estruturais anatomopatológicas (DARLOW, 2016).

3. OBJETIVOS

3.1. Geral:

Identificar a percepção dos indivíduos com dor lombar crônica inespecífica referente ao seu diagnóstico clínico e a influência deste sobre suas crenças voltadas para a dor e os níveis de atividades diárias

3.2. Específicos/Secundários:

- Identificar as principais crenças dos pacientes quanto à dor lombar crônica e à percepção global de saúde

4. JUSTIFICATIVA E HIPÓTESES

A abordagem clínica de pacientes com dor crônica deve envolver múltiplas dimensões, entre elas, as crenças sobre a dor. Entre os indivíduos com dor lombar crônica, essa dimensão, possivelmente, possui grande influência no perfil clínico e no prognóstico terapêutico (AIRAKSINEN et al. 2010; FALAVIGNA et al. 2011).

Apenas cerca de 1 a 5% das lombalgias tem uma causa associada a uma patologia grave. Neste sentido, investigar o possível impacto que os diagnósticos clínicos apresentam nas crenças, na dor e nas atividades diárias de indivíduos com dor lombar crônica é de extrema importância para as discussões voltadas para o campo da ciência da reabilitação (KRISMER, et al. 2007).

Acreditamos que o discurso sobre o diagnóstico clínico, apenas baseado em possíveis alterações estruturais do sistema musculoesquelético, pode contribuir para a o aparecimento de crenças negativas no paciente, influenciando negativamente a percepção de saúde, o comportamento e o estilo de vida, possivelmente contribuindo para a cronificação do quadro de dor lombar.

5. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa. Foi realizado um estudo transversal com aplicação de questionários clínicos e coleta de dados sociodemográficos em 70 pacientes com dor lombar inespecífica, além da realização de uma entrevista estruturada com perguntas abertas e fechadas referentes à temática em questão.

5.1. Participantes

Indivíduos com queixa de dor lombar crônica inespecífica por mais de três meses, com idade acima de 18 anos foram incluídos no estudo. Como critérios de exclusão do estudo assumidos: indivíduos com histórico de alguma intervenção cirúrgica na coluna vertebral, gestantes, indivíduos com diagnóstico de condições reumáticas, radiculopatias, traumas diretos e indiretos, fraturas na região lombar nos últimos seis meses e tumores. Indivíduos que não possuíam capacidade cognitiva para o preenchimento dos instrumentos de avaliação também foram excluídos do estudo.

5.2. Instrumentos de Avaliação

Para o mapeamento do perfil clínico funcional da região lombar dos participantes foi utilizado o questionário Oswestry Disability Index 2.0 (ODI). O ODI é um instrumento de avaliação funcional da coluna lombar que permite analisar a incapacidade por dor lombar inespecífica e/ou específica com medidas que englobam a atividade física e a dor. O ODI foi publicado em 1980 e foi validado para a língua portuguesa por Vigatto et al. em 2007 (GHIZONI et al. 2011; VIGATTO et al. 2007).

O ODI analisa 10 critérios que contem 6 alternativas de resposta cada. Para cada resposta existe uma pontuação de 0 (ausência de disfunção) a 5 (maior disfunção). As perguntas avaliam a intensidade da dor e o efeito da dor sobre as atividades diárias e a atividade sexual. A soma dos 10 critérios é dividida por 5 e multiplicada pelo número de questões respondidas, posteriormente tudo é multiplicado por 100 gerando o ODI. A pontuação final, em percentagem, mede a incapacidade: 0%-20% - incapacidade mínima; 21%-40% - incapacidade moderada; 41%-60% - incapacidade severa; 61%-80% - incapacidade muito severa; 81%-100% - exagero dos sintomas. O anexo 1 apresenta o questionário Oswestry Disability Index (VIGATTO et al. 2007).

Para a avaliação da intensidade da dor foi utilizado a Escala Numérica de Dor (END). A END mensura a intensidade da dor em valores numéricos. Consiste em uma régua dividida em 11 partes, numeradas de 0 a 10. O indivíduo irá referir uma numeração equivalente a intensidade da sua dor, sendo que 0 corresponde a classificação “sem dor” e a 10 “máxima

dor”. O anexo 2 apresenta a Escala Numérica de Dor (CIENA et al. 2008; FORTUNATO et al. 2013). Também utilizamos o Inventário de Sensibilização Central, já validado para a língua portuguesa por Caumo et al. (2017) para mapear o perfil clínico dos participantes. Trata-se de um questionário dividido em duas partes; (1) com 25 itens relacionadas aos sintomas e (2) com identificação de 10 possíveis diagnósticos que podem estar também presentes em indivíduos com queixa de dor lombar inespecífica e sensibilização central. Para cada item existem cinco alternativas de resposta (nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre) e para cada diagnóstico existem duas opções (sim e não) que são marcadas de acordo com o indivíduo (CAUMO et al. 2017). O anexo 3 apresenta o Inventário de sensibilização central.

Para a avaliação da influência do diagnóstico médico na dor, no grau de incapacidade e nas crenças dos pacientes em questão, foi utilizado o método qualitativo com entrevista discursiva. Foi realizada uma entrevista com um roteiro norteador pré-estabelecido, de 10 perguntas, abertas e fechadas, divididas em eixos temáticos que incluem a dor, função e percepção geral da saúde (CARDANO, 2017). Os instrumentos usados durante a entrevista foram um Smartphone Moto G 5 Plus (Motorola), utilizado como gravador de voz. O apêndice 2 apresenta o roteiro norteador da entrevista.

5.3. Procedimento

Os pacientes que estavam realizando tratamento fisioterápico, no ambulatório de fisioterapia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, ambulatório de fisioterapia da Unigranrio, ambulatório de fisioterapia da Secretaria de Esporte e Lazer do Município de Duque de Caxias e os alunos dos polos de Atenção Primária do projeto da Secretária Municipal de Esporte e Lazer de Duque de Caxias foram convidados pessoalmente para participar do estudo pelo pesquisador principal. Após o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido foi aplicado o Inventário de sensibilização central, validado para a língua portuguesa por Caumo et al (2017), para identificação de presença de sinais de sensibilização central.

Em seguida, foram coletadas as seguintes variáveis: idade, nível educacional e diagnóstico médico que constava no prontuário do serviço no qual realizam tratamento. Caso o indivíduo tivesse mais de um diagnóstico clínico relacionado à sua queixa, todos esses foram considerados. Foram identificados ainda os diagnósticos relacionados a outras queixas musculoesqueléticas, caso estas estivessem presentes no momento da entrevista com cada indivíduo. Também registramos os diagnósticos relacionados à saúde mental, pois estes comumente acompanham as condições clínicas de dor lombar. Os diagnósticos clínicos foram

obtidos através da análise de prontuário dos pacientes, documentos médicos (laudos de exame de imagem e laudo médico) e, em poucos casos, o próprio relato do participante. Nesta ficha também havia a escala visual numérica de dor. Além disso, a ficha de avaliação continha um mapa corporal de dor onde o participante registrava todas as áreas nas quais existia quadro algico. Consideramos um ponto para cada área de dor apontada pelo paciente, marcada dividindo da seguinte forma: Cabeça (região lateral e posterior), face, pescoço, ombro, braço, antebraço, mão, região torácica, região abdominal e pélvica, coluna torácica, coluna lombar, coxa (região anterior e posterior), joelho e/ou região poplíteia, perna e pé. O apêndice 1 apresenta a ficha de avaliação. Os participantes responderam ainda ao questionário Oswesrty disability index 2.0 e foram classificados com incapacidade lombar baixa, moderada ou severa, de acordo com a pontuação do questionário.

Após a coleta dos dados mencionados a cima, os participantes foram convidados a participar de uma entrevista estruturada dirigida pelo autor do estudo. A entrevista foi feita em ambiente reservado livre de ruídos, com o áudio gravado para posterior transcrição e análise do conteúdo do discurso de cada indivíduo entrevistado.

O roteiro que norteou a entrevista foi composto de perguntas pré-estabelecidas para identificar a percepção dos indivíduos referente ao seu diagnóstico clínico e a influência deste sobre suas crenças voltadas para a dor e os níveis de atividades diárias.(Anexo). Caso o participante não compreendesse a pergunta, o entrevistador repetia a mesma pergunta utilizando exemplos referente a sua própria experiência com sua condição de saúde. O estudo identificou ainda as orientações dos profissionais de saúde que os participantes receberam, além da identificação da auto percepção geral de saúde. Os participantes foram entrevistados individualmente. O entrevistador deixou claro que os entrevistados poderiam requisitar a presença de um acompanhante durante a coleta de dados. O roteiro completo da entrevista encontra-se no Apêndice 2.

A entrevista foi realizada uma única vez com cada participante. O tempo de duração das entrevistas variou entre cinco minutos e trinta segundos e vinte cinco minutos. Foram feitas anotações de campo após as entrevistas quando o entrevistador achou necessário relatar algumas informações sobre o comportamento dos entrevistados que auxiliavam no entendimento das ideias expressadas pelo discurso dos entrevistados. O autor, que é Fisioterapeuta com, com experiência em atuação ambulatorial e hospitalar, conduziu as entrevistas individualmente com cada participante. Anteriormente a coleta de dados, entrevistas pilotos foram realizadas para a familiarização do entrevistador, além disso, o entrevistador possui uma experiência clinica prévia de 5 anos como Fisioterapeuta.

Os participantes não conheciam o entrevistador e não foi estabelecido nenhum vínculo pessoal anterior à entrevista. Foi informado a cada participante que eles estariam respondendo algumas perguntas a respeito do seu entendimento sobre dor lombar e que o interesse do entrevistador era coletar dados sobre a compreensão que os indivíduos com dor lombar crônica tinham sobre a sua dor.

5.4. Análise de dados

Dados Quantitativos

Devido à característica dos dados, após confirmação da normalidade da amostra por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, os resultados das variáveis contínuas foram descritos por médias e desvio padrão; das variáveis categóricas por frequência de ocorrência.

Dados qualitativos

Análise de conteúdo qualitativa com modalidade temática foi utilizada para analisar os dados, seguindo o procedimento descrito por Bardin (2009) (BARDIN, 2009). A unidade de análise foi o texto transcrito integralmente da entrevista. Os arquivos de áudio e as transcrições foram analisados diversas vezes para que a visão geral do conteúdo fosse obtida. Os dados foram analisados sistematicamente para configuração de unidades de significado. As unidades de significado foram codificadas e organizados em categorias e subcategorias de acordo com os objetivos do estudo. Não foi utilizado nenhum software específico para gerenciamento dos dados qualitativos. Todas as transcrições, codificações, e categorizações foram realizadas no Microsoft Word 2010. Todas as entrevistas foram transcritas, codificadas e categorizados pelo autor I.B. O autor R.A leu as transcrições das entrevistas, códigos e categorias identificadas e contribuiu com colocações conceituais a respeito das categorizações do autor I.B. O processo foi discutido até que o consenso fosse alcançado. Assim, a apresentação dos resultados foi estruturada, de acordo com similaridades de discursos dentre os indivíduos, frente aos eixos temáticos propostos.

5.5- Cálculo ou justificativa do tamanho amostral

Foi realizada uma amostragem por conveniência, onde foram recrutados todos os indivíduos, com queixa de dor lombar inespecífica, e registrados nos serviços nos quais o autor principal teve autorização para realizar o estudo. Abordagem similar foi também

realizada nos estudos de Figg-Latham e Rajendran (2017) e Setchell e col. (2017), que apresentavam desenho metodológico similar. Assim, a amostra estimada era de 70 indivíduos.

5.6. Aspectos Éticos

Após aprovação do projeto pelo comitê de ética os participantes foram convidados pessoalmente pelo pesquisador a participar da pesquisa. Os participantes foram abordados no local em que realizam o tratamento fisioterápico, receberam explicação sobre a relevância da pesquisa e sobre os métodos usados nas coletas de dados, além da elucidação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE). Os dados foram coletados após a assinatura do TCLE. O autor garantiu a confidencialidade e o anonimato dos participantes pesquisados. O apêndice 3 apresenta o TCLE.

Todas as condutas realizadas pelo pesquisador seguiram às diretrizes da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde. O projeto foi aprovado pelo CEP UNISUAM sob o número 85716618.6.0000.5235.

6. RESULTADOS

6.1. Dados quantitativos

Foram recrutados 75 participantes, desses, 5 não finalizaram a pesquisa pois apresentavam radiculopatia (N=2) ou apresentavam grande dificuldade de entendimento das perguntas do CSI (N=2). Apenas 1 participante decidiu não completar toda a pesquisa.

Dos 70 participantes incluídos no estudo, 49 indivíduos (51,4%) estavam realizando o atendimento de fisioterapia e 48,6% não estavam realizando fisioterapia no momento da coleta. A média de idade da população foi de 60,74 ($\pm 13,78$), com uma média de 9,3 (DP $\pm 4,66$) anos de estudo. Quanto às características clínicas, a média da pontuação do CSI foi de 50,8 ($\pm 12,2$), ODI de 31,70 (DP $\pm 14,81$), END 6,31 ($\pm 2,57$) e tempo de dor de 116,63 meses ($\pm 127,83$). A quantidade de áreas de dor dos participantes variou entre 1 e 19 pontos. Sendo que 85,7% dos participantes apresentavam mais de 3 pontos dolorosos pelo corpo. As características clínicas e socioculturais da população são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Características clínicas e socioculturais da população

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média (DP)
CSI	35	86	50,79 $\pm$ 12,21
ODI	6	82	31,70 $\pm$ 14,82
END	0	10	6,31 $\pm$ 2,58
Idade	24	87	60,74 $\pm$ 13,78
Anos de estudo	0	21	9,28 $\pm$ 4,66
Tempo de dor (mês)	4	540	116,63 $\pm$ 127,83
Área de dor	1	19	10*
Área de dor categorizada (%)	≤ 3	> 3	14,3% / 85,7%
Número de participantes	10	60	

CSI: Inventário de sensibilização central; ODI: Oswestry Disability Index; END: Escala numérica de dor; *: Mediana

Dentre os pacientes incluídos no estudo, o diagnóstico médico mais frequente relacionado com a queixa de dor lombar dos pacientes foi espondilose lombar, seguido de lesões discais (desidratação, abaulamento discal, protrusão discal). Os transtornos de origem psicológica (depressão, síndrome do pânico e transtorno de ansiedade) também tiveram uma

alta prevalência. Dos 70 indivíduos 17,3% receberam apenas um diagnóstico, 35,7% dois diagnósticos, 23% três diagnósticos, 10% quatro diagnósticos, 11,4% cinco diagnósticos. A tabela 2 apresenta os percentis da quantidade de diagnósticos e os tipos de diagnósticos que a amostra recebeu.

Tabela 2 Quantidade e tipo de diagnóstico médico

Quantidade de diagnósticos	Número de participantes	Porcentagem
1 a 4	60	85,7%
5 a 8	10	14,3%
Total	70	100%

Tipos de Diagnósticos Clínicos	Número de participantes	Porcentagem
Artrose lombar	36	51,5%
Discopatia (abaulamento, hérnia, desidratação, protrusão)	20	28,6%
Lombalgia	20	28,6%
Escoliose	15	21,4%
Gonartrose	10	14,3%
Enxaqueca	10	14,3%
Osteoporose ou Osteopenia	7	10%
Fibromialgia	7	10%
Artrose cervical ou torácica	6	8,6%
Hipersensibilidade química	4	5,7%
Cervicobraquialgia ou discopatia cervical	3	4,3%
Espondilolistese lombar	2	2,9%
Disfunção da articulação temporomandibular	2	2,9%
Síndrome das pernas inquietas, Síndrome do intestino irritável, Estresse pós-traumático, HIV, Bronquiectasia, Asma, Dorsalgia Condromalácia patelar, Neuroma de Morton, Esporão de Calcâneo, Incontinência urinária	1	0,7%
Diagnósticos relacionados à Saúde Mental (Depressão, Transtorno de Ansiedade, Síndrome do Pânico)	27	38,6%

Em relação às crenças dos participantes sobre a dor lombar crônica, 67,1% dos entrevistados acreditavam que o tipo de diagnóstico pode influenciar na intensidade da dor e 87,1% dos entrevistados acreditavam que uma quantidade maior de diagnósticos pode influenciar na intensidade da dor. Foi observado ainda que 91,4% dos entrevistados acreditam que o aumento da dor significa aumento da lesão. A tabela 3 apresenta os resultados das crenças dos pacientes sobre a dor lombar crônica considerando as características do diagnóstico médico.

Ainda sobre as crenças dos indivíduos, foi identificado que, 67,1% acreditam que existe um tipo de diagnóstico que causa mais limitação para a realização das tarefas do dia-dia, e 88,6% acreditam que uma quantidade maior de diagnósticos para a dor lombar está associada com maior limitação para a realização das tarefas diárias.

Dos 70 participantes incluídos, 90% acreditam que a sua dor está relacionada às alterações estruturais na coluna (artrose, lesões discais, escoliose) e 58,6 % relataram algum desconforto emocional como tristeza, medo, preocupação e ansiedade quando receberam o diagnóstico ou por não terem o diagnóstico médico até o momento.

Tabela 3 Crenças dos pacientes quanto à dor lombar crônica considerando as características do diagnóstico médico

Crenças	Indivíduos com resposta positiva(Sim)	Porcentagem
Aumento da dor é aumento da lesão	64	91,4%
Dor é causada por alteração estrutural na coluna	63	90%
Mais diagnósticos influenciam nas AVDs (andar, abaixar, arrumar a casa)	62	88,6%
Mais diagnósticos influenciam na dor	61	87,1%
Tipo de diagnóstico Influencia na dor	47	67,1%
Tipo de diagnóstico influencia nas AVDs (andar, abaixar, arrumar a casa)	47	67,1%

O registro das orientações médicas recebidas pelos participantes revelou que 62,9% da amostra recebeu alguma orientação. Dos 44 participantes que receberam orientação do profissional de medicina, 93,4% receberam uma orientação proibitiva. As proibições eram relacionadas ao impedimento de levantar cargas, realizar atividades que demandavam algum impacto sobre a coluna, tipo de atividades esportivas e tarefas diárias, além de orientações sobre a forma de se movimentar e sobre a postura e a não realização de movimento na presença do sintoma doloroso. A tabela 4 apresenta as orientações para os pacientes com queixa de dor lombar inespecífica.

Tabela 4 Orientações dos Médicos aos pacientes incluídos

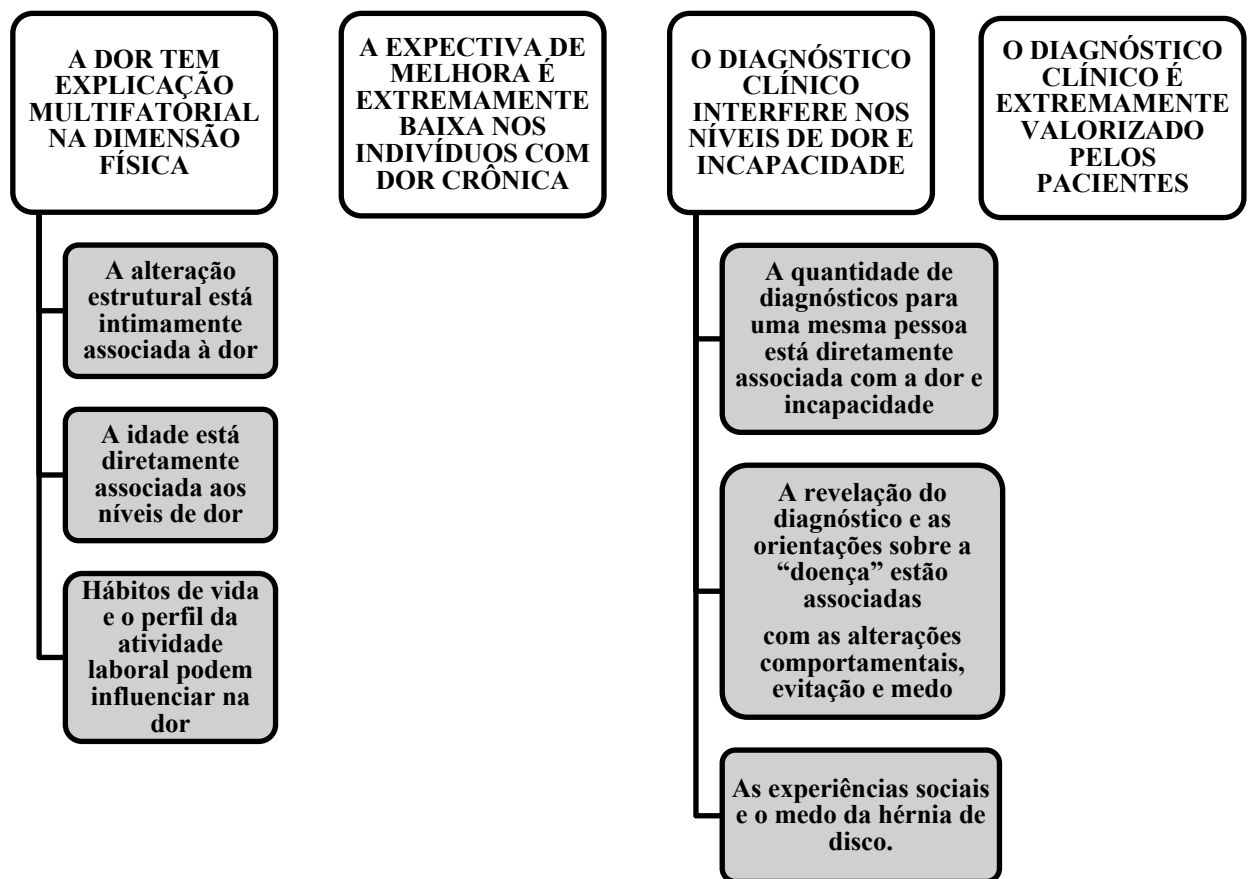
Orientações	Porcentagem (indivíduos)
Não pegar peso	50% (22)
Não realizar AVDs (limpar, varrer, andar, subir escadas, faxina)	29,5% (13)
Não realizar atividades físicas (ginástica, musculação, alongamento, caminhada, atividade com impacto)	22,7% (10)
Não realizar movimentos e/ou realizar da forma certa (abaixar, sentar, levantar, fletir o tronco)	18,2% (8)
Não se movimentar com dor	13,6%(6)
Melhorar a postura	6,8% (3)
Realizar exercício físico	6,8% (3)

6.2 Dados qualitativos

A análise de conteúdo das entrevistas evidenciou que as crenças dos pacientes com dor lombar inespecífica parecem estar ainda associadas às informações obtidas a partir de um

modelo biomédico de atenção à saúde. Mais especificamente, a análise identificou proximidade de conteúdo entre diversas falas dos pacientes e agrupou as crenças sobre diagnóstico e percepção da dor em categorias e subcategorias. Estas, sinalizaram que os pacientes: (1) entendem sobre multicausalidade da dor; (2) valorizam extremamente o diagnóstico clínico; (3) necessitam de uma explicação para sua dor; (4) relatam que o tratamento para dor crônica geralmente apresenta baixa perspectiva de melhora. A figura 1 apresenta as principais categorias e sub-categorias identificadas.

Figura 1: Categorias e sub-categorias que mapeiam o impacto do diagnóstico médico na intensidade da dor, atividades diárias e crenças dos pacientes com dor lombar inespecífica



6.2.1 A DOR TEM EXPLICAÇÃO MULTIFATORIAL NA DIMENSÃO FÍSICA

Os participantes relataram diversos motivos como causa da dor lombar. Foi possível perceber que todas as variáveis apontadas como possível causa para dor poderia gerar um

dano estrutural na coluna e consequentemente dor intensa. Os participantes consideraram apenas a dimensão física da dor.

A alteração estrutural está intimamente associada à dor

Os participantes associaram a sua dor com as alterações encontradas na coluna, eles acreditam que mais alterações detectadas na coluna contribuem para uma intensidade de dor maior. Além disso, a análise de conteúdo evidenciou que a intensidade da dor está associada a uma lesão que perdura por um longo tempo e que a dor mais intensa significa um agravamento da lesão.

Eu acho que dói mesmo porque eu tenho essa artrose na coluna. Se eu não tivesse talvez não iria doer tanto. (E 13)

Eu acho que quanto mais lesão a pessoa tem mais dor a pessoa sente. Pelo menos eu penso assim né. (E 47)

É...se você sente muita dor você tem que procurar o tratamento porque sua lesão já está bem avançada. Quanto mais dor você sente eu acho que mais avançado está a tensão da sua musculatura, da sua coluna. Esses amortecedorezinhos que vem se desgastando, aí uns vêm com bico de papagaio que ocasiona a tão famosa hérnia de disco. (E 54)

A crença de que uma alteração estrutural é responsável pela dor lombar está altamente impregnada no pensamento dos pacientes, ainda que alguns admitam que as emoções podem contribuir para a dor, o motivo principal para o quadro algico é a “lesão” na coluna. Se ela não existisse eles não estariam vivendo a situação em que se encontram.

A idade está diretamente associada aos níveis de dor

Os participantes relataram que com o passar dos anos a região lombar pode sofrer um desgaste, o que fatalmente ocasionará alguma alteração estrutural fonte de dor, seja pelo próprio tempo de vida e/ou pelos movimentos “inadequados” que realizaram ao longo da vida.

Eu acho que isso é idade mesmo. A idade já está bem avançada. A gente sente...é porque tem um desgaste né. A gente tem sempre um "desgastezinho". Eu acho que é por isso. (E 28)

Eu acho que o que eu sinto na coluna é um desgaste da idade, dá...sei lá, com certeza eu levei um estilo de vida desde nova muito agressivo e eu prejudiquei a minha coluna. (E 38)

Então, eu também acho que depende da idade da pessoa. Porque eu comecei a ter problemas com a idade. Por conta da menopausa, começa a perder massa, começa a perder massa óssea, alguns músculos, nervos, começam a ficar sobrecarregados, as células vão morrendo, então eu acho que muitas pessoas podem se sentir assim por conta do problema, da idade. A idade influencia muito. Eu estou vendo isso na pele. Porque antes eu fazia e a minha coluna não tinha problema não, mas por conta da idade, depois de quarenta que eu comecei ver a diferença, justamente na fase de quarenta e oito, quarenta e nove anos eu comecei a ver que estava diferente. Ai depois que eu comecei no climatério eu comecei a ver que está piorando. (E 57)

Hábitos de vida e o perfil da atividade laboral podem influenciar na dor

Os participantes acreditam que o ganho de peso contribui para gerar sobrecarga na coluna ocasionando a dor. Eles também acreditam que uma postura estática prolongada e excesso de movimentos repetitivos exigidos na atividade laboral estão associados com o quadro álgico na coluna lombar.

É. Devido também ao meu trabalho. Como eu sou manicure eu tenho que trabalhar sentada e eu acho que isso influencia muito. Os meus dedos. Aqui. Eu faço assim e dói. Mas eles falam que é por causa do movimento, então eu acho que sim. É por causa do meu trabalho. (E 64)

Eu acho que a minha dor na coluna é de acordo com o esforço que eu não posso fazer mais e eu insisto em fazer, que as vezes é ficar agachado. É, porque se eu mantenho a postura, faço dieta como tenho feito, já estou 60 dias com a minha alimentação transformada, eu sinto mais facilidade para conviver com essa dor na lombar. (E 9)

Eu acredito que toda essa minha dor tem sido causada pelo excesso de peso. Não só a lombar como o joelho. Como eu te falei eu tenho um problema no joelho. Então, assim, eu acredito que seja isso. Depois que eu perder peso, que eu continuar fazendo exercício e não resolver aí sim eu vou procurar a ajuda de um profissional para saber o que está acontecendo. (E 53)

6.2.2 A EXPECTATIVA DE MELHORA É EXTREMAMENTE BAIXA NOS INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA

Os participantes tem o pensamento de que alguma melhora pode ser alcançada pelo tratamento, mas que não há tecnologia capaz de restaurar a saúde deles por completo. Esse pensamento foi influenciado, em muitos casos, pelos discursos dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico clínico.

Bom. Eu já sabia que eu tinha problema na coluna eu saí desanimada de lá. Porque ele falou que eu estava com a minha coluna gasta. Aí ele falou: Ih, não sei o que fazer com a senhora. Oh, está começando a escoliose, a coluna da senhora gastou. Eu falei: Doutor, o que é que eu vou fazer agora? Eu preciso da minha coluna. Ele falou: Olha, vamos tratar, mas cura não tem. (E 40)

Eu já vi que tiveram pessoas que eu conversei sobre isso, fisioterapeutas, farmacêuticos, pessoas que tem formação, eles disseram que não existe cura para esse problema que eu tenho. Eu vou ficar melhor, mas melhora um tempo, piora outra hora, mas eu não vou ficar boa mais. Não tem mais como ficar boa. (E 56)

Ah meu filho, isso é para sempre. Foi o que eu pensei, isso é para sempre. Realmente não tem cura. (E 3)

Fiquei conformada né. Conformada. Fazer o que? Não tem diagnóstico direito. Eu opero e fico travada ou continuo com as dores mesmo. Eu faço fisioterapia, quando ele (médico) passa, alivia né. Já fiz aquele negócio de gelo, já entrei naquele forno. Não adianta. Então para mim é crônica né. (E 65)

Muitos pacientes estão recebendo o tratamento e tem uma baixa expectativa de melhora sobre o mesmo. Essa baixa expectativa é influenciada, em algumas situações, pelos

profissionais de saúde, ainda que a intenção dos profissionais não seja gerar uma baixa perspectiva para a solução dos problemas do paciente. É possível que uma comunicação com esse tipo de ideia gere efeitos negativos sobre o tratamento e sobre a melhora dos pacientes.

6.2.3 O DIAGNÓSTICO CLÍNICO INTERFERE NOS NÍVEIS DE DOR E INCAPACIDADE

Os participantes acreditam que pessoas com diversos diagnósticos tem mais chance de apresentar maiores níveis de incapacidade e dor. O diagnóstico também se mostrou capaz de interferir diretamente nas atividades de vida dos participantes.

A quantidade de diagnósticos para uma mesma pessoa está diretamente associada com a dor e incapacidade

Os participantes relatam que o fato de ter diversos diagnósticos significa que a coluna lombar está gravemente lesionada e por essa condição há uma alta intensidade de dor e consequentemente incapacidade.

Então eu acho que quanto mais situações (diagnósticos) você tiver, mais dor você vai ter... Se é uma coisa só (diagnósticos), é uma coisa só, se são três eu acredito que a quantidade de dor é muito alta. (E 4)

Alguns participantes acreditam que o fato de um indivíduo ter diversos diagnósticos gera evitação e medo para certas atividades físicas, pois a coluna lombar está severamente lesionada e isso gera a necessidade do indivíduo se preservar ao realizar certos movimentos que podem ser encarados como ameaçadores.

Vai interferir, porque ela vai ficar com medo... Acho que quem só tem o diagnóstico de uma lesão, ela consegue evitar, fazer menos, ou até tomar remédio e fazer. Agora, uma pessoa que tem vários diagnósticos não vai nem querer fazer. Ele tem muita recomendação (E 9)

Com certeza interfere. ... se você tem um problema só que já te causa impossibilidade de você fazer alguma coisa, imagina quando você tem várias lesões. Fica bem pior. (E 11)

A revelação do diagnóstico e as orientações sobre a “doença” estão associadas com mudanças comportamentais.

Os participantes relatam como as suas vidas foram alteradas após receberem os seus diagnósticos clínicos e as recomendações médicas para dor lombar. Os participantes encararam o diagnóstico como algo ameaçador e como a causa responsável pela mudança das suas atividades diárias.

Esse diagnóstico que ele fala...assim, só de pensar nele eu já me sinto...já me sinto mal...já sinto dor. (E 38)

Ah, fiquei triste. Eu fiquei bastante triste porque interferiu bastante na minha vida né. Eu trabalho com serviço pesado e até no meu trabalho no dia-dia eu sinto muita dor. A gente fica assim né. É porque a gente sente... invalidez né. Tipo, eu sou uma pessoa inválida para fazer as minhas atividades. Eu era acostumado a fazer as minhas atividades normais e daí eu não posso fazer mais, então quer dizer, é uma coisa que para a vida da gente. Então a gente fica assim, eu podia fazer tudo isso e agora eu não posso fazer mais. É assim que a gente se sente. (E 39)

O contexto social e a capacidade física sofreram grandes transformações na vida de alguns pacientes após as recomendações médicas. A forma com que os pacientes se enxergavam também sofreu alteração após a descoberta do diagnóstico e as recomendações dadas pelos profissionais de saúde. Algumas palavras tem grande capacidade de alterar os pensamentos dos pacientes e gerar limitações funcionais e restrição no dia-dia desses indivíduos.

Eu fiquei triste. Apesar de ter 68 anos de idade eu gostava de jogar futebol, gosto, e fazer exercício e ele me proibiu. Eu fiquei chateado, fiquei triste porque me limitou. Eu comecei a me preocupar, tentar a corrigir postura. Aí eu já evitei um monte de coisas, que eu gosto de fazer até. Mas infelizmente tem que tratar. (E 43)

As experiências sociais e o medo da hérnia de disco.

Os participantes revelam como as suas crenças sobre o diagnóstico, dor e incapacidade foram influenciadas pelas experiências de outras pessoas. O efeito nocebo é disseminado não

só dos profissionais de saúde para os pacientes, mas também de paciente para paciente. O diagnóstico mais ameaçador mencionado foi a hérnia de disco.

Eu acho que a hérnia de disco tem mais dor... Porque eu já vi pessoas com essa hérnia de disco que você falou. E a hérnia de disco eu acho que é mais grave do que uma artrose... Eu já vi pessoas com hérnia de disco que nem andava... Eu acho que com artrose a pessoa sente dor, mas consegue suportar a dor e ir fazer alguma coisa. Eu pelo menos consigo. A pessoa que eu conheci que tinha hérnia de disco nem andava. Ficava só chorando com dor, com dor, com dor. Eu acho que é uma doença mais grave... (E 10)

As informações nocebo são disseminadas como uma epidemia. Elas passam de pessoa para pessoa e são geradas de acordo com o contexto e as experiências vividas pelos pacientes, sejam experiências próprias ou experiências de alguém próximo. Todavia, as informações nocebo deveriam ser combatidas pelos profissionais de saúde, porém, esses parecem contribuir de forma importante para o efeito nocebo nos indivíduos com dor lombar inespecíficas.

A hérnia de disco. A pessoa que tem esse problema da hérnia de disco deve sentir mais dores. Mais incomodo para fazer qualquer atividade... Porque eu acho que é uma coisa mais delicada na coluna. Fica mais difícil para a pessoa se movimentar, se abaixar, levantar, pegar peso, como muita gente fica isolado sem poder pegar nada. Eu conheço gente que...lá na área mesmo, quando eu vou na doutora, a gente fica conversando e a gente fica escutando as coisas. O que passa e o que não passa. E eu fico só ligada, só escutando. (E 5)

Quem tem... Hérnia de disco sente muitas dores. Porque eu tinha um cunhado assim que teve que operar. A hérnia de disco dói muito. Eu já vi pessoas com hérnia de disco que sentia muitas dores. (E 22)

Eu acho que a hérnia de disco. É por ter contato com pessoas com hérnia de disco e dizem que aquela gelatina que fica entre as vértebras acabou e fica osso com osso, fica dolorido, mais dolorido. (E 50)

6.2.4 O DIAGNÓSTICO CLÍNICO É EXTREMAMENTE VALORIZADO PELOS PACIENTES

Foi identificado que os pacientes parecem necessitar de um diagnóstico e uma explicação para causa das suas dores. Não obstante, os participantes acreditam que um diagnóstico clínico é fundamental para o sucesso do tratamento da sua condição dolorosa.

É mais uma informação, a elucidação do que você tem para conduzir o tratamento. Por exemplo eu tenho uma dor na lombar que eu sei que é uma hérnia de disco, a partir do momento que eu sei que é uma hérnia de disco, eu vou conduzir o tratamento, vou saber qual é a melhor forma de me movimentar, o que eu posso pegar, o que eu não posso pegar. Eu vou saber lidar com aquela dor e o que fazer para conviver com ela. Enquanto você não tem o diagnóstico você só sabe que você está com uma dor e às vezes na tentativa de resolver você está se lesionando mais ainda. (E 17)

Eu estava tentando conseguir a consulta e não conseguia. Então eu ficava muito apreensiva porque aquela dor horrível e eu não conseguia saber o que era. Mas agora eu já estou mais aliviada porque já consegui a consulta. Mas não passou ainda. (E 21)

A ausência de um diagnóstico clínico gera um sentimento de apreensão e medo em relação ao fato de não saber o que está acontecendo de “errado” na coluna lombar. Há um paradoxo nesse tema. Alguns pacientes se sentem aflitos por não receberem um diagnóstico clínico, entretanto na medida em que eles recebem esse diagnóstico pode causar alguns conflitos em relação aos seus pensamentos, contribuindo de forma negativa para a sua melhora. É necessário que os clínicos criem estratégias para não rotularem os pacientes com o nome de uma lesão, mas que contextualizem o diagnóstico dentro de uma perspectiva pautada no modelo biopsicossocial.

Eu sinto a dor na coluna, mas eu não sei de onde ela vem. Talvez se eu tivesse um diagnóstico ajudaria sim. Com certeza. Em primeiro lugar eu iria procurar logo um tratamento. (E 31)

7. DISCUSSÃO

O estudo evidenciou que, sob a ótica dos pacientes, a quantidade de diagnósticos para uma mesma pessoa está associada à maior gravidade da lesão na coluna lombar, e, conseqüentemente, maiores níveis de dor e incapacidade. Os pacientes acreditam que a dor lombar é influenciada principalmente pelas alterações estruturais da região lombar, mas também é influenciada pela idade, atividade laboral, hábito de vida e sobrepeso. A maioria dos participantes recebeu o diagnóstico de espondilose lombar, sendo as lesões discais o segundo diagnóstico médico mais comum entre os participantes. Foi revelado que as lesões discais são diagnósticos temidos pelos indivíduos com dor lombar e que grande parte dos pacientes tem uma baixa expectativa relacionada à melhora do quadro álgico. Foi encontrado ainda que o comportamento de medo e evitação do movimento estão associados à experiência pessoal de dor, mas também a experiência de terceiros que sofrem ou sofreram com uma experiência dolorosa semelhante. Não obstante, esse comportamento foi reforçado por grande parte dos profissionais de saúde, que assistiam esses pacientes, com orientações proibitivas.

Nossos achados apontam que os pacientes parecem perceber que a dor lombar inespecífica é multifatorial, entretanto as dimensões psicológica e social não foram consideradas como influenciadoras da dor. Os participantes ligaram a causa da dor aos diagnósticos de patologias que o rotulavam. A hérnia de disco, espondilose e espondilolistese foram consideradas as causas da dor lombar e/ou principal fator para o quadro álgico. O estudo de Boos e col. (2000) acompanhou indivíduos sem dor lombar e com histórico de hérnia discal e concluiu que os fatores psicológicos e características físicas eram superiores as alterações discais encontradas na ressonância magnética na predição da necessidade de consulta médica devido à dor lombar. MURAKI e col. (2012) realizaram um estudo longitudinal com indivíduos com espondilose e não conseguiram correlacionar a dor lombar com as alterações radiográficas. Uma revisão sistemática feita por Andrade e col. (2015) não identificou relação entre dor lombar e Espondilolistese. Neste sentido, deve-se registrar que a dor lombar inespecífica não deve ser gerenciada de forma simplista, apoiada na perspectiva biomédica (BOOS et al. 2000; MURAKI et al. 2012; ANDRADE et al. 2015; MOSLEY et al. 2017).

Alguns pacientes relataram que a dor lombar era influenciada pela idade e pelo sobrepeso. Diversos estudos refutaram essa crença. O estudo de Dario e col. (2016) feito com uma amostra pareada encontrou uma fraca correlação entre obesidade e dor lombar, não sendo possível estabelecer causalidade (DARIO et al. 2016). Esses estudos confirmam que as crenças dos participantes não estão pautadas nas evidências científicas atuais. Estudos

epidemiológicos demonstraram uma menor prevalência de dor lombar em indivíduos idosos comparados a indivíduos mais jovens (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS 2005). Uma revisão sistemática feita por Gibson (1995) identificou que existe uma alta prevalência de dor crônica em uma taxa de idade de 65 anos, entretanto essa prevalência é reduzida de acordo com a progressão da idade (GIBSON, 1995).

Os dados achados sobre as expectativas dos pacientes em relação à condição de dor estão em conformidade com os resultados encontrados na literatura científica (GEURTS et al. 2017). O estudo de HSU e col. (2014) encontrou resultados similares ao nosso estudo. Os pacientes apresentavam certa esperança em obter melhora da dor lombar e incapacidade, todavia, os mesmos tinham uma expectativa nula ou muita baixa em relação à real melhora da condição de saúde (HSU et al. 2014)

Poucos estudos abordaram o diagnóstico como fator influenciador na expectativa de melhora dos pacientes com dor lombar crônica inespecífica. O rótulo do diagnóstico patoanatômico pode influenciar a expectativa do paciente com dor lombar. Isso foi identificado na análise de discurso realizada, pois alguns participantes relataram que a condição dolorosa poderia se prolongar perpetuamente, pois a espondilose lombar não tem cura. Um estudo feito por Darlow e col. (2013) também relatou como as informações verbais dos profissionais de saúde a respeito do diagnóstico foram capazes de alterar a expectativa de prognóstico e a interpretação de novos episódios de dor nos indivíduos com dor lombar inespecífica (DARLOW et al. 2013). Os participantes do nosso estudo tiveram uma percepção errônea quanto aos diagnósticos, possivelmente gerada pelo contexto de vida próprio e pelo contexto em que as informações foram entregues a eles. Uma espécie de rótulo foi criado a respeito do significado do diagnóstico, atrelando um paradigma sobre a dor, função e as alterações patoanatômicas.

A crença de que existe uma relação entre a quantidade de alterações encontradas na lombar e a intensidade da dor e incapacidade foi comum entre os participantes. Esse parece ser o primeiro estudo que relatou essa crença dos pacientes. O estudo de Perera e col. (2017) não encontrou associação entre intensidade da dor e incapacidade e o grau de lesão na coluna de pacientes com dor lombar (PERERA et al. 2017). Todavia, o estudo de Jenkins e col. (2016), feito com quase 300 indivíduos, demonstrou que quase metade dos participantes acreditava que para receber tratamento para dor lombar deveria ser realizado algum tipo de exame de imagem. Neste mesmo estudo, 54,3% dos pacientes acreditavam que a realização do exame de imagem era necessária para a prestação de um melhor atendimento médico (JENKINS et al 2016). Uma revisão sistemática identificou que as solicitações de exame de imagem aumentaram consideravelmente entre os anos de 1995 e 2017 (DOWNIE et al.

2019). Esses dados corroboram com os nossos achados e apontam que os pacientes acreditam que a dor deles está relacionada à alterações estruturais na coluna lombar.

As informações dos profissionais de saúde parece ter contribuído para um comportamento de evitação e medo, podendo ainda ter gerado um efeito nocebo nos participantes do estudo. Alguns clínicos indicaram repouso para os seus pacientes. Os participantes que tiveram orientações restritivas em relação às atividades físicas que desempenhavam rotineiramente relataram desconforto emocional devido à perda de algo importante em suas vidas. Essas orientações contribuíram para inaptidão física dos pacientes, reforçou a crença de que a coluna está machucada e é preciso cuidado para se movimentar e, além disso, despertou o sentimento de frustração em alguns pacientes. Os achados referentes às orientações dos clínicos aos seus pacientes vão contra as diretrizes para o gerenciamento da dor lombar inespecífica. Após uma crise de dor lombar o repouso prolongado não é recomendado e o retorno às atividades diárias deve ser incentivado (QASEEM, et al. 2017; DE CAMPOS, 2016).

Stewart (2018) declarou em seu ponto de vista que as palavras tem uma capacidade poderosa sobre os pacientes. A linguagem usada para explicar as alterações musculoesqueléticas tem um efeito de mudar o que as pessoas sentem como elas se veem e consequentemente como se comportam. O autor faz um alerta aos clínicos sobre uso da linguagem na propagação das informações aos pacientes, e lembra que os fatores psicológicos contribuem para maior incapacidade e dor comparado aos fatores patoanatômicos (STEWART, 2018).

Foi possível constatar que muitos participantes tiveram alterações nos padrões comportamentais físicos e emocionais após receberem informações de seus médicos. Um estudo feito na Nova Zelândia com pacientes com dor lombar aguda e crônica evidenciou que comparado aos familiares, amigos e a internet, os clínicos tiveram um poder de influencia maior sobre as crenças e atitudes dos pacientes. As mensagens dos clínicos criaram o pensamento nos pacientes de que sua lombar necessitava de proteção (DARLOW et al. 2013). O estudo de Stortenbeker e col. (2018) concluiu que a forma com que os médicos se comunicavam com seus pacientes era capaz de gerar maior ou menor ansiedade no momento do diagnóstico (STORTENBEKER et al. 2018).

Os participantes construíram as crenças da relação entre dor, lesão e diagnóstico médico baseados em experiências próprias, experiências com familiares e até mesmo por influencia da mídia. Muitos participantes acreditavam que as alterações discais são doenças mais graves e por consequência mais dolorosas e incapacitantes. Alguns participantes relataram que acompanharam o sofrimento de pessoas próximas com hérnia de disco, além

disso, alguns participantes relataram ouvir informações de profissionais de saúde em mídias televisivas que discursavam sobre a gravidade da hérnia de disco. Bunzli e col. encontraram informações similares ao entrevistar 36 indivíduos com dor lombar crônica. Os participantes desse estudo reforçaram suas crenças de dano através das suas experiências prévias e através das informações dos amigos e familiares (BUNZLI et al. 2015).

Orientações médicas baseadas no modelo biomédico podem contribuir negativamente para o quadro de saúde dos pacientes, mas também a ausência de informações fundamentadas no modelo biopsicossocial contribui para a continuidade de suas crenças. Os clínicos necessitam identificar o que não falar para os seus pacientes, mas, além disso, o que não deixar de falar para que as crenças dos pacientes sobre as suas condições não interfiram no tratamento da dor lombar crônica (ZUSMAN, 2013).

Paradoxalmente os pacientes necessitam de informações sobre a condição da sua coluna, ou seja, um diagnóstico médico que explique do ponto de vista anatômico as suas dores. Alguns participantes relataram alívio e conforto após receberem o seu diagnóstico clínico. Essas atitudes são baseadas na crença de que o diagnóstico clínico é imprescindível para a realização do tratamento e também no pensamento de que a dor deles se apresenta na eminência de uma patologia grave. Os relatos das entrevistas com os participantes do estudo evidenciou que o diagnóstico médico é importante para os pacientes. Evers e col. (2017) realizaram entrevistas com pacientes com dor lombar crônica e encontraram informações semelhantes ao nosso estudo. Os pacientes necessitavam de um diagnóstico estrutural para validar a dor e acreditavam que o exame de imagem era imprescindível para o manejo terapêutico (EVERS et al. 2017).

Os clínicos precisam analisar a melhor forma de elucidar as informações sobre o diagnóstico patoanatômico para seus pacientes e incluir esse diagnóstico dentro do contexto de vida do paciente com foco no modelo biopsicossocial, explicitando a relevância do mesmo para a condição dolorosa em questão, de modo que essa informação não gere um efeito negativo aos pacientes. É audacioso inferir que o diagnóstico clínico de forma isolada pode causar efeitos negativos sobre as condições dolorosas dos pacientes, contudo foi demonstrado que o conjunto de ideias a respeito da origem da dor, o contexto em que as informações são disseminadas e as palavras usadas durante a consulta para o diagnóstico clínico, somada as experiências pessoais dos pacientes são capazes de gerar crenças em relação à dor, as atividades funcionais e mudanças comportamentais e emocionais. Esses achados não são diferentes de estudos feitos em outros países com diferentes culturas. O estudo de Singh e col. (2018), realizado com participantes Punjabis e Britânicos também identificou que após a interação com profissionais de saúde alguns indivíduos reforçaram a crença de que havia algo

errado na estrutura das suas colunas. Os profissionais de saúde também contribuíram para a criação de um rótulo de diagnóstico derivado do modelo biomédico. Não sabemos ao certo o quanto a informação do diagnóstico clínico contribui para a dor e incapacidade dos pacientes com dor lombar crônica inespecífica, mas devido aos achados do estudo podemos chamar a atenção para a necessidade de uma reformulação do raciocínio clínico, da metodologia e da informação verbal em que o diagnóstico médico é estabelecido a essa categoria de pacientes (EAVES et al. 2015; HSU et al. 2014; SINGH et al 2018).

Acreditamos que diagnosticar o paciente deve ser procedido com cuidado e regido pelo modelo biopsicossocial, pois um dos achados revelado no estudo foi a baixa expectativa dos pacientes em relação à melhora da sua condição dolorosa. Essa baixa expectativa de melhora contribui de forma negativa para o estado de saúde dos pacientes (KAPTCHUK, MILLER 2015). As perspectivas de melhora são influenciadas por diversas experiências que os pacientes tiveram no decorrer das suas trajetórias de vida: a observação de familiares e pessoas próximas com quadro de dor, suas próprias experiências com a dor e a comunicação com os profissionais de saúde (STONE et al. 2005). O estudo de Lin e col. (2013), realizou entrevistas com indivíduos aborígenes da Austrália que apresentavam queixa de dor lombar crônica. A pesquisa evidenciou que as expectativas futuras desses indivíduos eram, em geral, pessimistas, as crenças negativas sobre a dor lombar eram fruto das interações com os profissionais de saúde, sendo a incapacidade resultante de diversos fatores, dentre eles a iatrogenia. Além disso, os autores chegaram à conclusão de que os profissionais de saúde são capazes de influenciar as crenças dos pacientes (LIN et al 2013). Esses achados corroboram com os achados encontrados no nosso estudo e também com o restante das pesquisas realizadas em diversos países. Todavia, mais estudos são necessários para identificar o quanto o diagnóstico clínico contextualizado numa linguagem biomédica pode influenciar na condição de vida dos indivíduos com dor lombar crônica inespecífica.

O estudo teve como limitação o fato de que as entrevistas e análise primária foram realizadas por um único pesquisador, no entanto um segundo pesquisador revisou os dados primários para minimizar o risco de viés. Parte dos dados apresentados foram interpretações dos pesquisadores sobre as interpretações dos pacientes referente as informações médicas. Contudo, esses relatos estão em conformidade com os relatos de pacientes com dor lombar encontrados na literatura. Embora o estudo apresente um número considerável de participantes para a análise qualitativa tivemos um número pequeno considerando a análise quantitativa.

8. CONCLUSÃO

Depreende-se que o diagnóstico clínico baseado no modelo biomédico, assim como as experiências dos pacientes no gerenciamento clínico das suas condições de saúde, podem criar crenças à respeito da dor e dos níveis de atividades diárias em indivíduos com dor lombar crônica inespecífica. Além disso, essas interações podem induzir alterações comportamentais, cognitivas e emocionais nos indivíduos com dor lombar. Os participantes associaram que a quantidade de diagnósticos recebidos para dor lombar tem relação com um quadro de saúde onde os indivíduos apresentam mais dor e mais incapacidade. Isso mostra que o entendimento dos pacientes está relacionado à crença de que as alterações patoanatômicas são a causa da dor, apesar deles relacionarem outros fatores físicos à causalidade da dor. Os pacientes com dor lombar crônica demonstraram basear a experiência com a dor em diversos fatores, tendo o rótulo criado pelo diagnóstico sido um contribuidor considerável. Os profissionais de saúde necessitam implementar medidas de comunicação e educação para gerar crenças positivas à respeito do diagnóstico de indivíduos com dor lombar crônica inespecífica.

REFERÊNCIAS

- 1- ANDRADE, Nicholas S. et al. Systematic review of observational studies reveals no association between low back pain and lumbar spondylolysis with or without isthmic spondylolisthesis. *European Spine Journal*, v. 24, n. 6, p. 1289-1295, 2015.
- 2- AIRAKSINEN, Olavi et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European spine journal*, v. 15, p. s192-s300, 2006.
- 3- ASHMAWI, Hazem Adel; FREIRE, George Miguel Góes. Peripheral and central sensitization. *Revista Dor*, v. 17, p. 31-34, 2016.
- 4- BAIRD, Andrew J.; HASLAM, Roger A. Exploring differences in pain beliefs within and between a large nonclinical (workplace) population and a clinical (chronic low back pain) population using the pain beliefs questionnaire. *Physical therapy*, v. 93, n. 12, p. 1615-1624, 2013.
- 5- BARÃO, Carolina Reis. Diagnóstico diferencial entre a nevralgia do trigémio e a dor odontogénica. 2016. Tese de Doutorado.
- 6- BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo (Edição revista e actualizada). Lisboa: Edições, v. 70, 2009.
- 7- BIDARRA, Andrea Pereira. Vivendo com a Dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica. 2010. Dissertação de Mestrado.
- 8- BOOS, Norbert et al. Natural history of individuals with asymptomatic disc abnormalities in magnetic resonance imaging: predictors of low back pain-related medical consultation and work incapacity. *Spine*, v. 25, n. 12, p. 1484-1492, 2000.
- 9- BORENSTEIN, David G. et al. The value of magnetic resonance imaging of the lumbar spine to predict low-back pain in asymptomatic subjects: a seven-year follow-up study. *JBJS*, v. 83, n. 9, p. 1306-1311, 2001.
- 10- BRAZIL, A. V. et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 44, n. 6, p. 419-425, 2004.
- 11- BRIGGS, A. M. et al. Low back pain-related beliefs and likely practice behaviours among final-year cross-discipline health students. *European Journal of Pain*, v. 17, n. 5, p. 766-775, 2013.
- 12- BRIGGS EV, Carr EC, Whittaker MS. Survey of undergraduate pain curricula for healthcare professionals in the United Kingdom. *Eur J Pain* 2011;15:789-95.

- 13- BRINJIKJI, W. et al. MRI findings of disc degeneration are more prevalent in adults with low back pain than in asymptomatic controls: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Neuroradiology*, v. 36, n. 12, p. 2394-2399, 2015.
- 14- BUNZLI, Samantha et al. Beliefs underlying pain-related fear and how they evolve: a qualitative investigation in people with chronic back pain and high pain-related fear. *BMJ open*, v. 5, n. 10, p. e008847, 2015.
- 15- BUNZLI, Samantha et al. Making sense of low back pain and pain-related fear. *journal of orthopaedic & sports physical therapy*, v. 47, n. 9, p. 628-636, 2017.
- 16- BUNZLI, Samantha et al. Patient Perspectives on Participation in Cognitive Functional Therapy for Chronic Low Back Pain. *Physical therapy*, v. 96, n. 9, p. 1397-1407, 2016.
- 17- BUNZLI, Samantha et al. What Do People Who Score Highly on the Tampa Scale of Kinesiophobia Really Believe?. *The Clinical journal of pain*, v. 31, n. 7, p. 621-632, 2015.
- 18- BUTLER, David Sheridan; MOSELEY, G. Lorimer. *Explain Pain 2nd Edn.* Noigroup Publications, 2013.
- 19- CARDANO, M. *Manual de pesquisa qualitativa. A contribuição da teoria da argumentação.* 2017.
- 20- CARDOSO, Ana Isabel Coelho Rosa. *Controlo da dor em pacientes oncológicos.* 2014.
- 21- CAUMO, Wolnei et al. The Central Sensitization Inventory validated and adapted for a Brazilian population: psychometric properties and its relationship with brain-derived neurotrophic factor. *Journal of pain research*, v. 10, p. 2109, 2017
- 22- CHOU, Roger et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, v. 154, n. 3, p. 181-189, 2011.
- 23- CIENA, Adriano Polican et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 29, n. 2, p. 201-212, 2008.
- 24- COLLOCA, Luana. Nocebo effects can make you feel pain. *Science*, v. 358, n. 6359, p. 44-44, 2017.
- 25- CORTELLI, P. et al. Nociception and autonomic nervous system. *Neurological Sciences*, v. 34, n. 1, p. 41-46, 2013.

- 26- COSTA, Grazielle Mara Ferreira; LEITE, Camila Megale de Almeida. Neuralgia trigeminal: mecanismos periféricos e centrais. Rev. dor, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 297-301, Dec. 2015.
- 27- DARIO, Amabile B. et al. Are obesity and body fat distribution associated with low back pain in women? A population-based study of 1128 Spanish twins. European Spine Journal, v. 25, n. 4, p. 1188-1195, 2016.
- 28- DARLOW, Ben. Beliefs about back pain: the confluence of client, clinician and community. International Journal of Osteopathic Medicine, v. 20, p. 53-61, 2016.
- 29- DARLOW, Ben 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, v. 16, n. 1, p. 3-17, 2012.
- 30- DARLOW, Ben et al. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. The Annals of Family Medicine, v. 11, n. 6, p. 527-534, 2013.
- 31- DAYKIN, Anne R.; RICHARDSON, Barbara. Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. Spine, v. 29, n. 7, p. 783-795, 2004.
- 32- DE CAMPOS, Tarcisio Folly. Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management NICE Guideline [NG59]. **Journal of physiotherapy**, v. 63, n. 2, p. 120, 2016.
- 33- DESANTANA, Josimari Melo et al . Currículo em dor para graduação em Fisioterapia no Brasil. Rev. dor, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 72-78, Mar. 2017 .
- 34- DE SOUZA, Juliana Barcellos. Dor articular: inflamatória ou neuropática?/Joint pain: inflammatory or neuropathic pain?. REVISTA CIÊNCIAS EM SAÚDE, v. 7, n. 1, p. 9-14, 2017.
- 35- DOWNIE, Aron et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain: systematic review. Bmj, v. 347, p. f7095, 2013.
- 36- DOWNIE, Aron et al. How common is imaging for low back pain in primary and emergency care? Systematic review and meta-analysis of over 4 million imaging requests across 21 years. Br J Sports Med, p. bjsports-2018-100087, 2019.
- 37- EAVES, Emery R. et al. A qualitative study of changes in expectations over time among patients with chronic low back pain seeking four CAM therapies. BMC complementary and alternative medicine, v. 15, n. 1, p. 12, 2015.
- 38- EVERS, Sarah et al. Patient Perspectives on Communication with Primary Care Physicians about Chronic Low Back Pain. The Permanente journal, v. 21, 2017.

- 39- FALAVIGNA, Asdrubal et al. Increased prevalence of low back pain among physiotherapy students compared to medical students. *European Spine Journal*, v. 20, n. 3, p. 500-505, 2011.
- 40- FIGG-LATHAM, Joanna; RAJENDRAN, Dévan. Quiet dissent: the attitudes, beliefs and behaviours of UK osteopaths who reject low back pain guidance—a qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, v. 27, p. 97-105, 2017.
- 41- FONSECA, Paulo Renato Barreiros da; GATTO, Bruno Emanuel Oliva; TONDATO, Vinicius Alves. Post-trauma and postoperative painful neuropathy. *Revista Dor*, v. 17, p. 59-62, 2016.
- 42- FORTUNATO, Juliana GS et al. Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 12, n. 3, 2013.
- 43- GALUKANDE, Moses; MUWAZI, Stephen; MUGISA, Didace B. Aetiology of low back pain in Mulago Hospital, Uganda. *African health sciences*, v. 5, n. 2, p. 164-167, 2005.
- 44- GEURTS, Jose W. et al. Patient expectations for management of chronic non - cancer pain: A systematic review. **Health Expectations**, v. 20, n. 6, p. 1201-1217, 2017.
- 45- GHIZONI, Marcos Flávio et al. Aplicação da Escala de Oswestry em pacientes com doença degenerativa da coluna lombar submetidos à artrodese Application of the Oswestry Scale in patients with degenerative lumbar spine underwent arthrodesis. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 40, n. 4, 2011.
- 46- GIBSON, S. J.; HELME, R. D. Age differences in pain perception and report: a review of physiological, psychological, laboratory and clinical studies. *Pain Rev*, v. 2, p. 111-137, 1995.
- 47- GODINHO, F. A dor: do sintoma ao diagnóstico. *Mundo Médico*, 28, 54-56. 2003.
- 48- GONÇALVES, Amélia Santana Barbosa et al. Alterações no contato social induzidas pela dor reduzem respostas nociceptivas sem modificar comportamento tipo-ansioso. 2016.
- 49- GONÇALVES, Marta Sofia Ferreira. Caracterização de comportamentos de nocicepção, ansiedade e depressão em dois modelos de dor neuropática em ratinho. 2016. Tese de Doutorado.
- 50- HARTVIGSEN, Jan et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *The Lancet*, 2018.

- 51- HOY, Damian et al. The epidemiology of low back pain. Best practice & research Clinical rheumatology, v. 24, n. 6, p. 769-781, 2010.
- 52- HUYSMANS, Eva et al. Association Between Symptoms of Central Sensitization and Cognitive Behavioral Factors in People With Chronic Nonspecific Low Back Pain: A Cross-sectional Study. Journal of manipulative and physiological therapeutics, 2018.
- 53- HSU, Clarissa et al. New perspectives on patient expectations of treatment outcomes: results from qualitative interviews with patients seeking complementary and alternative medicine treatments for chronic low back pain. BMC complementary and alternative medicine, v. 14, n. 1, p. 276, 2014.
- 54- JENKINS, H. J. et al. Understanding patient beliefs regarding the use of imaging in the management of low back pain. European Journal of Pain, v. 20, n. 4, p. 573-580, 2016.
- 55- JENSEN, Maureen C. et al. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. New England Journal of Medicine, v. 331, n. 2, p. 69-73, 1994.
- 56- KAMPER, Steven J. et al. Global Perceived Effect scales provided reliable assessments of health transition in people with musculoskeletal disorders, but ratings are strongly influenced by current status. Journal of clinical epidemiology, v. 63, n. 7, p. 760-766. e1, 2010.
- 57- KAPTCHUK, Ted J.; MILLER, Franklin G. Placebo effects in medicine. NewEngland Journal of Medicine, v. 373, n. 1, p. 8-9, 2015.
- 58- KOPF, Andreas; PATEL, N. B. Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos. Seattle (DW): International Association for the Study of Pain, 2010.
- 59- KOSEK, Eva et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states?. Pain, v. 157, n. 7, p. 1382-1386, 2016.
- 60- KOSEK, Eva et al. Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states?. Pain, v. 157, n. 7, p. 1382-1386, 2016.
- 61- LIN, Ivan B. et al. Disabling chronic low back pain as an iatrogenic disorder: a qualitative study in Aboriginal Australians. BMJ open, v. 3, n. 4, p. e002654, 2013.
- 62- LIZIER, Daniele Tatiane; PEREZ, Marcelo Vaz; SAKATA, Rioko Kimiko. Exercícios para tratamento de lombalgia inespecífica. Revista Brasileira de Anestesiologia, 2012.
- 63- LLUCH GIRBÉS, Enrique et al. Expanded distribution of pain as a sign of central sensitization in individuals with symptomatic knee osteoarthritis. Physical therapy, v. 96, n. 8, p. 1196-1207, 2016.

- 64- MAHER, Chris; UNDERWOOD, Martin; BUCHBINDER, Rachelle. Non-specific low back pain. *The Lancet*, v. 389, n. 10070, p. 736-747, 2017.
- 65- MAIA, P. A dor ou algia. *Ecos de Enfermagem*, 216/217, 4-10. 2000.
- 66- MARTELLI, Anderson; ZAVARIZE, Sérgio Fernando. Vias Nociceptivas da Dor e seus Impactos nas Atividades da Vida Diária. *UNICIÊNCIAS*, v. 17, n. 1, 2013.
- 67- MARTINS, Conceição; CAMPOS, Sofia; CHAVES, Cláudia. Qualidade de Vida e Dor no Doente com Úlceras Varicosas dos Membros Inferiores. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, n. 47, p. 163-172, 2014.
- 68- MATOS MA, Lessa I. Organização Mundial de Saúde - OMS; Organização Panamericana de Saúde - OPAS. CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
- 69- MEHTA, Anita; CHAN, Lisa S. Understanding of the concept of "total pain": a prerequisite for pain control. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, v. 10, n. 1, p. 26-32, 2008.
- 70- MEZIAT-FILHO, N., et al., Cognitive Functional Therapy (CFT) for chronic non-specific neck pain, *Journal of Bodywork & Movement Therapies* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.03.010>.
- 71- MEZIAT FILHO, N. Changing beliefs for changing movement and pain: Classification-based cognitive functional therapy (CB-CFT) for chronic non-specific low back pain. *Manual therapy*, v. 21, p. 303-306, 2016.
- 72- MOREIRA, Sara Sofia Teixeira de Sousa. Regulação emocional e dor em doentes com lombalgias crónicas. 2010. Dissertação de Mestrado.
- 73- MOREIRA, Vanessa Martins Pereira Silva et al. A hiperalgesia secundária ocorre independentemente do envolvimento unilateral ou bilateral da osteoartrite de joelho em indivíduos com doença leve ou moderada. *Revista Brasileira de Reumatologia*, v. 57, n. 1, p. 37-44, 2017.
- 74- MOSLEY, Grace E. et al. Olhando para além do disco intervertebral: a necessidade de ensaios comportamentais em modelos de dor discogênica. *Anais da Academia de Ciências de Nova York*, v. 1409, n. 1, p. 51-66, 2017.
- 75- MURAKI, S. et al. Incidence and risk factors for radiographic lumbar spondylosis and lower back pain in Japanese men and women: the ROAD study. *Osteoarthritis and cartilage*, v. 20, n. 7, p. 712-718, 2012.
- 76- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (US et al. Health, United States, 2005: With chartbook on trends in the health of Americans. 2005.

- 77- NEBLETT, Randy et al. Ability of the central sensitization inventory to identify central sensitivity syndromes in an outpatient chronic pain sample. *The Clinical journal of pain*, v. 31, n. 4, p. 323-332, 2015.
- 78- NG, Leo et al. Cognitive functional approach to manage low back pain in male adolescent rowers: a randomised controlled trial. *Br J Sports Med*, v. 49, n. 17, p. 1125-1131, 2015.
- 79- NIJS, Jo et al. How to explain central sensitization to patients with ‘unexplained’ chronic musculoskeletal pain: practice guidelines. *Manual therapy*, v. 16, n. 5, p. 413-418, 2011.
- 80- O’SULLIVAN, Kieran et al. I know what the imaging guidelines say, but.... 2017.
- 62- O’NEILL, Søren et al. Generalized deep - tissue hyperalgesia in patients with chronic low-back pain. *European journal of pain*, v. 11, n. 4, p. 415-420, 2007.
- 63- PERERA, Romain Shanil et al. Associations between disc space narrowing, anterior osteophytes and disability in chronic mechanical low back pain: a cross sectional study. *BMC musculoskeletal disorders*, v. 18, n. 1, p. 193, 2017.
- 64- QASEEM, Amir et al. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal medicine*, v. 166, n. 7, p. 514-530, 2017.
- 65- Fear-avoidance beliefs-a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review.
- 66- ROCHA, Anita Perpétua Carvalho et al. Dor: aspectos atuais da sensibilização periférica e central. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, Campinas, v. 57, n. 1, p. 94-105, Feb. 2007.
- 67- ROSENZVEIG, Alicia et al. Toward patient-centered care: a systematic review of how to ask questions that matter to patients. *Medicine*, v. 93, n. 22, 2014.
- 68- SANZARELLO, Ilaria et al. Central sensitization in chronic low back pain: A narrative review. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, v. 29, n. 4, p. 625-633, 2016.
- 69- SETCHELL, Jenny et al. Individuals’ explanations for their persistent or recurrent low back pain: a cross-sectional survey. *BMC musculoskeletal disorders*, v. 18, n. 1, p. 466, 2017.
- 70- SCHESTATSKY, Pedro. Definition diagnosis and treatment of neuropathic pain. *Clinical & Biomedical Research*, v. 28, n. 3, 2008.

71- SCHREIBER, Anne Karoline. Via indolamina 2, 3-dioxigenase/quinurenina com pontencial alvo farmacológico no tratamento da dor neuropática associada ao diabetes. 2016.

72- SILVA, Adriana Ferreira. Efeito da estimulação transcraniana de corrente contínua com a tarefa neurocognitiva na capacidade atencional e na dor de pacientes com fibromialgia. 2015. Tese de Doutorado.

73- SINGH, Gurpreet et al. Exploring the lived experience and chronic low back pain beliefs of English-speaking Punjabi and white British people: a qualitative study within the NHS. *BMJ open*, v. 8, n. 2, p. e020108, 2018.

74- SMART, Keith M. et al. The Discriminative validity of “nociceptive,” “peripheral neuropathic,” and “central sensitization” as mechanisms-based classifications of musculoskeletal pain. *The Clinical journal of pain*, v. 27, n. 8, p. 655-663, 2011.

75- STARKWEATHER, Angela R. et al. Methods to measure peripheral and central sensitization using quantitative sensory testing: A focus on individuals with low back pain. *Applied Nursing Research*, v. 29, p. 237-241, 2016.

76- STENBERG, Gunilla; FJELLMAN - WIKLUND, Annacristine; AHLGREN, Christina. ‘I am afraid to make the damage worse’—fear of engaging in physical activity among patients with neck or back pain—a gender perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, v. 28, n. 1, p. 146-154, 2014.

77- STONE, David A. et al. Patient expectations in placebo - controlled randomized clinical trials. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 11, n. 1, p. 77-84, 2005

78- STORTENBEKER, Inge A. et al. Quantifying positive communication: Doctor’s language and patient anxiety in primary care consultations. **Patient education and counseling**, 2018.

79- TAN, Boon-Kiang et al. Low back pain beliefs are associated to age, location of work, education and pain-related disability in Chinese healthcare professionals working in China: a cross sectional survey. *BMC musculoskeletal disorders*, v. 15, n. 1, p. 255, 2014.

80- TAXONOMY, I. A. S. P. Updated from Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage (pp 209-214) Classification of Chronic Pain, IASP Task Force on Taxonomy, edited by Merskey H. and Bogduk N. 2017.

- 81- TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; ALMEIDA, Daniel Benzecry; YENG, Lin Tchia. Concept of acute neuropathic pain. The role of nervi nervorum in the distinction between acute nociceptive and neuropathic pain. *Revista Dor*, v. 17, p. 5-10, 2016.
- 82- VAN MIDDELKOOP, Marienke et al. Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best practice & research Clinical rheumatology*, v. 24, n. 2, p. 193-204, 2010.
- 83- VERHAGEN, Arianne P. et al. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *European Spine Journal*, v. 25, n. 9, p. 2788-2802, 2016.
- 84- VIGATTO, Ricardo et al. Development of a Brazilian Portuguese version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. *Spine*, v. 32, n. 4, p. 481-486, 2007.
- 85- VITOR, Aline Oliveira et al. Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro*, v.2, n.1, p.87-96, jan.-jun., 2008.
- 86- WERTLI, Maria M. et al. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*, v. 14, n. 11, p. 2658-2678, 2014.
- 87- WOOLF, Clifford J. Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, v. 152, n. 3, p. S2-S15, 2011.
- 88- WOOLF, Clifford J. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity. *Nature*, v. 306, n. 5944, p. 686-688, 1983.
- 89- ZUSMAN, Max. Reforço de crenças: uma das razões pelas quais os custos da dor lombar não diminuíram. *Journal of multidisciplinary healthcare*, v. 6, p. 197, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Ficha de Avaliação

Nome Completo:

Idade:

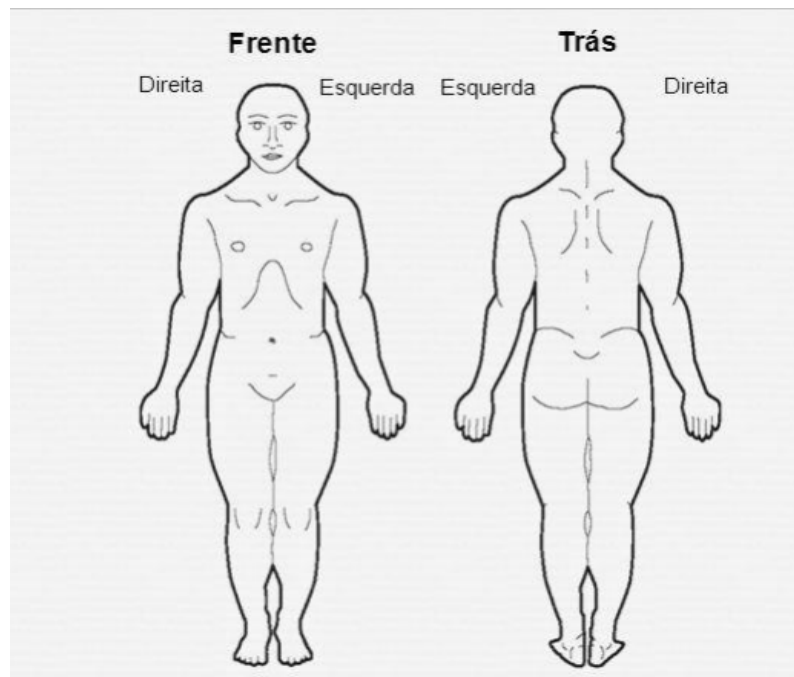
Nível de instrução/Anos de estudo:

Tempo com dor:

Diagnóstico(s) médico:

Realiza fisioterapia:

Marque na figura abaixo a(s) área(s) do corpo que você sente dor.



APÊNDICE 2

Roteiro da entrevista discursiva

Eixos temáticos

Dor

- 1- Você acredita que o tipo de diagnóstico médico (Ex. hérnia de disco, abaulamento discal, hiperlordose, artrose) pode interferir na sua dor? Por quê?
- 2- Você acredita que a quantidade de diagnósticos médicos que você já recebeu para a sua queixa atual, caso tenha recebido mais de um diagnóstico, pode interferir na sua dor? Por quê?
- 3- Você acha que o aumento da dor significa um aumento da lesão?

Função

- 4- Você acredita que o tipo de diagnóstico médico (Ex. hérnia de disco, abaulamento discal, hiperlordose, artrose) pode interferir nas suas atividades do dia-dia? Por quê?
- 5- Você acredita que a quantidade de diagnósticos médicos que você já recebeu para a sua queixa atual, caso tenha recebido mais de um diagnóstico, pode interferir nas suas atividades do dia-dia? Por quê?
- 6- O seu médico lhe deu orientações quanto aos movimentos e atividades diárias que você poderia ou não fazer? Quais foram essas orientações?

Tratamento Fisioterapêutico

- 7- Você acredita que o tipo de diagnóstico médico (Ex. hérnia de disco, abaulamento discal, hiperlordose, artrose) pode interferir no sucesso do tratamento de fisioterapia que você recebeu? Por quê?

- 8- Você acredita que a quantidade de diagnósticos médicos que você já recebeu para a sua queixa atual, caso tenha recebido mais de um diagnóstico, pode interferir no sucesso do tratamento de fisioterapia que você recebeu? Por quê?

Percepção geral da saúde

- 9- Como você se sentiu após receber seu diagnóstico?
- 10- Você acha que a sua dor é devido às alterações diagnosticadas na sua coluna?

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Influência do diagnóstico médico na dor e nas atividades diárias de pacientes com dor lombar crônica inespecífica e sinais de sensibilização central”, na qual irá avaliar a relação entre o diagnóstico médico e o índice de melhora funcional, além da presença de sinais de sensibilização central em pacientes que sofrem de dor nas costas. Você foi selecionado para participar da pesquisa com pacientes ambulatoriais de ambos os sexos, acima de 18 anos, que apresentem dor crônica nas costas e sua participação não é obrigatória. Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser submetida à um breve exame físico, onde iremos coletar alguns dados como peso e altura, além de responder a três questionários para podermos analisá-los. A pesquisa será realizada no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, sendo que as entrevistas terão duração de 25 minutos. Esta pesquisa irá gerar maiores benefícios do que riscos aos pacientes com dor crônica nas costas; no que se refere aos riscos, pode-se dizer que há um risco de cansaço e fadiga durante a coleta de dados, visto que o instrumento a ser utilizado para coleta de dados é extenso, também poderá gerar algum constrangimento ao responder alguma das perguntas do questionário, no entanto, você poderá solicitar a qualquer momento que a pesquisa seja interrompida, ou não responder qualquer pergunta que seja solicitada a você. Para minimizar estes riscos possibilitaremos que as instalações em que a avaliação e a entrevista serão realizadas permita conforto durante sua realização, você poderá permanecer sentado de maneira confortável, além disso, você poderá interromper a entrevista se houver algum incômodo, e deste modo, poderá remarcar a continuação da entrevista ou não. Já os benefícios serão direcionados a pessoas com dor nas costas em geral, pois esta pesquisa irá gerar conhecimento sobre dor crônica nas costas e suas inter-relações com as características sócias demográficas, qualidade de vida, dificuldades ocasionadas pela dor, intensidade de dor e incapacidade funcional, de forma a aprofundar o entendimento de suas causas e consequências, e posteriormente, adequar melhor as possibilidades de tratamento às necessidades das pessoas. Os pesquisadores responsáveis acompanharão a pesquisa do início ao fim, ou seja, eles estarão presentes durante todo o tempo, podendo esclarecer qualquer dúvida. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa não trará nenhum prejuízo em relação com o pesquisador ou com a instituição. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, você será identificado através de suas iniciais ou números; os dados não

serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Esta pesquisa não trará nenhum tipo de despesa ao participante. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o e-mail do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e participação, agora ou a qualquer momento.

CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____

aceito, por livre e espontânea vontade, participar desta pesquisa e permito que as informações que prestei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro, que estou ciente dos objetivos e de ter compreendido as informações dadas pelo pesquisador.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação da pesquisa e concordo e participar.

Assinatura do Participante

Pesquisador responsável: Igor da Silva Bonfim
Pós-Graduando do Mestrado Acadêmico em Ciências da Reabilitação. UNISUAM.
Praça das Nações 34, 3º andar, Bonsucesso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
Cep: 21041-010
Tel: (21) 987595704
Email: igordasilvams@hotmail.com

8.0- ANEXOS

ANEXO 1

Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade.

Por favor, você poderia completar este questionário? Ele é elaborado para nos dar informações de como seu problema nas costas (ou pernas) têm afetado seu dia-a-dia.

Por favor, responda a todas as seções. Marque apenas um quadrado em cada seção, aquele que mais de perto descreve você hoje.

Seção 1: Intensidade da dor.

	Sem dor no momento
	A dor é muito leve no momento
	A dor é moderada nesse momento
	A dor é mais ou menos intensa nesse momento
	A dor é muito intensa no momento
	A dor é a pior que se pode imaginar no momento

Seção 2: Cuidados pessoais (Vestir-se, tomar banho etc)

	Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra
	Posso me cuidar mas me causa dor
	É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso
	Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar
	Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim
	Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.

Seção 3: Pesos

	Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra
	Se levantar coisas pesadas sinto dor extra
	A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, e.g., numa mesa.
	A dor me impede de levantar coisas pesadas mas dou um jeito de levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.
	Só posso levantar coisas muito leve
	Não posso levantar nem carregar nada.

Seção 4: Andar

	A dor não me impede de andar (qualquer distância)
	A dor me impede de andar mais que 2 Km
	A dor me impede de andar mais que 0,5 Km
	A dor me impede de andar mais que poucos metros
	Só posso andar com bengala ou muleta
	Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro

Seção 5: Sentar

	Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser
	Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser
	A dor me impede de sentar por mais de 1 hora
	A dor me impede de sentar por mais de 30 minutos
	A dor me impede de sentar por mais que 10 minutos
	A dor me impede de sentar

Seção 6: De pé

	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser sem dor extra
	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 1 h
	A dor me impede de ficar de pé por mais meia hora
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 10 minutos
	A dor me impede de ficar de pé

Seção 7: Sono

	Meu sono não é perturbado por dor
	Algumas vezes meu sono é perturbado por dor
	Por causa da dor durmo menos de 6 horas
	Por causa da dor durmo menos de 4 horas
	Por causa da dor durmo menos de 2 horas
	A dor me impede de dormir.

Seção 8: Vida sexual (se aplicável)

	Minha vida sexual é normal e não me causa dor extra
	Minha vida sexual é normal, mas me causa dor extra
	Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa
	Minha vida sexual é muito restringida devido à dor
	Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.
	A dor me impede de ter atividade sexual.

Seção 9: vida social

	Minha vida social é normal e eu não sinto dor extra
	Minha vida social é normal, mas aumenta o grau de minha dor.
	A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc
	A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa
	A dor restringiu minha vida social a minha casa
	Não tenho vida social devido a minha dor.

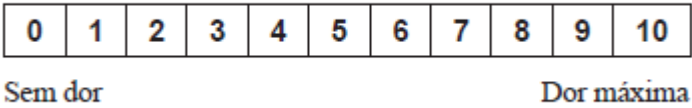
Seção 10: Viagens

	Posso viajar para qualquer lugar sem dor.
	Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto dor extra

	A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas
	A dor restringe minhas viagens para distâncias menores que 1 hora
	A dor restringe minhas viagens para as necessárias e menores de 30 minutos
	A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.

ANEXO 2

Escala de dor visual numérica.



ANEXO 3

Inventário de Sensibilização Central

Os sintomas avaliados por este questionário se referem a sua presença diária ou na maioria dos dias dos últimos três meses. Circule na coluna da direita a melhor resposta para cada questão.

1 Sinto-me cansado (a) ao acordar pela manhã.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
2 Sinto que minha musculatura está enrijecida e dolorida.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
3 Tenho crises de ansiedade.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
4 Costumo apertar (ranger) os dentes.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
5 Tenho diarreia e/ou prisão de ventre.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
6 Preciso de ajuda para fazer as tarefas diárias.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
7 Sou sensível à luminosidade excessiva.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
8 Canso-me facilmente ao realizar atividades diárias que exigem algum esforço físico.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
9 Sinto dor em todo o corpo.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
10. Tenho dores de cabeça.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
11. Sinto desconforto e/ou ardência ao urinar.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
12. Durmo mal.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
13. Tenho dificuldade para me concentrar.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
14. Tenho problemas de pele como ressecamento, coceira e vermelhidão.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
15. O estresse piora meus sintomas.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
16. Me sinto triste ou deprimido(a).	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
17. Tenho pouca energia.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
18. Tenho tensão muscular no pescoço e nos ombros.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
19. Tenho dor no queixo.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
20. Fico enjoado (a) e tonto (a) com cheiros como o de perfumes.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
21. Preciso urinar frequentemente.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>

22. Quando vou dormir à noite sinto minhas pernas inquietas e desconfortáveis.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
23. Tenho dificuldade para me lembrar das coisas.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
24. Sofri trauma emocional na infância.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
25. Tenho dor na região pélvica.	<i>0</i> <i>Nunca</i>	<i>1</i> <i>Raramente</i>	<i>2</i> <i>Às vezes</i>	<i>3</i> <i>Frequentemente</i>	<i>4</i> <i>Sempre</i>
TOTAL:					

Você recebeu de algum médico algum (s) diagnóstico (s) dos citados abaixo?

Preencha as colunas da direita para cada diagnóstico.

Parte B	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Ano do Diagnóstico</i>
1. Síndrome das pernas inquietas.			
2. Síndrome da fadiga crônica.			
3. Fibromialgia.			
4. Disfunção da articulação temporomandibular (ATM).			
5. Enxaqueca ou cefaleia tensional.			
6. Síndrome do intestino (cólon) irritável.			
7. Hipersensibilidade química (ex. poeira, cosméticos, poluição).			
8. Lesão cervical (incluindo lesão de chicote).			
9. Ansiedade ou ataques de pânico.			
10. Depressão.			

