

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

CAROLINE LIMA DA COSTA

**ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL NA DOR LOMBAR CRÔNICA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA**

Uberlândia

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

CAROLINE LIMA DA COSTA

**ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL NA DOR LOMBAR CRÔNICA: UMA REVISÃO
DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a Obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof.º Dr.º Valdeci Carlos Dionísio

Uberlândia

2017

ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL NA DOR LOMBAR CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Fisioterapia, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a Obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Valdeci Carlos Dionisio (orientador)

Prof. Dr. Frederico Tadeu Deloroso

Prof.^a Dr.^a Julia Maria dos Santos

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família que sempre foi e sempre vai ser minha fonte de força e perseverança, e aos amigos da minha cidade natal, que sempre se fizeram presentes, apesar da distância.

RESUMO

A alta incidência de dor lombar crônica sem causa específica e muitas vezes sem evolução significativa de melhora clínica tem intrigado os pesquisadores, e os motivado a buscar na abordagem biopsicossocial, a origem dos desarranjos da coluna lombar, uma vez que essa condição pode estar associada a diversos fatores que não puramente físicos, mas advindos de fatores psicológicos e sociais. Essa abordagem pode auxiliar na elaboração de intervenções fisioterapêuticas mais eficazes para esta população. O presente trabalho tem como objetivo abordar os aspectos biopsicossociais da dor lombar crônica, assim como possíveis intervenções terapêuticas a partir de uma revisão da literatura. Os estudos apresentam diferentes abordagens fisioterapêuticas como o tratamento através de subgrupos, recursos físicos, bem como tratamentos psicológicos como a terapia cognitiva comportamental, terapia cognitiva breve e também tratamentos multidisciplinares. As evidências têm mostrado que a associação de ambas as abordagens sempre que se fizer necessário pode contribuir substancialmente para a melhora clínica desses indivíduos.

Palavras-chave: dor, dor lombar crônica, fatores biopsicossociais, reabilitação.

ABSTRACT

The high incidence of unexplained low back pain and often with no significant clinical evolution have been intrigued the researchers, and motivate to look for biopsychosocial approach the sources of the low back derangements once this condition can be associated with factors that are not just purely physical, but associated with psychological and social factors. This point of view can help to elaborate more effective physical therapy interventions to this population. This study has the objective to approach the biopsychosocial aspects for chronic low back pain, as well as your possible therapeutic interventions approaches from a literature review. The studies presented different physical therapy approaches through subgroups treatments, physical resources, and psychologic treatments as well, like the cognitive behavioral therapy, brief cognitive therapy and multidisciplinary treatments. The evidences have shown that associating approaches whenever necessary they can contribute substantially to the clinical improvement to these patients.

Key-Words: *pain, low back, biopsychosocial factors, ratability.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Caminho da dor através de um estímulo de hiperalgesia.....	14
FIGURA 2 – Modelo Biopsicossocial.....	19

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Sinais de Alerta – <i>RED FLAGS</i>	21
TABELA 2 – Sinais de Alerta – <i>YELLOW FLAGS</i>	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

β - Beta

δ - Delta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA.....	11
3. DOR.....	12
3.1. ASPECTOS DA DOR CRÔNICA.....	16
3.2. LOMBALGIA E O ASPECTO BIOPSISSOCIAL.....	18
3.2.1. CLASSIFICAÇÃO.....	20
3.2.2. RED FLAGS	20
3.2.3. YELLOW FLAGS.....	21
3.2.4. DIAGNÓSTICO	22
3.2.5. AVALIAÇÃO	23
3.2.6. QUESTIONÁRIOS	24
3.2.7. PLANOS DE TRATAMENTO.....	25
3.2.8. TRATAMENTO POR SUBGRUPOS.....	26
3.2.9. ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL.....	27
4. CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS.....	39

1. INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica inespecífica é um comprometimento musculoesquelético de alta incidência na população mundial e diversas abordagens têm sido apresentadas para o seu tratamento, especialmente com relação às intervenções fisioterapêuticas (KRISMER; TULDER, 2006; DIJKEN; WIKLUND; HILDINGSSON, 2008, KOPEC; SAYRE; ESDAILE, 2004 apud KHERAD, 2016).

Dentre as teorias para o tratamento, destacam-se aquelas que têm abordagem focada nos aspectos estruturais e mecânicos, utilizadas em grande parte como foco exclusivo em muitos casos. A maior parte de todas as intervenções ainda tem bases sólidas no modelo médico. Entretanto, as abordagens biopsicossociais têm se destacado nas últimas duas décadas e surgem como abordagens complementares importantes às terapias de intervenções mecânicas. No entanto, a relação entre os aspectos psicológicos, comportamentais e físicos, e a diversidade de áreas cerebrais envolvidas neste processo torna o tema bastante complexo. São muitos os aspectos que devem ser levados em consideração, que fazem pensar que é necessário mais de um foco de intervenção para tantos fatores que compõem esse complexo desarranjo.

Diante disso, este estudo tem o propósito de revisar a literatura para organizar o conhecimento em torno desse tema, e permitir a melhor compreensão deste modelo de abordagem fisioterapêutica.

2. METODOLOGIA

Esta revisão foi realizada a partir de uma busca nas bases de dados PubMed, PEDro, Proceedings of the National Academy of Sciences Surgery Journal. A revisão selecionou artigos relacionados ao tema a partir de 1997. Para a busca dos artigos, as palavras-chave utilizadas foram: *evolution, vertebral column, australopithecus hominoids, human spine, physiology of pain, mechanisms of pain, anatomy, physiology pain, low back pain, biopsychosocial, classification, evaluation, physical therapy*.

3. DOR

A dor é uma reação inata própria de todas as espécies de mamíferos, com função primordial em relação aos mecanismos de sobrevivência e proteção. Geralmente, ela é altamente adaptativa, surgindo na presença de um estímulo de magnitude intensa o suficiente para desencadeá-la. Entretanto, na espécie humana, ela extrapola a dimensão perceptivo-discriminativa, trazendo consigo componentes afetivo-aversivo-motivacionais, o que a torna um fenômeno de difícil compreensão e ainda um grande desafio para o seu completo entendimento.

Devido a essas diferentes dimensões para sua manifestação, a dor é classificada didaticamente como aguda, também chamada de dor rápida e crônica, também conhecida como dor lenta. A dor aguda é uma dor súbita, não sentida em tecidos mais profundos, percebida em momentos de lesões como facada ou queimaduras, e geralmente é desencadeada através de estímulos mecânicos e térmicos. Já a dor crônica está relacionada com lesões de grande magnitude, pode-se gerar a somatória desses estímulos e está comumente ligada à destruição tecidual. Essas duas categorias de dor não se diferem apenas nestas características, mas também na ascendência de suas informações até os centros superiores. A partir de estímulos recebidos pelas terminações nervosas livres dos nociceptores, a informação é levada para a medula espinal através de dois tipos diferentes de fibras nervosas, que são as fibras A δ e C. As fibras A δ levam as informações mais rapidamente por serem mielinizadas e com diâmetro maior que as fibras C, que não são mielinizadas e conduzem as informações mais lentamente. Elas se dirigem para o corno dorsal na medula espinal, onde as fibras aferentes primárias fazem sinapses com neurônios de primeira ordem e lá, cruzam a zona de Lissauer e terminam, respectivamente, nas lâminas I e V, e II, que também é conhecida como substância gelatinosa.

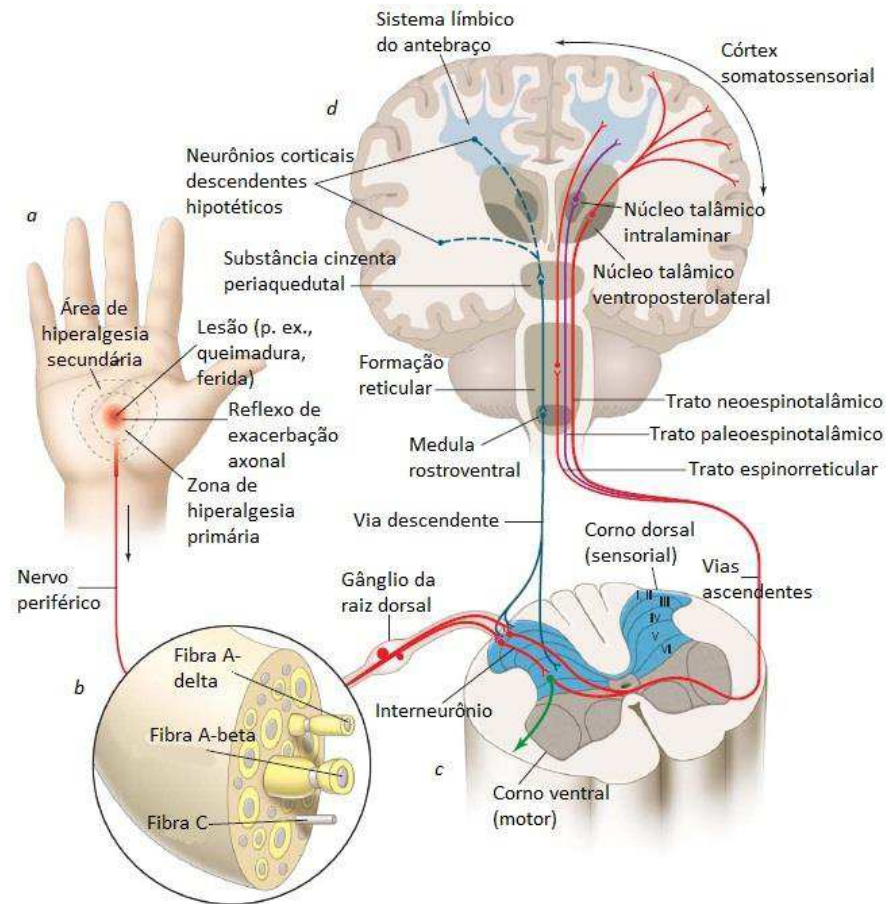
A ascendência dessas informações percorre o trato espinotalâmico, que se inicia na medula espinal. É dividido ântero-lateralmente em vias neoespinotalâmica e paleoespinotalâmica. Enquanto as fibras A δ ascendem através da via neoespinotalâmica, as fibras C ascendem pelo trato paleoespinotalâmico. A via neoespinotalâmica é uma via direta que se projeta por meio do bulbo, da ponte e

do mesencéfalo sem nenhuma sinapse até chegar ao tálamo. Na sequência os neurônios se direcionam para o córtex pré-frontal, córtex cingulado anterior, ou até mesmo áreas que se associam normalmente a funções motoras, como o cerebelo.

Diferentemente da via neoespinotalâmica, a via paleoespinotalâmica é filogeneticamente mais antiga, conta com relés intermediários em estruturas subcorticais, onde fazem sinapses com neurônios do sistema de ativação reticular ascendente (SARA) e substância cinzenta periaquedutal (SCP), importante estrutura mesencefálica, antes de atingirem o tálamo ventrobasal. Do tálamo, as informações atingem o córtex sensorial e tornam-se conscientes. A partir deste momento um complexo estrutural irá interagir e influenciar na interpretação deste estímulo recebido e que irão modular mecanismos descendentes em resposta destes.

Na via descendente os neurônios do tronco encefálico podem bloquear as transmissões dolorosas através de ações diretas no corno dorsal, bem como inibir neurônios excitatórios ou excitar neurônios inibitórios. A SCP, a partir de informações corticais, estimula os núcleos dorsais da rafe a secretarem serotonina, que chegam até o corno dorsal da medula espinal e fazem uma sinapse do tipo excitatória sobre neurônios encefalinérgicos. A ativação do sistema de modulação opioidérgica endógena produz uma poderosa analgesia.

FIGURA 1 – Caminho da dor através de um estímulo de hiperalgesia



A figura representa as seguintes estruturas: *a*- área de estímulo nocivo (podendo ser um estímulo de hiperalgesia) após uma lesão, cuja informação é levada pelo nervo periférico; *b*- tipos de fibras nervosas periféricas, Fibra A-delta mielinizada e com calibre maior que a Fibra C que não é mielinizada e tem menor diâmetro, ambas são nociceptores responsáveis por levar estímulos dolorosos, e Fibra A-Beta com diâmetro maior que as Fibras A-delta, é mielinizada e é responsável por levar informações táteis; *c*- entrada do das fibras nervosas no corno dorsal na medula espinal, onde algumas fibras fazem sinapse com interneurônios e cruzam a medula espinal. Elas percorrem o caminho das vias ascendentes ântero-lateralmente, pelos tratos paleoespinotalâmico e neoespinotalâmico e espinorreticular, até o córtex, onde a informação é processada é gerada uma resposta que sobre influência de vários sistemas, e que é encaminhada por via descendente no corno dorsal, onde as fibras nervosas se internalizam. Fonte: Medicinanet (2013).

Em contrapartida, também existem mecanismos que não favorecem à analgesia, como a sensibilização central que é um estado alterado de interpretação das informações nocivas que leva à hiperalgesia secundária, que é uma dor de gravidade anormal sentida em uma região lesionada bem como nas áreas ao redor da lesão, ou até mesmo estímulos não nocivos que são interpretados como tal, também conhecida como alodinia tátil. Mais uma condição que pode levar a uma interpretação alterada da dor é a facilitação descendente, pois o indivíduo teria a interpretação dolorosa influenciada por fatores genéticos e/ou expectativas negativas da dor que poderiam causar um aumento da dor, como por exemplo, a hiperalgesia nocebo (LORENZE et al., 2005 e COLLOCA et al., 2008 apud GEUTER et al., 2013, RETRAIN PAIN, 2015).

Existe um estudo que utilizou um creme hidratante comum em dois grupos, porém com informações diferentes para cada. Para um grupo a informação era de que o creme seria a base de pimenta e que causaria dor ao indivíduo, enquanto o outro grupo teve a informação verdadeira. Somente essa informação de que o creme causaria dor foi o bastante para os indivíduos do grupo realmente sentirem dor, enquanto o outro grupo não sentiu nada (RETRAIN PAIN, 2015).

Outro estudo, de Benedetti et al. (2012) utilizou um esfigmomanômetro insuflado ao máximo, a informação dada para um grupo foi de que aquilo era um teste para ver qual a máxima tolerância que eles tinham para dor, e que deveriam manter o máximo de tempo possível. Para o outro grupo a informação era de que aquilo seria uma nova intervenção para hipertrofia, ou seja, para ficarem mais fortes. Quanto maior o tempo que eles aguentassem, mais fortes ficariam. Como resultados, o grupo que teve a informação de que seria um método benéfico para fortalecimento suportou 50% a mais de tempo do que o grupo da informação de resistência dolorosa. Isso nos sugere de que as informações passadas sejam elas erradas ou não podem influenciar no grau de dor sentida pelo indivíduo, tanto para intensificar quanto para amenizar.

E não somente informações como também o ambiente em que a pessoa se encontra, juntamente com a circunstância. Dependendo de qual situação em que a pessoa se depara sistemas de inibição que causam completa analgesia, ou mais precisamente bloqueio da dor, podem acontecer, e um desses processos é chamado de inibição descendente. Ela é um processo ativado em momentos de risco de morte

e um exemplo disso é apresentado pela fundação Retrain Pain (2015) que relata o caso da surfista Bethany Hamilton que foi atacada por um tubarão e que é possível evidenciar essa inesperada reação do organismo. Em uma entrevista com Bill Hemmer em 2003, a surfista foi questionada a respeito do que se lembrava do momento exato em que o tubarão de 5 metros a atacou, e em sua resposta relatou que não havia sentido nenhuma dor. Apesar de se ter um braço arrancado com uma mordida de tubarão e não sentir dor, a situação na qual a surfista se deparava era de ameaça de morte, então seu cérebro interpretou que escapar daquela situação e sobreviver era mais importante. O cérebro tem a capacidade de ativar um sistema de redução de dor interna, e a sensação que seria interpretada e sentida no momento da mordida foi inibida por mediadores químicos liberados pelo encéfalo, e esse mecanismo é chamado de inibição descendente.

3.1. ASPECTOS DA DOR CRÔNICA

A dor crônica não é um mecanismo adaptativo, própria da espécie humana, que acomete de 20 a 30% da população adulta, e que muitas vezes é apelidada como “sensação fantasma”, pois é uma sensação subjetiva que pode variar muitas vezes e está ligada à lesão periférica inicial, mas que nem sempre essa lesão inicial a justifica (RAUSCHECKER et al., 2015). Ela conta com mecanismos emocionais adicionais, que podem interferir no processamento das informações dolorosas. Em uma interação complexa de vários sistemas como, por exemplo, o sistema límbico, eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, hipocampo, corpo amigdalóide e substância cinzenta, e o Sistema Nervoso Autônomo simpático.

O sistema límbico é responsável por controlar as forças motivacionais, comportamentais, emocionais e também funções vegetativas do cérebro como o desejo de comer, beber, regulação da temperatura corporal e osmolalidade (MACPHAIL, 2014). Ele possui uma importante estrutura chamada hipotálamo que é responsável pela inibição ou excitação de várias atividades, como na regulação cardiovascular, da temperatura, água corporal e controle da secreção de hormônios através da hipófise anterior. Que por sua vez pode influenciar na excitação ou inibição na produção de hormônios através das informações externas captadas e

interpretadas. Essa excitação ou inibição da produção dos hormônios pode interferir no equilíbrio do sistema orgânico interno, podendo causar a falta ou excesso de hormônios importantes.

O hipocampo e o corpo amigdalóide apresentam interação na produção comportamental relacionada à personalidade, e interagem para produzir comportamentos que aumentam a probabilidade de sintomas musculoesqueléticos, e o hipocampo se relaciona com a memória à longo prazo, onde se inclui o armazenamento das experiências vividas. (BUTLER e MOSELEY, 2013 apud MACPHAIL, 2014). Já a substância cinzenta que apesar de não fazer parte do Sistema Límbico tem participação na modulação da dor e comportamento defensivo, ou seja, através destes meios o sistema límbico de forma indireta pode influenciar no comportamento humano (BEAR; CONNOR; PARADISO, 2001, FIELDS et al., 2005 apud SALOMONS et al., 2014, MACPHAIL et al, 2014, STEEDS, 2016). Um estudo interessante que se relaciona com esse contexto da personalidade foi feito por McFadden e Woitalla (1993), que apresentaram o quantificações diferentes (através da Escala Visual Analógica) de um mesmo estímulo doloroso aplicado em um indivíduo que apresentava quatro personalidades.

Com o aumento da atividade simpática do Sistema Nervoso Autônomo ocorre um estresse no eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal, ou seja, uma sobrecarregada que a torna hiperativa, e isso de forma crônica a torna hipofuncional (BLACKBURN-MUNROa; BLACKBURN-MUNROb, 2003 apud MACPHAIL, 2014). Isso causará um efeito dominó, refletindo sua alteração em outras partes, como por exemplo, na produção de matéria-prima para reparo tecidual, aumentando a sensibilidade da dor, e aumentando comportamentos estressantes que podem levar a desequilíbrios mecânicos, bioquímicos e nutricionais (CHAITOW, 2004 apud MACPHAIL, 2014). Inclusive, com o aumento da atividade desse sistema existe uma influência no tônus muscular, que interfere no equilíbrio da ativação e inibição de músculos agonistas e antagonistas, o que poderia levar ao desalinhamento articular (MACPHAIL, 2014). Isso tornaria maior a probabilidade de lesões agudas ou até mesmo crônicas (PAGE et al., 2010 apud MACPHAIL, 2014, NEEDLE et al., 2014 apud MACPHAIL, 2014). Além de alterações da musculatura lisa do sistema vascular, que sofre vasoconstricção, que é uma alteração observada comumente em pessoas muito estressadas, e isso de forma prolongada pode prejudicar na capacidade de

reparo tecidual e do sistema musculoesquelético de lidar com microtraumas cumulativos (MACPHAIL, 2014).

3.2. DOR LOMBAR E O ASPECTO BIOPSISSOCIAL

Dessa maneira, se inicia o tema proposto, após desenvolver as noções prévias consideradas importantes. Bem como a anatomia, diversidade de sistemas envolvidos na interpretação dolorosa, quais as suas interações com fatores intrínsecos abstratos, associados com os desequilíbrios palpáveis que são os desarranjos musculoesqueléticos crônicos, como a lombalgia.

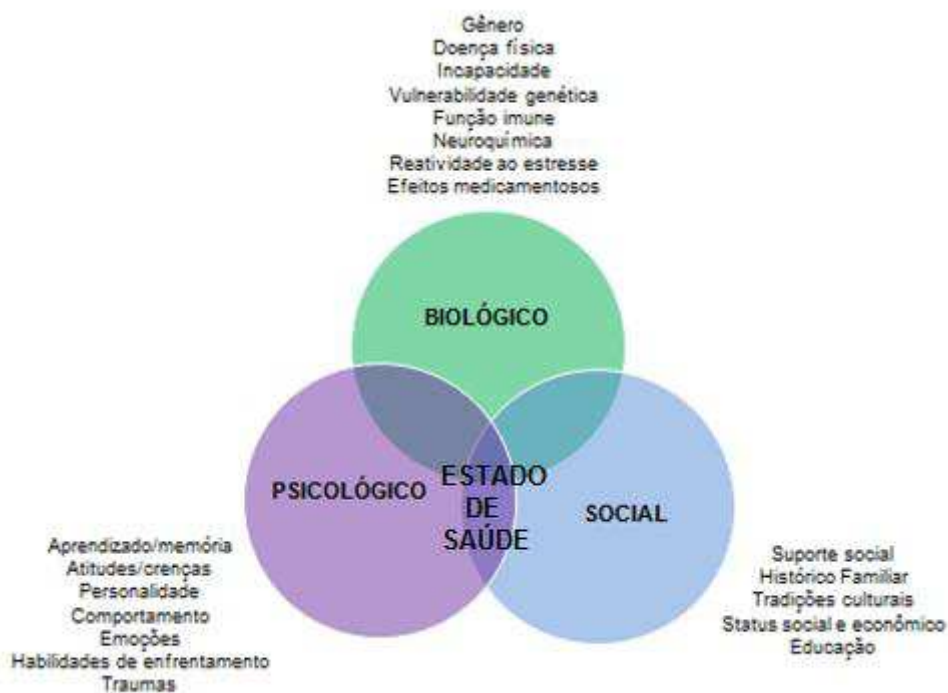
Sendo assim, a dor lombar ou lombalgia é uma desordem musculoesquelética comum, definida como dor ou desconforto localizados abaixo da margem costal ou 12ª costela, e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem dores nas pernas (KRISMER et al, 2006; SMITH et al, 2014; PARREIRA et al, 2015; VERHAGEN, et al, 2016). A prevalência de dor lombar é de 60 a 85%, podendo atingir todas as idades, porém é mais comumente observada em idades mais avançadas (KRISMER; TULDER, 2006; DIJKEN; WIKLUND; HILDINGSSON, 2008, KOPEC; SAYRE; ESDAILE, 2004 apud KHERAD, 2016). Além disso, altos custos são gerados com relação aos cuidados com a saúde, por também envolver absenteísmo e indenização nas atividades ocupacionais (KRISMER; TULDER, 2006)

Considerada um desafio, a dor lombar na maior parte dos casos apresenta causas inespecíficas, sendo detectável em 5% a 10% dos casos (KRISMER; TULDER, 2006; ROBINSON; DAGFINRUD, 2017; POURAHMADI et al., 2017). Ela é caracterizada inespecífica quando a dor é apresentada sem uma patologia adjacente conhecida, e específica quando diagnosticada por profissionais da saúde como doenças destrutivas, por exemplo, infecção, tumor e hérnia de disco (KRISMER; TULDER, 2006).

A maioria dos pacientes tem recuperação em até seis semanas, porém cerca de 5% a 10% dessa população tem risco de desenvolver dor lombar crônica, que pode estar associada a fatores pessoais, psicossociais e ocupacionais (KRISMER; TULDER, 2006, HOY, et al., 2013, GROTTLE et al., 2005, HAYDEN et al., 2009, KAMALERI et al., 2009, CHOU et al., 2010, GROTTLE et al., 2010, HAYDEN et

al., 2010 apud ROBINSON, DAGFINRUD, 2017). A cronicidade da dor lombar inespecífica é determinada pela duração de sintomas, em que é aguda quando tem duração menor do que seis semanas, subaguda quando a duração é maior do que seis semanas e menor do que três meses, e crônica quando for maior do que três meses (KRISMER; TULDER, 2006). Quando crônicos outros sintomas como cefaleia, dores abdominais, e dor em diferentes locais das extremidades podem estar associados, representando um pior prognóstico (THOMAS, 1999, NATVIG, BRUUSGAARD; ERIKSEN, 2001, BERGMAN et al., 2001 apud KRISMER; TULDER, 2006). Neste caso de causa inespecífica com cronicidade, o modelo biopsicossocial pode ser utilizado na tentativa de entender a interação dos fatores físicos, psicológicos e sociais (HARRIS et al, 2017). Esse modelo buscaria relações entre aspectos psicossociais em desequilíbrio e se eles poderiam influenciar em desarranjos estruturais, físicos, enfim, biológicos, acarretando em injúrias, como a as dores lombares.

FIGURA 2 – Modelo Biopsicossocial



O modelo Biopsicossocial representado acima é composto por multifatores que quando em desequilíbrio podem influenciar outras áreas da vida das pessoas, até

gerarem possíveis desequilíbrios biológicos, bem como podem originar de fatores biológicos podendo influenciar em fatores psicológicos e sociais. Fonte: Static Square Space (2017).

3.2.1. CLASSIFICAÇÃO

Através da necessidade de se identificar pacientes com risco de desenvolverem lombalgia crônica surgiram classificações chamadas *Red Flags* e *Yellow Flags* (bandeiras vermelhas e amarelas respectivamente). Elas são ferramentas de triagem para facilitar a identificação desses indivíduos, porém devem ser utilizada como complemento do processo investigativo, associado com julgamento clínico e o raciocínio (GREENHALGH; SELFIE, 2006 apud FERGUSON; HOLDWORTH; RAFFERTY, 2010).

O ponto de partida dessa classificação é a partir da história e exames físicos para determinar se há algum fator patológico grave da coluna, que teria classificação das *Red Flags*, ou fatores de risco psicossociais classificados como *Yellow Flags* (CARTER; BIRRELL, 2000 apud WALSH et al., 2008).

3.2.2. RED FLAGS

As *Red Flags* têm sido usadas desde 1949 por médicos, e os fisioterapeutas adotaram recentemente este método para a identificação de patologias subjacentes (GREENHALGH; SELFIE, 2006 apud FERGUSON; HOLDWORTH; RAFFERTY, 2010). Existem alguns sinais de alerta que ajudam a diferenciar possíveis patologias graves da coluna, para classificação de *Red Flags*, que estão listadas na Tabela 1.

TABELA 1 – Sinais de Alerta

➤ **RED FLAGS**

- Idade < 20 anos ou > que 55 anos
- Trauma violento, ou queda de uma altura muito grande
- Constante e progressiva dor não-mecânica
- Histórico de carcinoma
- Abuso de drogas
- *Acquired immunodeficiency syndrome* (AIDS)
- Severa persistência de restrição da flexão lombar
- Deficiência neurologia generalizada
- Deformidade estrutural
- Febre e perda de peso inexplicável
- Disfunção vesical
- Tosse e espirro positivo
- Dor noturna
- Fraqueza dos membros inferiores
- Sintomas da cauda eqüina: anestesia em sela e controle intestinal alterado

WALSH et al., 2008; WADDELL, 1999, apud FERGUSON; HOLDWORTH; RAFFERTY, 2010

O profissional de fisioterapia deve ter noção da necessidade de encaminhamento à consulta médica ao se deparar com casos que tenham sinais de alerta como as *red flags* (SOUZA; LADEIRA, 2017).

3.2.3. YELLOW FLAGS

A classificação de *Yellow Flags* é um importante indicador para a cronicidade e desenvolvimento incapacitante em decorrência da dor musculoesquelética, e existem três classes de fatores que são individuais, psicossociais e ocupacionais (LINTON, 2000 apud REFSHAUG; MAHER, 2006; WALSH et al., 2008; NICHOLAS et al., 201 apud ROBINSON et al., 2017). Os

fatores estão listados, segundo Krismer e Tulder (2006), na Tabela 2 abaixo.

TABELA 2 – Sinais de alerta

➤ YELLOW FLAGS		
FATORES INDIVIDUAIS	FATORES PSICOSSICIAIS	FATORES OCUPACIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Aptidões físicas • Obesidade • Força dos músculos das costas e abdominais • Tabagismo • Altos níveis de dor e deficiência • Baixo nível educacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse • Ansiedade • Humor depressivo • Emoções alteradas • Função cognitiva • Comportamento da dor • Somatização 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo manual de materiais • Curvatura e torção, • Vibração do corpo inteiro • Tarefas monótonas • Relações de trabalho • Insatisfação ocupacional

A questão psicossocial também está ligada à crença de que a dor sentida é severamente incapacitante e significativamente prejudicial, fazendo com que sejam evitados alguns movimentos, de modo a proteger o indivíduo da dor (WALSH et al., 2008). Em caso de se deparar com um paciente com *yellow flags* é importante ressaltar a necessidade de se encaminhar para um serviço complementar especializado com profissionais capacitados, como psicólogos (SOUZA; LADEIRA, 2017).

3.2.4. DIAGNÓSTICO

Não existe um padrão-ouro para o diagnóstico de lombalgia, o que é um problema, já que as imagens avançadas detectam muitas anormalidades tanto em indivíduos sintomáticos quanto assintomáticos o que sugere que nem sempre a

anatomia é responsável pelo quadro sintomatológico (CHOU et al., 2011 apud BRODY et al., 2016). Por isso é importante informar ao paciente que nem sempre o exame de imagem é importante e pode ajudar nas intervenções fisioterapêuticas, podendo trazer gastos a mais (CHOU et al., 2007). Além disso, exames de imagem não explicam as causas de origem psicológica que estão frequentemente associadas em indivíduos com dor crônica (SARNO, 1999 apud BRODY et al., 2016). Dessa forma existem muitos métodos de tratamento na literatura, tanto tradicionais voltados exclusivamente para os aspectos anatômicos e sintomatológicos, como também envolvendo a abordagem biopsicossocial.

3.2.5. AVALIAÇÃO

Antes de uma intervenção, o fisioterapeuta deve realizar uma avaliação criteriosa e detalhada, coletando história, fatores de risco psicossociais e exames físicos voltados a categorizar os pacientes entre três opções (CHOU et al., 2007). A primeira categoria é a dor lombar inespecífica, a segunda é a dor lombar potencialmente associada à radiculopatia ou estenose (estreitamento) espinal, ou dor lombar associada à outra causa espinal específica (CHOU et al., 2007).

A dor é um item importante na avaliação, e o auto relato do paciente é o indicador mais confiável para expor sua intensidade, e para isso é necessário padronizar instrumentos escritos para poder reconhecer a dor e suas mudanças ao longo do tempo (Agency for Health Care Policy and Research part. 1 e 2, 1992 apud BOPE et al., 2004, BOPE et al., 2004). Uma boa escala utilizada é a *Numeric Pain Rating Scale* (NRS) (anexo A), onde é possível quantificar de 0 (sem dor) a 10 (pior dor imaginável) (BOPE et al., 2004, FAGUNDES et al., 2017).

Como componente da avaliação, localizar o gerador de dor pode ajudar na evolução do caso, isso inclui a análise da variedade de fatores que incluem outros problemas subjacentes, psicossociais e doenças afetivas (BOPE et al., 2004). Em contrapartida, como a dor é identificada como multifatorial somente este método subjetivo não é suficiente (SIMSON et al., 2017). Informações como frequência, localização e duração, se houve tratamentos anteriores, o que foi efetivo e o que não foi também devem ser levados em consideração, além dos fatores psicossociais (CHOU et al., 2007).

3.2.6. QUESTIONÁRIOS

É possível realizar a aplicação de alguns questionários que podem ajudar a identificar pessoas com perfil psicológico em desequilíbrio e complementam sua avaliação, e que além disso pode ajudar a traçar por caminhos certos o melhor tratamento para cada paciente. O Índice Oswestry de Incapacidade na versão 2.0 (anexo B) é um exemplo disso, ele avalia a incapacidade nas atividades de vida diária sob a influência da dor nas costas (FAIRBANK et al., 1980 apud HARRIS et al., 2017, FAGUNDES et al., 2017). Esse questionário contém 10 itens, e cada item tem seis funções diferentes, pontuadas de 0 a 5 da primeira para a sexta função, todos os pontos são somados e convertidos em porcentagem de 0% a 100%, e a partir disso se define o nível de incapacidade.

A ansiedade e depressão podem ser avaliadas pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (anexo C) (ZIGMOND; SNAITH, 1983 apud HARRIS et al., 2017). Esse questionário contém 14 itens composto por quatro respostas, onde a primeira afirmação é 0 e a quarta vale 3, cujo resultado igual ou maior que 8 indica um possível diagnóstico de ansiedade ou depressão (HARRIS et al., 2017).

O questionário *STarT Back Screening Tool- Brasil* (SBST-Brasil) (anexo D) que envolve os aspectos psicossociais que categoriza os pacientes em três grupos possíveis de baixo, médio e alto risco para desenvolver dor lombar persistente e limitações funcionais (HILL et al., 2008, BETTEN et al., 2015, HILL, WHITEHURST; LEWIS, 2011 apud RAJARAMPERSAUD, 2016). Cada grupo deve receber intervenções diferentes como os pacientes de baixo risco que são recomendadas estratégias de autogestão, com menor atenção dos profissionais de saúde, para os pacientes de médio risco tem recomendação para intervenções fisioterapêuticas, e aos demais pacientes do grupo classificado como de alto risco são recomendadas mais intervenções de esclarecimento psicológico (HILL et al., 2008, HILL et al., 2010, MAGNUSSEN et al., 2010).

Com relação à prevenção por medo e crenças ansiosas o questionário *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire* (anexo E) (FABQ) na versão Brasileira pode ser aplicado (WADDELL et al., 1993 apud HARRIS et al., 2017). Ele contém duas

escalas (um para atividade física e outro para atividades ocupacionais), com 16 declarações marcadas em uma escala de 0 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente), quanto mais alta a pontuação, maior o medo desse indivíduo.

E por último o *Consultation and Relational Empathy* (anexo F) (CARE) versão brasileira, que avalia a percepção dos pacientes sobre empatia e comunicação durante a consulta (MERCER et al., 2004, MERCER et al., 2005, WIRTZ et al.; 2011, DEVILLY; BORKOVEC, 2000 apud FAGUNDES et al., 2017). Composto por 10 perguntas com cinco resposta, quantificadas de 0 (pobre) a 5 (excelente), cujas pontuações máxima e mínima são 50 e 10, respectivamente, quanto mais alto o resultado, maior a empatia (MERCER et al., 2004 apud FAGUNDES et al., 2017).

3.2.7. PLANOS DE TRATAMENTO

Pela complexidade que é cada indivíduo, todos os aspectos existentes devem ser levados em consideração. Dessa forma, existem vários métodos de intervenção desses desarranjos. As evidências abordam uma vasta quantidade de abordagens de tratamento que focam tanto aspectos biológicos, quanto psicossociais.

Até 1990 a prática baseada em evidência não era muito presente, somente nos anos 2000 que essa abordagem se tornou mais presente, devido publicações de diretrizes que defendiam essa prática (JETTE et al., 1994, APTA, 2013 apud LADEIRA; CHENG; CHERYL, 2005, LADEIRA; CHENG; CHERYL, 2005). Essas diretrizes tinham o objetivo de orientar avaliações e tratamentos associados para casos específicos de lombalgia, como também orientar quando encaminhar para especialistas (SOUZA; LADEIRA, 2017). Dessa maneira, após esse processo, ficou evidente de que as intervenções deveriam ser primeiramente baseadas em evidências e não baseados em suposições pessoais, mesmo que essa não seja a realidade entre os profissionais brasileiros de fisioterapia (RITTER, 2001, PHILADELPHIA, 2001, SACKETT, 1996, COSTA, 2010 apud SOUZA; LADEIRA, 2017, SOUZA; LADEIRA, 2017).

3.2.8. TRATAMENTO POR SUBGRUPOS

Os tratamentos voltados para os aspectos físicos existem e são comumente aplicados para tentar interromper o curso da doença. Uma dessas intervenções foi descrita por Delitto et al. (1995), que propuseram um sistema de classificação através de 4 subgrupos (manipulação, exercícios de estabilização, exercícios específicos e tração). Esse sistema foi baseado na opinião de especialistas e em base nas pesquisas disponíveis até aquele momento. Através de um conjunto de exames seria possível classifica-los em um ou mais subgrupos que estariam associados a estratégias de intervenção, que se acreditava resultar em melhora para os pacientes. Cada subgrupo viria com um conjunto de possíveis intervenções, como por exemplo, exercícios de fortalecimento dos músculos do CORE para o subgrupo de exercícios de estabilização, McKenzie em Extensão para o subgrupo de exercícios preferenciais, e mobilizações articulares para o subgrupo da manipulação (FRITZ; CLEALAND; CHILDS, 2007).

Por outro lado, Hackeray et al. (2016) realizaram um estudo com objetivo de comparar a abordagem de tratamento com McKenzie em Extensão, associada e separada ao método de tração, para pacientes com sinais de compressão da raiz nervosa de nervos lombares. Os resultados foram que não houve diferença significativa com relação à dor e incapacidade a curto e longo prazos, e isso quer dizer que talvez o subgrupo com as intervenções por tração não seria tão beneficiado. Alternativamente, é possível que existam pacientes que poderiam se beneficiar com o método de tração, porém o estudo de Hackeray et al. (2016) não soube indicar quais pacientes seriam os mais apropriados.

Os pesquisadores Fritz, Clealand e Childs (2007) revisaram este sistema de classificação para discutir suas implicações em paciente com lombalgia, que classificaram como um excelente meio de intervenção fisioterapêutica. Entretanto, não são todos os estudos que são favoráveis às intervenções advindas da seleção de subgrupos. Em um estudo realizado por Saragiotto et al. (2015) foi investigada a credibilidade dessas bases da literatura. Eles descobriram que a credibilidade da maioria dos efeitos do subgrupo na maioria dos ensaios geralmente era baixa e com

insuficiência de evidências de apoio.

Recursos físicos como a eletroterapia com o *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), que decorre da ativação da inibição descendente, também é uma abordagem comum entre os fisioterapeutas. O impacto, segundo Gonzai (2016) é a diminuição do uso de medicamentos, redução da dor e interferência durante o a deambulação e sono. Sendo assim, ele pode ser caracterizado como um dispositivo analgésico portátil, apesar de CHOU et al., (2007) mostrar em sua pesquisa que o TENS apresenta pobres níveis de evidência de sua aplicação, bem como o *Low-Level laser e crioterapia*.

As diretrizes europeias recomendam que às bases de desequilíbrios no sistema biológico, as intervenções devem ser voltadas ao nível, como em casos de afastamento das atividades de vida diária e ocupacionais (AIRAKSINEN et al., 2006 apud HARRIS et al., 2017, HARRIS et al., 2017).

3.2.9. ABORDAGEM BIOPSIKOSSOCIAL

Com tantas informações com relação à dor e todo seu sistema de integração, é importante juntar todos os pontos para tentar compreender melhor a abordagem biopsicossocial, e com isso traçar possíveis condutas eficazes. Uma vez que os fatores psicológicos foram considerados importantes, algumas terapias foram surgindo para tentar corrigir as irregularidades, como a terapia cognitivo-comportamental, a intervenção cognitiva breve e a intervenção multidisciplinar (SVEINSDOTTIR et al., 2012, EHDE et al., 2014 apud HARRIS et al, 2017). A terapia cognitivo-comportamental é voltada para as interpretações erradas e cognitivas inúteis que colaboram na manutenção do ciclo vicioso da dor e incapacidade, ou seja, de modo a trabalhar doenças associadas como depressão e ansiedade (MOORE et al., 2000, GATCHEL; ROLLINGS, 2008 apud HARRIS et al, 2017, HARRIS et al, 2017). Essa intervenção é aplicada através de outro profissional, como psicólogo e que tenta desconstruir a ideia de que o que afeta não são os acontecimentos e sim a forma que eles são interpretados internamente.

A intervenção cognitiva breve é voltada na crença da recuperação, que é

estimulada com informações otimistas e de encorajamento para permanecer nas atividades físicas e atividades ocupacionais (BROX et al., 2008, WATERSCHOOT et al., 2014, INDAHL et al., 1995). Neste caso as informações passadas assim que são lançadas o diagnóstico devem ser levadas da melhor forma possível, informando o paciente de que ele não precisa se limitar nas atividades físicas e ocupacionais. Inclusive, Moseley em 2005 realizou um estudo com mulher de 36 anos com dor lombar crônica que perdurava por quatro anos, advinda após uma queda no trabalho. Foi afastada das suas funções, realizava fisioterapia e utilizava fármacos pesados como morfina (via oral) e anti-inflamatória não-esteroidais, que já não faziam mais tanto efeito assim. O processo de intervenção teve três etapas, foram aplicados questionários, um fisioterapeuta ensinou a realização de tarefas de desempenho abdominal, com as imagens de ressonância magnética analisando sua atividade cerebral durante a realização dos exercícios. Na outra etapa ela deveria realizar a tarefa por cinco minutos durante uma semana, e após esse período deveria retornar para repetir os procedimentos da primeira etapa. Porém, somente após ser instruída por duas horas e meia a respeito do seu estado de modo a obter maior compreensão da possível causa de intensidade da dor e quebrando a ideia de que sua coluna seria frágil ou que estivesse em perigo. Os resultados obtidos foram da diminuição significativa da atividade nervosa relacionada à dor em seu cérebro, o que sugere que esse tipo de intervenção pode ser um bom método de tratamento. Já a intervenção multidisciplinar envolve uma combinação de fatores físicos, psicológicos, educacionais ou até mesmo componentes relacionados ao ofício, composto por uma equipe de profissionais de diversas áreas da saúde (KAMPER et al., 2015).

A terapia cognitivo-comportamental apresenta um bom nível de evidências e, pacientes com depressão podem se beneficiar com esse método, juntamente com a intervenção cognitiva breve, que também apresenta bons resultados, colaborando com o retorno entre 9 a 10 meses dos afastamentos das atividades remuneradas (HARRIS et al., 2017). No entanto, ainda há uma falta substancial de informações com relação à dose e intensidade das terapias de intervenção (AIRAKSINEN et al., 2006 apud HARRIS et al, 2017). Com relação às intervenções multidisciplinares, os resultados são promissores já que quando comparados às intervenções convencionais e de exercícios físicos (que inclui

termoterapia, eletroterapia, exercícios de fortalecimento, aeróbicos, alongamento, terapia manual e intervenções educacionais), apresentaram melhores resultados em muitos casos que já apresentaram falha nos tratamentos conservadores anteriores (KAMPER et al., 2015). Esse método de intervenção envolve mais de um profissional da saúde que atuam com intervenções em vários aspectos do indivíduo, porém programas de reabilitação multidisciplinar podem ser caros e consumir a maior parte do tempo (KAMPER et al., 2015).

Por outro lado, alguns estudos mostraram pouca evidência de que tratamentos psicossociais fossem superiores aos outros tratamentos ativos (PINCUS; MCCRACKEN, 2013, ROQUIN et al., 2014 apud PETERSEN; LASLETT; JUHL, 2017). Na verdade, alguns pesquisadores do campo da dor lombar sentem que a melhor escolha para os tratamentos mais eficazes não é possível sem um bom entendimento do componente biológico do modelo biopsicossocial (HANCOCK et al., 2011 apud PETERSEN; LASLETT; JUHL, 2017). Os pacientes estão à procura de respostas para entender o que está de errado com eles e o que pode estar causando suas dores. Por isso autores sugerem que oferecer informações sobre etiologia, prognóstico e intervenções podem trazer bons resultados (MAIN et al., 2010, PINCUS; MCCRACKEN, 2013 apud LASLETT; JUHL, 2017). Essa explicação reduz a confusão do paciente, garante que o profissional saiba o que está fazendo e visualiza benefícios que podem vir com o tratamento no gerenciamento da dor e da incapacidade (BERMA; TRACEY; HOLMES, 2012, FARDO; ALLEN, 2015 apud PETERSEN; LASLETT; JUHL, 2017).

4. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma compreensão do que é o modelo biopsicossocial da dor lombar crônica, além disso, possibilitou analisar quais os mecanismos e possíveis causas desse tipo de dor e intervenções fisioterapêuticas que podem ser realizadas, associada às dificuldades de se encontrar um tratamento adequado para pacientes que apresentam este quadro.

De modo geral, o aspecto biopsicossocial é uma visão importante que deve ser levada em consideração na elaboração de tratamentos para indivíduos com dor lombar crônica, já que foi visto que existem sistemas voltados a aspectos

psicossociais interagindo direta ou indiretamente na sintomatologia e desequilíbrios biológicos. Já era esperada essa falta de uma abordagem específica para um grupo tão heterogêneo que é a dor lombar crônica. Por outro lado, as evidências mostram diversas abordagens que podem e devem ser levadas em consideração para cada caso que se depara o profissional de fisioterapia, visto que é importante associar a individualidade de cada caso para uma abordagem que consiga suprir todas as especificidades de cada paciente.

Com a grande quantidade de possíveis intervenções na literatura é possível traçar um bom tratamento para cada perfil de paciente. Desde que a intervenção seja baseada em evidência é possível associar a abordagem biopsicossocial se assim for o caso. Foi possível ainda, encontrar informações de eficiência de métodos físicos e psicológicos com bons resultados, mas também com resultados não tão satisfatórios assim.

A conclusão a que se chega é de que utilizando a vasta quantidade de publicações que mostram tratamentos eficazes é possível incluir nos métodos de tratamento, tanto de exercícios físicos, eletroterapêuticos, manuais e psicossociais. Tudo vai depender da especificidade de cada paciente, e com isso traçar um tratamento individualizando e não seguindo protocolos fixos sem que haja, através de uma boa avaliação, motivos que suportem este tipo de intervenção.

REFERÊNCIAS

BARBALHO, Raynner. **ACIDENTES ÓSSEOS VERTEBRAS**. Disponível em: <<http://cadernoedf.blogspot.com.br/2015/10/acidentes-osseos-vertebras.html>>. Acesso em: 05 maio 2017.

BEAR, Mark F.; CONNORS, Barry W.; PARADISO, Michael A. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 3. ed. São Paulo: Artmed Editora, 2001.

BENEDETTI, Fabrizio et al. Pain as a reward: changing the meaning of pain from negative to positive co-activates opioid and cannabinoid systems. **Pain**, [S.l.], v. 154, n. 3, p.361-367, mar. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.11.007>.

BENEDETTI, Fabrizio et al. Pain as a reward: changing the meaning of pain from negative to positive co-activates opioid and cannabinoid systems. **Pain**, [S.l.], v. 154, n. 3, p.361-367, mar. 2013. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2012.11.007>.

BRASIL, Remo. **Remo Brasil**: Site oficial da confederação brasileira de remo. 2017. Disponível em: <<http://www.remobrasil.com/>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

BRODY, Kari et al. Analysis of patient outcomes using the myokinesthetic system for the treatment of low back pain: a case series. **Journal Of Chiropractic Medicine**, [S.l.], v. 16, n. 2, p.111-121, jun. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2017.01.002>.

CHOU, Roger et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the american college of physicians and the american pain society. **Annals Of Internal Medicine**, [S.l.], v. 147, n. 7, p.478-491, 2 out. 2007. American College of Physicians. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006>.

CRISTINO, Prf. Gerardo. **Estrutura e Função da Medula Espinhal**. Disponível em: <<http://gerardocristino.com.br/novosite/aulas/psicologia->

neuroanatomia/estruturaefuncaoedamedulaespinhal.pdf>. Acesso em: 05 maio 2017.

DELITTO, Anthony; ERHARD, Richard; BOWLING, Richard W. A treatment-based classification approach to low back syndrome: identifying and staging patients for conservative treatment. **Physical Therapy**, [S.l.], v. 75, n. 6, p.470-485, 1 jun. 1995. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ptj/75.6.470>.

DUARTE, Michelle. **Coluna Vertebral**. Disponível em: <<https://www.todamateria.com.br/coluna-vertebral/>>. Acesso em: 05 maio 2017.

FAGUNDES, Felipe Ribeiro Cabral et al. Effectiveness of the addition of therapeutic alliance with minimal intervention in the treatment of patients with chronic, nonspecific low back pain and low risk of involvement of psychosocial factors: a study protocol for a randomized controlled trial (TalkBack trial). **Trials**, [S.l.], v. 18, n. 1, p.1-10, 31 jan. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-017-1784-z>.

FERGUSON, Fraser; HOLDSWORTH, Lesley; RAFFERTY, Danny. Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. **Physiotherapy**, [S.l.], v. 96, n. 4, p.282-288, dez. 2010. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.physio.2010.01.001>.

FRITZ, Julie M.; CLELAND, Joshua A.; CHILDS, John D. Subgrouping patients with low back pain: evolution of a classification approach to physical therapy. **Journal Of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, [S.l.], v. 37, n. 6, p.290-302, jun. 2007. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT). <http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2007.2498>.

GEUTER, S.; BUCHEL, C.. Facilitation of pain in the human spinal cord by nocebo treatment. **Journal Of Neuroscience**, [S.l.], v. 33, n. 34, p.13784-13790, 21 ago. 2013. Society for Neuroscience. <http://dx.doi.org/10.1523/jneurosci.2191-13.2013>.

GEUTER, S.; BUCHEL, C.. Facilitation of pain in the human spinal cord by nocebo treatment. **Journal Of Neuroscience**, [S.l.], v. 33, n. 34, p.13784-13790, 21 ago. 2013. Society for Neuroscience. <http://dx.doi.org/10.1523/jneurosci.2191-13.2013>.

GOZANI, Shai. Fixed-site high-frequency transcutaneous electrical nerve stimulation

for treatment of chronic low back and lower extremity pain. **Journal Of Pain Research**, [S.I.], v. 9, p.469-479, jun. 2016. Dove Medical Press Ltd..
<http://dx.doi.org/10.2147/jpr.s111035>.

HARRIS, A. et al. Brief intervention, physical exercise and cognitive behavioural group therapy for patients with chronic low back pain (The CINS trial). **European Journal Of Pain**, [S.I.], p.1-11, 27 abr. 2017. Wiley-Blackwell.
<http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1041>.

KAMPER, S. J. et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. **Bmj**, [S.I.], v. 350, n. 185, p.1-11, 18 fev. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h444>.

KENDALL, Nicholas A.s.. **Psychosocial approaches to the prevention of chronic pain: the low back paradigm. Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, [S.I.], v. 13, n. 3, p.545-554, set. 1999. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1053/berh.1999.0044>.

KENDRICK, D.. **Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. Bmj**, [S.I.], v. 322, n. 7283, p.400-405, 17 fev. 2001. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7283.400>.

KHERAD, Mehrsa et al. Risk factors for low back pain and sciatica in elderly men—the MrOS Sweden study. **Age And Ageing**, [S.I.], p.1-7, 8 set. 2016. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw152>

KRISMER, M.; VAN TULDER, M.. Low back pain (non-specific). **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, [S.I.], v. 21, n. 1, p.77-91, fev. 2007. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004>.

LADEIRA, Carlos E.; CHENG, M. Samuel; HILL, Cheryl J.. Physical therapists' treatment choices for non-specific low back pain in Florida: an electronic survey. **Journal Of Manual & Manipulative Therapy**, [S.I.], v. 23, n. 2, p.109-118, 10 abr. 2014. Informa UK Limited.
<http://dx.doi.org/10.1179/2042618613y.0000000065>.

LIMA, Michelle S.. **Patologias Da Coluna Vertebral: Hérnia De Disco**. Disponível em: <<http://fisioterapiaegerontologia.blogspot.com.br/2011/07/patologias-da-coluna-vertebral-hernia.html>>. Acesso em: 05 maio 2017.

MACPHAIL, Kieran. **The Limbic System and Chronic Musculoskeletal Pain**. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/266200971_The_Limbic_System_and_Chronic_Musculoskeletal_Pain?enrichId=rgreq-346d0c9c9deb1387a99422d873c17b37-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzI2NjIwMDk3MTtBUzoyNzI0NzM5MDQxMTk4NDhAMTQ0MTk3NDI0OTc4Nw==&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf>. Acesso em: 03 maio 2016.

MARCOLINO, José Álvaro Marques et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [S.l.], v. 57, n. 1, p.52-62, fev. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-70942007000100006>.

MCFADDEN, Joseph I.; WOITALLA, Volker F.. Differing reports of pain perception by different personalities in a patient with chronic pain and multiple personality disorder. **Pain**, [S.l.], v. 55, n. 3, p.379-382, dez. 1993. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(93\)90014-g](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(93)90014-g).

MEDICINANET. **MEDICINANET**. 2013. Disponível em: <https://www.medicinanet.com.br/aceso-mobile/?frm=/m/conteudos/acp-medicine/5249/dor_cronica_-_anne_louise_oaklander.htm>. Acesso em: 05 jun. 2017.

MELZACK, Ronald. From the gate to the neuromatrix. **Pain**, [S.l.], v. 82, p.S121-S126, ago. 1999. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). [http://dx.doi.org/10.1016/s0304-3959\(99\)00145-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0304-3959(99)00145-1).

MOAYEDI, M.; DAVIS, K. D.. **Theories of pain: from specificity to gate control**. **Journal Of Neurophysiology**, [s.l.], v. 109, n. 1, p.5-12, 3 out. 2012. American Physiological Society. <http://dx.doi.org/10.1152/jn.00457.2012>.

MOSELEY, G. Lorimer. **Widespread brain activity during an abdominal task markedly reduced after pain physiology education: fMRI evaluation of a single patient with chronic low back pain.** **Australian Journal Of Physiotherapy**, [S.l.], v. 51, n. 1, p.49-52, 2005. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0004-9514\(05\)70053-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0004-9514(05)70053-2).

PAMELLA. **Posts Tagged 'evolução do homem; Lucy; australopithecus; hominídeos; homo habilis; homo erectus; homo neanderthalensis; homo sapiens sapiens; elo perdido; Ida;'** **Emergência do Homem e da Civilização – Parte 1**. 2011. Disponível em:
<<https://reflexoesdehistoria.wordpress.com/tag/evolucao-do-homem-lucy-australopithecus-hominideos-homo-habilis-homo-erectus-homo-neanderthalensis-homo-sapiens-sapiens-elo-perdido-ida/>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

PESENTI, Sébastien et al. **Spinal alignment evolution with age: A prospective gait analysis study.** **World Journal Of Orthopedics**, [S.l.], v. 8, n. 3, p.256-263, 2017. Baishideng Publishing Group Inc.. <http://dx.doi.org/10.5312/wjo.v8.i3.256>.

PETERSEN, Tom; LASLETT, Mark; JUHL, Carsten. Clinical classification in low back pain: best-evidence diagnostic rules based on systematic reviews. **Bmc Musculoskeletal Disorders**, [S.l.], v. 18, n. 1, p.1-23, 12 maio 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-017-1549-6>.

PILZ, Bruna et al. The Brazilian version of STarT Back Screening Tool - translation, cross-cultural adaptation and reliability. **Brazilian Journal Of Physical Therapy**, [S.l.], v. 18, n. 5, p.453-461, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/bjpt-rbf.2014.0028>.

POURAHMADI, Mohammad Reza et al. **The effect of core stabilization exercise on the kinematics and joint coordination of the lumbar spine and hip during sit-to-stand and stand-to-sit in patients with chronic nonspecific low back pain (conscious): study protocol for a randomized double-blind controlled trial.** **Jmir Research Protocols**, [S.l.], v. 6, n. 6, p.1-10, 1 jun. 2017. JMIR Publications Inc.. <http://dx.doi.org/10.2196/resprot.7378>.

QUINTANA, Roberto. **A AVALIAÇÃO POSTURAL**. 2010. Disponível em: <<http://fisioterapiaquintana.blogspot.com.br/2010/01/avaliacao-postural.html>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

RAMPERSAUD, Yoga Raja et al. The Need for Multidimensional Stratification of Chronic Low Back Pain (LBP). **Spine**, [S.l.], p.1-24, maio 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/brs.0000000000002237>.

RAUSCHECKER, Josef P. et al. Frontostriatal Gating of Tinnitus and Chronic Pain. **Trends In Cognitive Sciences**, [S.l.], v. 19, n. 10, p.567-578, out. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2015.08.002>.

ROBINSON, Hilde Stendal; DAGFINRUD, Hanne. Reliability and screening ability of the StarT Back screening tool in patients with low back pain in physiotherapy practice, a cohort study. **Bmc Musculoskeletal Disorders**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1-7, 31 maio 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12891-017-1553-x>.

SALOMONS, Tim V. et al. A brief cognitive-behavioural intervention for pain reduces secondary hyperalgesia. **Pain**, [S.l.], v. 155, n. 8, p.1446-1452, ago. 2014. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2014.02.012>.

SARAGIOTTO, Bruno T. et al. A systematic review reveals that the credibility of subgroup claims in low back pain trials was low. **Journal Of Clinical Epidemiology**, [S.l.], v. 79, p.3-9, nov. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.06.003>.

SCARPELLINI, Giuliano Roberto et al. Escala CARE de empatia: tradução para o Português falado no Brasil e resultados iniciais de validação. **Medicina (ribeirao Preto. Online)**, [S.l.], v. 47, n. 1, p.51-58, 30 mar. 2014. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i1p51-58>.

SIMSON, Katherine J. et al. Optimising conservative management of chronic low back pain: study protocol for a randomised controlled trial. **Trials**, [s.l.], v. 18, n. 1, p.1-13, 20 abr. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-017-1913-8>.

SOUZA, Fabrício Soares de; LADEIRA, Carlos Emílio; COSTA, Leonardo Oliveira Pena. Adherence to back pain clinical practice guidelines by brazilian physical therapists. **Spine**, [S.l.], p.1-28, abr. 2017. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/brs.0000000000002190>.

STATIC.SQUARESPACE. **Static.squarespace**. Disponível em: <http://static.squarespace.com/static/5088cdabe4b08eaef9eecedc/t/5143757be4b02285c8ba2146/1363375485210/biopsychosocial_model.jpg>. Acesso em: 20 maio 2017.

STEEDS, Charlotte E.. The anatomy and physiology of pain. **Surgery (oxford)**, [S.l.], v. 34, n. 2, p.55-59, fev. 2016. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.11.005>.

STUCKY, C. L.; GOLD, M. S.; ZHANG, X.. Mechanisms of pain. **Proceedings Of The National Academy Of Sciences**, [S.l.], v. 98, n. 21, p.11845-11846, 18 set. 2001. Proceedings of the National Academy of Sciences. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.211373398>.

TEEN € SHARK € VICTIM: CAN'T WAIT TO SURF AGAIN. US, 25 nov. 2003. Disponível em: <<http://edition.cnn.com/2003/US/11/25/cnna.hamilton/>>. Acesso em: 05 jun. 2016.

THACKERAY, Anne et al. **The effectiveness of mechanical traction among subgroups of patients with low back pain and leg pain: a randomized trial**. **Journal Of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, [S.l.], v. 46, n. 3, p.144-154, mar. 2016. Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT). <http://dx.doi.org/10.2519/jospt.2016.6238>.

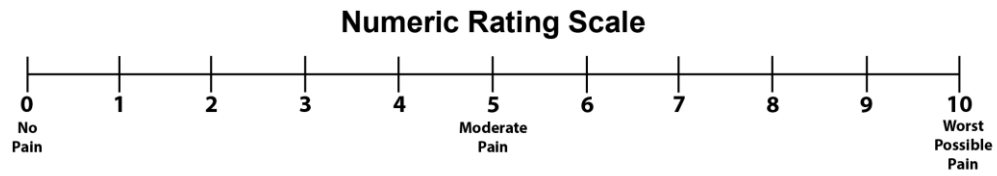
VERHAGEN, Arianne P. et al. **Red flags presented in current low back pain guidelines: a review**. **European Spine Journal**, [S.l.], v. 25, n. 9, p.2788-2802, 4 jul. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-016-4684-0>.

VERTEBRAL, Pilar. **Anatomia e funções**. Disponível em: <Anatomia e funções>. Acesso em: 05 maio 2017.

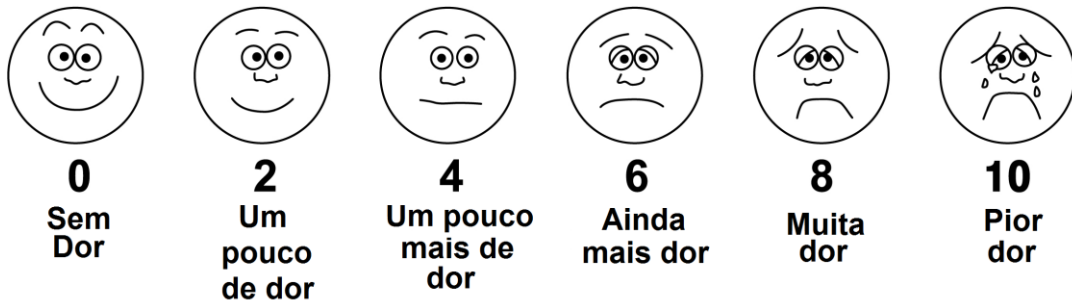
WALSH, L. et al. Do occupational health assessments match guidelines for low back pain? **Occupational Medicine**, [S.l.], v. 58, n. 7, p.485-489, 1 out. 2008. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqn097>.

WILLIAMS, Scott A.; RUSSO, Gabrielle A.. **Evolution of the hominoid vertebral column: The long and the short of it. Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews**, [S.l.], v. 24, n. 1, p.15-32, 2 jan. 2015. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/evan.21437>.

ANEXO A - *Numeric Rating Scale. Traduzida para o português.*



Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



©1983 Wong-Baker FACES® Foundation. www.WongBakerFACES.org
Wording modified for adult use. Used with permission.

ANEXO B – Índice Oswestry 2.0 de Incapacidade (versão brasileira).

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.

<input type="checkbox"/>	Sem dor no momento
<input type="checkbox"/>	A dor é leve nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é moderada nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é mais ou menos intensa nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é muito forte nesse momento
<input type="checkbox"/>	A dor é a pior imaginável nesse momento

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

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

Seção 3: Pesos

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

Seção 4: Andar

<input type="checkbox"/>	A dor não me impede de andar (qualquer distância)
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que 2 Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que ? Km
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que poucos metros
<input type="checkbox"/>	Só posso andar com bengala ou muleta
<input type="checkbox"/>	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 ? hora
	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 ? 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.

Para cada seção de seis afirmações o ponto total é 5. Se a primeira afirmação é marcada, o ponto é 0. Se for o último, o ponto é 5. As afirmações intermediárias são pontuadas de acordo com este rank. Se mais que uma afirmação for assinalada em cada seção, escolha o maior ponto. Se todas as 10 seções forem completadas a pontuação é calculada da seguinte maneira: Se 16 pontos foi o ponto total sendo que são 50 os pontos possíveis, $16/50 \times 100 = 32\%$. Se uma seção não for marcada ou não se aplica a pontuação é calculada da seguinte maneira, de acordo com o exemplo de pontuação máxima de 16: $16/40 \times 100 = 35,5\%$. O autor recomenda arredondar a porcentagem para um número inteiro.

Interpretação dos resultados:

0% a 20% - incapacidade mínima
 21% a 40% - incapacidade moderada
 41% a 60% - incapacidade intensa
 61% a 80% - aleijado
 81% a 100% - inválido

Interpretação dos resultados no pós-operatório

0% a 20% - excelente
 21% a 40% - bom
 41% a 60% - inalterado
 > 60% - piora

(enviado pelo Dr. Fernando Dantas-BH)

* Apenas tradução-Para trabalhos e uso oficial, verificar a validação no Brasil.

ANEXO C – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

MARCOLINO, MATHIAS, PICCINI FILHO E COL.

Quadro 1 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

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

<p>A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p> <p>D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</p> <p>0 () Sim, do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Não tanto quanto antes</p> <p>2 () Só um pouco</p> <p>3 () Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</p> <p>3 () Sim, e de um jeito muito forte</p> <p>2 () Sim, mas não tão forte</p> <p>1 () Um pouco, mas isso não me preocupa</p> <p>0 () Não sinto nada disso</p> <p>D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Atualmente um pouco menos</p> <p>2 () Atualmente bem menos</p> <p>3 () Não consigo mais</p> <p>A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:</p> <p>3 () A maior parte do tempo</p> <p>2 () Boa parte do tempo</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Raramente</p> <p>D 6) Eu me sinto alegre:</p> <p>3 () Nunca</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>0 () A maior parte do tempo</p> <p>A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</p> <p>0 () Sim, quase sempre</p> <p>1 () Muitas vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Nunca</p> <p>D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Nunca</p>	<p>A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</p> <p>0 () Nunca</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>2 () Muitas vezes</p> <p>3 () Quase sempre</p> <p>D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</p> <p>3 () Completamente</p> <p>2 () Não estou mais me cuidando como deveria</p> <p>1 () Talvez não tanto quanto antes</p> <p>0 () Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:</p> <p>3 () Sim, demais</p> <p>2 () Bastante</p> <p>1 () Um pouco</p> <p>0 () Não me sinto assim</p> <p>D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:</p> <p>0 () Do mesmo jeito que antes</p> <p>1 () Um pouco menos do que antes</p> <p>2 () Bem menos do que antes</p> <p>3 () Quase nunca</p> <p>A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</p> <p>3 () A quase todo momento</p> <p>2 () Várias vezes</p> <p>1 () De vez em quando</p> <p>0 () Não sinto isso</p> <p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p> <p>0 () Quase sempre</p> <p>1 () Várias vezes</p> <p>2 () Poucas vezes</p> <p>3 () Quase nunca</p>
---	---

adotados os pontos de cortes apontados por Zigmund e Snaith⁸ recomendados para ambas as subescalas:

- HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade ≥ 9 ;
- HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão ≥ 9 .

c) Inventário de Depressão de Beck (BDI)²⁶: consta de 21 itens, cada um com quatro alternativas em graus crescentes de intensidade de depressão;

d) Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)²⁷: composto por 21 itens, cada um com quatro pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada um dos sintomas.

Os Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck foram consideradas como padrão-ouro para a determinação da sensibilidade e da especificidade da HADS^{26,27}. O ponto de corte adotado para a BDI foi 11 e para a BAI foi de 10.

ANEXO D – *STarT Back Screening Tool-Brasil* (SBST- versão brasileira).

Versão brasileira do SBST

Anexo 1. STarT Back Screening Tool- Brasil (SBST-Brasil).

Pensando nas duas últimas semanas, assinale sua resposta para as seguintes perguntas:

	Discordo (0)	Concordo (1)
1. A minha dor nas costas se espalhou pelas pernas nas duas últimas semanas.	()	()
2. Eu tive dor no ombro e/ou na nuca pelo menos uma vez nas últimas duas semanas.	()	()
3. Eu evito andar longas distâncias por causa da minha dor nas costas.	()	()
4. Nas duas últimas semanas, tenho me vestido mais devagar por causa da minha dor nas costas.	()	()
5. A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu.	()	()
6. Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas.	()	()
7. Eu sinto que minha dor nas costas é terrível e que nunca vai melhorar.	()	()
8. Em geral, eu não tenho gostado de todas as coisas como eu costumava gostar.	()	()
9. Em geral, quanto a sua dor nas costas o incomodou nas duas últimas semanas () Nada (0) () Pouco (0) () Moderado (0) () Muito(1) () Extremamente(1)		

Pontuação total (9 itens): _____ Subescala psicossocial (5-9 itens): _____

ANEXO E – Questionário *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ – versão brasileira)*

FABQ- Versão Brasileira

Aqui estão algumas coisas que alguns pacientes nos têm dito sobre suas dores. Para cada situação, por favor, circule um numero de 0 a 6 para dizer o quanto a atividade física assim como curvar-se, levantar-se, caminhar ou dirigir afeta ou poderia afetar a sua dor nas costas.

	Discordo completamente	1	2	Não tenho certeza	3	4	5	6	Concordo completamente
1-Minha dor foi causada por atividade física.....	0	1	2	3	4	5	6		
2-Atividade Física faz a minha dor piorar.....	0	1	2	3	4	5	6		
3-Atividade física deve prejudicar minhas costas.....	0	1	2	3	4	5	6		
4-Eu não devo fazer atividade física que(deve fazer)/faz a minha dor piorar.	0	1	2	3	4	5	6		
5-Eu não posso fazer atividade física que(deve fazer)/faz a minha dor piorar	0	1	2	3	4	5	6		

As situações a seguir se referem a como o seu trabalho normal afeta ou poderia afetar a sua dor nas costas.

	Discordo completamente	1	2	Não tenho certeza	3	4	5	6	Concordo completamente
6-Minha dor foi causada pelo trabalho ou por um acidente no trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6		
7-Meu trabalho agravou minha dor.....	0	1	2	3	4	5	6		
8-Eu requisitei algum benefício trabalhista (auxílio doença) por causa da minha dor.....	0	1	2	3	4	5	6		
9-Meu trabalho é muito pesado para mim.....	0	1	2	3	4	5	6		
10-Meu trabalho faz ou poderia fazer a minha dor piorar.....	0	1	2	3	4	5	6		
11-Meu trabalho deve prejudicar minhas costas.....	0	1	2	3	4	5	6		
12- Eu não devo fazer o meu trabalho normal com a minha dor atual.....	0	1	2	3	4	5	6		
13-Eu não posso fazer o meu trabalho normal com a minha dor atual.....	0	1	2	3	4	5	6		
14-Eu não posso fazer meu trabalho normal até que minha dor esteja tratada....	0	1	2	3	4	5	6		
15-Eu não acho que estarei de volta ao meu trabalho normal dentro de 3 meses	0	1	2	3	4	5	6		
16-Eu não acho que um dia eu serei capaz de voltar àquele trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6		

Este questionário foi publicado por Waddell [Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) - (Waddell et al (1993) Pain : 52 (1993) 157 – 168).] e validado pelos autores abaixo em publicação no periódico Spine (2008). [Psychometric Testing Confirms That the Brazilian-Portuguese Adaptations, the Original Versions of the Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire, and the Tampa Scale of Kinesiophobia Have Similar Measurement Properties Fabricio Soares de Souza, PT,* Cristiano da Silva Marinho, PT,*Fabiano Botelho Siqueira, PT, MSc,† Christopher Gerard Maher, PT, PhD,‡and Leonardo Oliveira Pena Costa, PT, MSc*§]. (Exibido no site com permissão dos autores).

ANEXO F – *Consultation and Relational Empathy (CARE – versão brasileira)*

Versão brasileira da escala CARE

<i>Por favor, avalie as afirmações abaixo a respeito da consulta de hoje. Por favor, selecione apenas uma resposta por item e responda a todos os itens.</i>						
<i>Como foi o médico ou a médica em</i>	Ruim	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente	Não se aplica
1. Deixar você à vontade (sendo gentil e amigável, tratando você com respeito; sem ser frio(a) ou ríspido(a))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Deixar você contar sua "história" (dando tempo para você descrever sua doença completamente, com suas próprias palavras; sem lhe interromper ou distrair)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Realmente ouvir (prestando atenção no que você dizia; sem ficar olhando nas anotações ou no computador enquanto você falava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estar interessado em sua pessoa como um todo (perguntando ou sabendo detalhes importantes da sua vida, sua situação; sem lhe tratar "apenas como um número")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Entender plenamente suas preocupações (demonstrando que ele ou ela tinha entendido corretamente suas preocupações; não esquecendo ou desconsiderando nada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mostrar cuidado e compaixão (demonstrando estar genuinamente preocupado, relacionando-se com você em um nível humano; não sendo indiferente ou insensível)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ser positivo (tendo uma abordagem e uma atitude positivas; sendo honesto(a), sem ser negativo(a) sobre os seus problemas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Explicar as coisas claramente (respondendo completamente suas questões, explicando claramente, dando informações adequadas para você; não sendo vago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ajudar você a manter o controle (conversando sobre o que você pode fazer para melhorar sua saúde; encorajando ao invés de ficar "dando sermão")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Planejar junto com você o que será feito (conversando sobre as possibilidades; envolvendo você nas decisões na medida em que você quer estar envolvido(a); não ignorando os seus pontos de vista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Os valores dos itens individuais são somados fornecendo escore final entre 10 e 50. Quando houver a opção por "Não se aplica" ou faltar dados, eles podem ser substituídos pela média dos demais valores obtidos. Questionários faltando mais de dois itens ou com mais do que duas respostas "Não se aplica" devem ser desconsiderados.