

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATOLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

BÁRBARA CORDEIRO SANTOS

**ESTADO DE FUNCIONALIDADE DE PARTICIPANTES DE UMA ESCOLA DA
COLUNA COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) E INSTRUMENTOS DA
PRÁTICA CLÍNICA.**

CURITIBA

2016

BÁRBARA CORDEIRO SANTOS

**ESTADO DE FUNCIONALIDADE DE PARTICIPANTES DE UMA ESCOLA DA
COLUNA COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE
FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) E INSTRUMENTOS DA
PRÁTICA CLÍNICA.**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Escola Politécnica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Auristela Duarte de Lima Moser.

CURITIBA

2016

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

S237e
2016 Santos, Bárbara Cordeiro
Estado de funcionalidade de participantes de uma escola da coluna com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e instrumentos da prática clínica / Bárbara Cordeiro dos Santos ; orientadora: Auristela Duarte de Lima Moser. – 2016.
75 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016
Bibliografia: f. 64-70

1. CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e

Saúde. 2. Incapacidade – Avaliação – Classificação. 3. Dor lombar.

4. Fisioterapia. I. Moser, Auristela Duarte de Lima. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. III. Título.

CDD 20. ed. – 612.0012

**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 225

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: TECNOLOGIA EM SAÚDE

Aos 23 dias do mês de fevereiro de 2016, no Auditório Bento Munhoz da Rocha realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação: **“Estado de funcionalidade de participantes de uma escola da coluna com base na classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) e instrumentos da prática clínica”**, apresentada pela aluna **Barbara Cordeiro Santos** sob orientação da **Profª. Drª. Auristela Duarte de Lima Moser**, como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Tecnologia em Saúde**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profª. Drª. Auristela Duarte de Lima Moser,
PUCPR (Presidente)

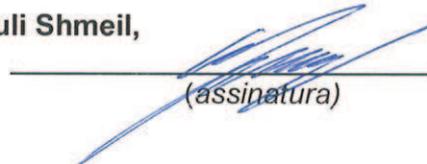


(assinatura)



(Aprov/Reprov.)

Profª. Drª. Marcos Augusto Hochuli Shmeil,
PUCPR (Examinador)



(assinatura)



(Aprov/Reprov.)

Profª. Drª. Luciana Schleder Gonçalves,
UFPR (Examinador)



(assinatura)



(Aprov/Reprov.)

Início: 8.30h Término: 9.45h

Conforme as normas regimentais do PPGTS e da PUCPR, o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado), segundo avaliação da maioria dos membros desta Banca Examinadora.

Observações: _____

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 30 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGTS/PUCPR; (III) entrega da documentação necessária para elaboração do Diploma.

ALUNO(A): Barbara Cordeiro Santos



(assinatura)

Profª. Drª. Marcia Regina Cubas,
Coordenadora do PPGTS PUCPR



“Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) objetiva uniformizar a descrição da saúde e dos estados relacionados a ela. Seu uso em ações terapêutico-educativas pode aprimorar a abordagem utilizada na intervenção, a partir do conhecimento mais amplo das condições de saúde de seus participantes. Nos programas educativos como Escolas da Coluna, por exemplo, há necessidade de aprimoramento da intervenção devido aos múltiplos fatores que envolvem a dor lombar crônica. O objetivo desse estudo foi conhecer o estado de funcionalidade de participantes de uma Escola da Coluna com o auxílio da CIF e de instrumentos da prática clínica. Essa pesquisa foi transversal, descritiva e quantitativa realizada em uma Escola da Coluna de uma instituição de ensino superior do município de Curitiba (Paraná, Brasil). A amostra por conveniência foi composta por 69 participantes no período de abril a novembro de 2015. O estado de funcionalidade dos participantes foi descrito por meio do questionário de Roland Morris (RMDQ), SF-36 e categorias da CIF, contempladas nos instrumentos selecionados. A ligação dos itens desses instrumentos com a CIF envolveu 3 etapas, com 4 profissionais de saúde, utilizando um guia metodológico elaborado por uma equipe internacional de pesquisa em CIF. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2010 e tratados no IBM SPSS Statistics 20. Observou-se idade média de 41,7 anos (± 17), prevalência de mulheres, indivíduos com alta escolaridade e com renda familiar de 5 salários mínimos ou mais. Houve predomínio de indivíduos que não praticam atividade física, mas que tem alguma atividade de lazer. Em relação a Escala Visual Análoga (EVA) a média de dor foi considerada moderada ($5,10 \pm 2,19$). O RMDQ apontou comprometimento leve da capacidade funcional e o SF-36 alteração nos domínios limitação por aspectos físicos e dor. Verificou-se que as categorias mais frequentes em ambos os instrumentos quando ligados a CIF foram relacionadas a Atividades e Participação, seguidos das categorias de Funções do Corpo. Apenas o conteúdo do RMDQ foi ligado a categorias dos Fatores Ambientais e nenhum instrumento relacionou-se a categorias de Estruturas do Corpo. A maioria dos participantes não apresentou deficiência em Funções do Corpo e em Atividades e Participação, bem como não considerou o ambiente em que vive como facilitador ou como barreira quando as categorias referentes ao RMDQ foram classificadas. Já nas categorias correlacionadas a partir do SF-36 a classificação apontou que metade dos participantes apresentou alguma deficiência no componente Funções do Corpo e em Atividades e Participação. A ligação da CIF com os instrumentos da prática clínica mostrou-se capaz de acessar a saúde e os estados de saúde relacionadas a ela. A CIF revelou um potencial de boa aplicabilidade nos instrumentos de avaliação da Escola da Coluna. Por sua linguagem universal e perspectiva biopsicossocial, a classificação deve ser mais utilizada no contexto de programas educativos para manejo da dor crônica.

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Lombalgia, Educação em Saúde, Fisioterapia, Perfil de Saúde.

ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) standardizes the description of health and the states related to it. Its use in therapeutic and educational fields could improve the approach used in the intervention, from the broader knowledge of the health conditions of its participants. In Back School programs, for example, there is a need of improvement due to multiple factors involved in chronic low back pain. The aim of this study was to understand the functional status of participants in a Back School program with ICF resources and clinical practice instruments. This research was cross-sectional, descriptive and quantitative held in a Back School program of a higher education institution in the city of Curitiba (Paraná, Brazil). The convenience sample was composed of 69 participants from Back School program. The functionality state of the participants was described using: Roland Morris questionnaire (RMDQ), SF-36 and ICF categories, contemplated in the selected instruments. The linking process of these instruments and ICF involved three stages, with 4 health professionals, using a methodological guide prepared by an international research team in ICF. Data were organized in Microsoft Excel 2010 and treated on IBM SPSS Statistics 20. There was a mean age of 41.7 years (± 17), prevalence of women, subjects with high education and family income of 5 minimum wages or more. There was a predominance of subjects who do not practice physical activity, but it did not practice some leisure activity. Regarding to the variable pain assessed by Visual Analog Scale (VAS) the average of low back pain was considered moderate (5.10 ± 2.19). The RMDQ pointed mild impairment of functional capacity and the SF-36 showed limitations in physical aspects and pain domains. It was found that the most frequent categories in both instruments when linked to ICF were related to activities and participation, followed by Body Functions categories. Only the content of RMDQ was linked to categories of Environmental Factors and both instruments were not linked with Body Structures categories. The majority of participants had no deficiency in Body Functions and difficulty Activities and Participation, and did not consider the environment in which they live as a facilitator or barrier when the categories to RMDQ were classified. Already in the categories correlated from the SF-36 classification pointed out that half of the participants had a disability in the Body Functions component and Activities and Participation. The linking of ICF and instruments of clinical practice, proved to be able to access health state and medical conditions related to it. The ICF is a tool with great applicability in the evaluation instruments of Back School. By its universal language and biopsychosocial perspective, the classification should be further explored in the management of chronic low back pain.

Key-words: International Classification of Functioning, Low Back Pain, Health Education, Physical Therapy, Health Profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF	16
Figura 2 - Estrutura da CIF	17
Figura 3 - Fluxograma com a descrição dos procedimentos do programa Escola da Coluna	31
Figura 4 - Qualificadores de acordo com os componentes da CIF	35
Figura 5 - Fluxograma com a descrição dos procedimentos metodológicos.....	36
Quadro 1 - Regras específicas para ligação das medidas do estado de saúde	18
Quadro 2 - Regras de ligação da CIF com exemplos.....	19
Quadro 3 - Escala dos instrumentos correlacionado à escala da CIF.....	34
Quadro 4 - Características sociodemográficas e clínicas (Curitiba, 2016).....	37
Quadro 5 - Características sociodemográficas e clínicas (Curitiba, 2016).....	38
Quadro 6 - Relação entre os conceitos significativos do RMDQ e as categorias da CIF	40
Quadro 7 - Relação entre os conceitos significativos do RMDQ, SF-36 e outras atribuições propostas por Cieza et al., 2005	41
Quadro 8 - Relação entre os conceitos significativos do SF-36 e as categorias da CIF	42
Quadro 9 - RMDQ correlacionado com a CIF (Curitiba, 2016).....	45
Quadro 10 - SF-36 correlacionado com a CIF (Curitiba, 2016).....	46
Quadro 11 - Quadro conclusivo sobre o estado de funcionalidade da amostra segundo a CIF.	61
Quadro 12 - Características sociodemográficas.....	71
Quadro 13 - Características clínicas.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos.
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão.
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.
EVA	Escala Visual Analógica.
AVE	Acidente Vascular Encefálico.
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps.
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health.
IMC	Índice de Massa Corporal
IB	Índice de Barthel
NASS	North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument.
NMQ	Nordic Musculoskeletal Questionnaire.
OID	Índice de Incapacidade de Oswestry.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
QNSO	Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares.
RMDQ	Questionário de Roland-Morris.
SF-36	Short Form Health Survey.
SIP	Sickness Impact Profile.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFE	Unidade Funcional Espinal.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	GERAL.....	13
2.2	ESPECÍFICOS.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE EM SAÚDE	14
3.2	DOR LOMBAR.....	21
3.3	ESCOLA DA COLUNA	23
3.4	FERRAMENTAS DA PRÁTICA CLÍNICA.....	24
4	METODOLOGIA.....	30
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	30
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	30
4.3	CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA.....	30
4.3.1	Critérios de Inclusão	30
4.3.2	Critérios de Exclusão	31
4.4	AMOSTRA	32
4.5	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	32
4.6	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	32
4.7	ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	36
5	RESULTADOS	37
5.1	LIGAÇÃO DOS CONCEITOS SIGNIFICATIVOS IDENTIFICADOS NO RMDQ E NO SF-36 COM A CIF.....	39
5.2	CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS SELECIONADS A PARTIR DO RMDQ E DO SF-36	44
6	DISCUSSÃO.....	48
6.1	LIGAÇÃO DOS CONCEITOS SIGNIFICATIVOS IDENTIFICADOS NO RMDQ E NO SF-36 COM A CIF.....	50
6.2	CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS SELECIONADS A PARTIR DO RMDQ E DO SF-36	55
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS.....	64

APÊNDICE A – TABELAS DOS RESULTADOS	71
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	73
ANEXO B – AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA	77
ANEXO C – PROTOCOLO DE ESTABILIZAÇÃO SEGMENTAR	84

1 INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um instrumento para uniformização internacional da terminologia empregada para a descrição da funcionalidade de pessoas em situação incapacitante. Essa classificação pode ser utilizada nos níveis individual, institucional e social, bem como para fins diversos, como análises econômicas, planejamento e desenvolvimento de políticas, pesquisas, etc. Como membro da Família Internacional de Classificações da OMS, a CIF deve ser usada conjuntamente à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Enquanto a CID fornece dados de mortalidade e morbidade, a CIF identifica as condições estruturais e ambientais e as características pessoais que interferem na funcionalidade de uma pessoa (ARAUJO, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; RIBERTO et al., 2011).

A CIF aborda a saúde e os estados relacionados a ela a partir da perspectiva biopsicossocial, pois incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A Classificação é dividida em duas partes: a primeira se refere aos componentes funcionais, contendo “funções e estruturas do corpo” e “atividades e participação”, e a segunda é referente aos componentes dos fatores contextuais, abrangendo os “fatores ambientais e pessoais”. Cada componente é constituído por diferentes domínios ou capítulos que contemplam itens mais específicos. Dentro dos 30 domínios existentes, há 1.454 categorias e subcategorias referentes a esses itens. Cada categoria e subcategoria são representadas por um código, e quando acrescidas de um qualificador, especificam a dimensão da funcionalidade ou incapacidade de uma pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BAUTZ-HOLTER et al., 2008).

Devido à abrangência da CIF, enfatiza-se o emprego de *checklists*, que são conjuntos de categorias mais relevantes durante a atenção a uma pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), de *core sets* da CIF, conjuntos de categorias específicas para determinada doença, e de ligações conceituais entre os instrumentos de avaliação padrão ouro com a CIF, com o intuito de facilitar sua

aplicação (ARAUJO, 2010; ARAUJO, 2013; CIEZA et al., 2004a; CIEZA et al., 2004b; RIBERTO et al., 2011).

A lombalgia foi uma das primeiras condições de saúde a receber atenção de diferentes grupos de pesquisa que trabalham para que os objetivos propostos pela OMS para a CIF pudessem ser alcançados (CIEZA et al., 2004b; SIGL et al., 2006; BAUTZ-HOLTER et al., 2008; RIBERTO et al., 2011). O interesse pela dor lombar pode estar relacionado ao fato de essa condição de saúde apresentar múltiplos aspectos da funcionalidade relacionados a limitações nas atividades diárias e repercussões em relacionamentos pessoal, social e profissional (CIEZA et al., 2004b; RIBERTO et al., 2011; MOSER et al., 2012; NOLL et al., 2014).

A lombalgia, segundo Cecin et al. (1991), é uma condição clínica que afeta 80% da população em algum momento da vida. Na sua forma crônica, está associada a uma prevalência de cerca de 10% em estudos populacionais, sendo mais prevalente em adulto jovens em fase economicamente ativa (ANDRADE; ARAUJO; VILAR, 2005).

Entre as modalidades terapêuticas utilizadas para problemas de coluna, a educação em saúde vem se destacando, devido ao baixo custo e à grande resolubilidade (HALL e ICETON, 1983; ANDRADE; ARAUJO; VILAR, 2005; HEYMANS et al., 2005; MOSER et al., 2012).

Programas educacionais, ministrados para grupos, cujo objetivo seja fornecer aos seus participantes tanto informações cognitivas quanto sensório-motoras para ajudá-los a reduzir o estresse mecânico na coluna vertebral, são chamados de “Escola da Coluna” (NOLL et al., 2014). Esses programas se iniciaram formalmente no ambiente industrial (BAUTCH e CONWAY, 1999; FORSELL, 1981), incluindo sessões de educação em anatomia e função da coluna, técnicas corretas de levantamento e carregamento de carga e um programa de exercícios simples para a coluna. Seus objetivos eram o de minimizar as dores relacionadas à coluna, bem como prevenir as suas recidivas (LOBATO, 2010; TSUKIMOTO et al., 2006; FORSELL, 1981).

Desde sua criação, foram surgindo algumas modificações na forma de aplicação e nos parâmetros de avaliação em diferentes locais onde a Escola da Coluna é adotada, para melhor adaptação a cada realidade (ANDRADE; ARAUJO; VILAR, 2005). Contudo, a maioria dos estudos realizados para avaliar a eficácia desses programas permite comparação parcial de seus resultados, pois utiliza

instrumentos quantitativos semelhantes para a avaliação da intensidade da dor, da capacidade funcional e da qualidade de vida (HEYMANS et al., 2005). De acordo com Noll et al. (2014), após revisão sistemática sobre a eficácia das Escolas da Coluna desenvolvidas no Brasil, os estudos realizados ainda são bastante questionáveis devido à baixa qualidade metodológica deles e à falta de um número maior de publicações que avaliem os resultados a médio e longo prazos.

Conforme as conclusões de Ribeiro et al. (2008), que realizaram um estudo controlado e randomizado para avaliar a eficácia deste programa em 60 lombálgicos crônicos, o formato atual dos programas de educação ao paciente parece ser insuficiente para abranger os múltiplos fatores que envolvem essa condição de saúde. Mudanças nos conteúdos programáticos são necessárias, como também outros estudos para avaliar a eficácia de programas da Escola da Coluna (RIBEIRO et al., 2008).

Portanto, pela grande relevância social e econômica da lombalgia em nosso país, seu impacto na qualidade de vida e na funcionalidade da população, há necessidade de estudos utilizando a CIF como forma de ampliar a compreensão dos aspectos da funcionalidade e assim aprimorar abordagens terapêuticas, como a Escola da Coluna. De tal modo, promove-se a articulação das dimensões física, social e ambiental no intuito de melhor avaliar os reais ganhos funcionais na vida diária.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer o estado de funcionalidade dos participantes de uma Escola da Coluna por meio da CIF e instrumentos da prática clínica.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar instrumentos de avaliação utilizados em um programa de Escola da Coluna;
- Identificar as categorias da CIF contempladas nos instrumentos selecionados utilizando um guia metodológico elaborado por uma equipe de pesquisa em CIF;
- Classificar as categorias com base nos qualificadores dos instrumentos de avaliação respondidos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE EM SAÚDE

A mensuração da incapacidade e da funcionalidade são temas de crescente interesse a partir do momento em que as doenças crônicas têm apresentado alta prevalência e incidência, sendo o aumento da expectativa de vida um fenômeno característico nas sociedades modernas. (CASTANEDA e CASTRO, 2013; PNSF, 2011; FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Para prevenir incapacidades, é necessário conhecer o grau de funcionalidade, ou de saúde funcional, de uma população. A funcionalidade humana sofre influência tanto na presença quanto na ausência de agravos, em presença de fatores contextuais negativos, como as barreiras ambientais de diferentes aspectos, sejam elas físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras (BRASIL, 2013; FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Atualmente, tem-se, mundialmente, uma situação de insuficiência de informação, que acarreta na limitação dos sistemas em apresentar ou processar os diagnósticos funcionais e em evoluir a saúde funcional dos indivíduos (ARAUJO, 2010; PNSF, 2011). Assim, compromete-se a eficiência de planejamento, controle, avaliação e regulação das ações e serviços de saúde.

Nesse sentido, para descrever as consequências das condições adversas de saúde ou doenças de uma população a OMS publicou em 1976 a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). Essa classificação ficou conhecida no Brasil como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A CIDID é uma versão experimental, que descreve as condições decorrentes da doença de maneira linear: Doença – Deficiência – Incapacidade - Desvantagem. (FARIAS e BUCHALLA, 2005) O modelo compreende três dimensões: “impairment” (deficiência), descrita como anormalidade de órgãos, sistemas ou estruturas do corpo; “disability” (incapacidade), definido como resultado da deficiência no desempenho das atividades funcionais; e “handicap” (desvantagem) que se refere à

adaptação do indivíduo ao meio, considerando suas deficiências e incapacidades (ARAUJO, 2010).

O processo de revisão da CIDID apontou suas principais fragilidades, como a falta de abordagem dos aspectos sociais e ambientais e a falta de relação entre as dimensões da classificação (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Após várias versões e numerosos testes, durante 25 anos de pesquisa, no ano de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (ARAUJO, 2010). A versão em língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa com o título de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

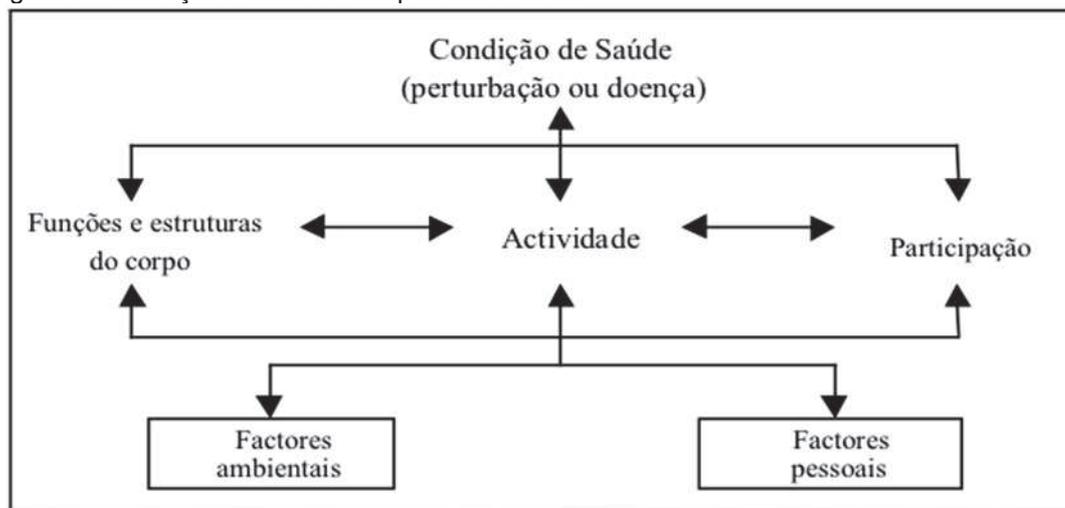
Portanto, a CIF passou a fazer parte da chamada Família de Classificações Internacionais da OMS. Nessa Família, os estados de saúde (doença, distúrbio, lesões etc.) são classificados principalmente na CID-10, enquanto a funcionalidade e a incapacidade associadas aos estados de saúde são classificadas na CIF. As duas classificações são complementares, visto que a CID-10 fornece um “diagnóstico” de doenças, e essas informações são complementadas pelas informações sobre funcionalidade fornecidas pela CIF (ARAUJO, 2013; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; RIBERTO et al., 2011; DI NUBILA, 2010).

A CIF tem como objetivo principal a uniformização internacional da terminologia empregada para a descrição da funcionalidade de pessoas em situações incapacitantes. Essa classificação pode ser utilizada nos níveis individual, institucional e social, bem como para fins diversos, como análises econômicas, planejamento e desenvolvimento de políticas, pesquisas, etc. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A CIF aborda a saúde e os estados relacionados a ela a partir da perspectiva biopsicossocial, pois incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; RIBERTO et al, 2011). No modelo publicado pela OMS junto a CIF (Figura 1), cada componente age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais (ARAUJO, 2013).

Os componentes desse modelo, bem como o entendimento da sua integração podem ser visualizados na Figura 1.

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF



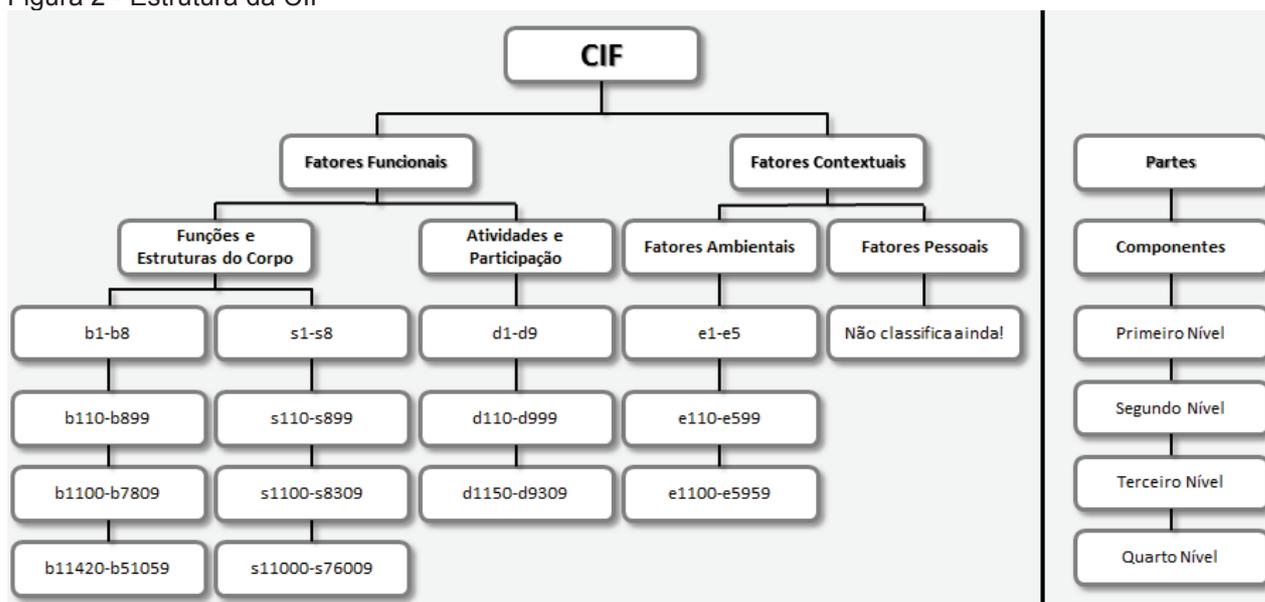
Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2004.

Para efeito deste estudo, o conceito de funcionalidade adotado está alinhado com a concepção da CIF, para a qual a funcionalidade é um termo genérico que designa os elementos do corpo, suas funções e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais, indicando os aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde e o contexto em que ele vive (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A estrutura da CIF é dividida em duas partes. A primeira é referente aos componentes funcionais, contemplando “funções e estruturas do corpo” e “atividades e participação”, e a segunda refere-se aos componentes dos fatores contextuais, abrangendo os “fatores ambientais e pessoais”. Cada componente é formado por diferentes domínios ou capítulos que contemplam itens mais específicos.

Dentro dos 30 domínios existentes, há 1.454 categorias e subcategorias referentes a esses itens. Cada categoria e subcategoria são representadas por um código, e quando acrescidas de um qualificador, especificam a dimensão da funcionalidade ou incapacidade de uma pessoa. Ou seja, essas categorias são hierarquicamente organizadas e sinalizadas por códigos alfanuméricos, dispostas segundo uma organização de tronco-ramo-folha dentro de cada componente (Figura 2) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003; BAUTZ-HOLTER et al., 2008; RIBERTO et al., 2011).

Figura 2 - Estrutura da CIF



Fonte: Velstra; Ballert; Cieza, 2011 adaptada pela autora, 2016.

A grande quantidade de categorias que a CIF engloba é o que a torna um sistema de classificação abrangente, sendo essa abrangência uma grande vantagem, porque aumenta seu poder descritivo, no entanto, também é um grande desafio para a sua utilização na prática clínica (RIBERTO et al., 2011).

Para resolver o problema da alta complexidade da classificação, enfatiza-se a utilização da CIF na formação profissional, o uso de listas resumidas de acordo com a área de atuação do aplicador, ou a seleção de categorias específicas para uma determinada doença e as ligações entre as mensurações mais usadas com a CIF (ARAUJO, 2010; ARAUJO, 2013; CIEZA et al., 2004a; CIEZA et al., 2004b; RIBERTO et al., 2011).

Cieza et al. (2005) elaboraram 8 regras de ligação para relacionar medidas clínicas, técnicas, de intervenções e de condições de saúde à CIF e mais 5 regras adicionais. Conforme essas regras de ligação, cada conceito significativo, ou seja, o conjunto de termos que contêm as informações mais representativas que geram influência sobre alguma condição de saúde, identificado no instrumento, deve ser ligado à categoria da CIF que o represente mais precisamente.

Os conceitos significativos que fornecem informações insuficientes para embasar a escolha da categoria devem ser classificados como **nd** (não definível) e, em casos especiais, **nd-sg** (não definível - saúde geral), **nd-sf** (não definível - saúde

física), **nd-sm** (não definível - saúde mental) ou **nd-qv** (não definível - qualidade de vida).

Aos conceitos significativos que não estão contidos na CIF, mas são fatores pessoais, atribui-se **fp** (fatores pessoais), enquanto aos conceitos significativos que não estão contidos na CIF e não são fatores pessoais atribui-se **nc** (não coberto pela CIF). Os conceitos significativos que se referem a um diagnóstico ou a uma condição de saúde devem ser classificados como **cs** (condição de saúde).

As regras específicas determinam que todos os conceitos significativos devem ser considerados antes de se realizar a ligação com as categorias da CIF e que as opções de resposta, quando contenham conceitos relevantes sejam incluídas. No caso do conceito de algum item conter exemplos, estes também devem ser ligados.

As regras podem ser mais bem visualizadas nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Regras específicas para ligação das medidas do estado de saúde

Nota	Regra
a.	Antes de iniciar o processo de ligação das medidas do estado de saúde com as categorias da CIF, identificar todos os conteúdos significativos dentro de cada item em consideração.
b.	As opções de resposta de um item devem ser ligadas às categorias da CIF, caso contenham conceitos significativos.
c.	O intervalo de tempo a que os itens se referem como “durante a semana passada” não deve ser ligado à CIF.
d.	Se um dos conceitos significativos de um item é explicado por meio de exemplos, tanto o conceito como o exemplo deve ser ligado. No entanto, a categoria da CIF a que os exemplos forem ligados deve ser colocada entre parênteses.
e.	Regra específica para medidas e intervenções clínicas* Antes de iniciar o processo de ligação das medidas técnicas, clínicas ou de intervenções para as categorias da CIF, defina o objetivo com o qual a medida técnica/ clínica correspondente é usado ou o objetivo com o qual a intervenção foi aplicada a partir do conceito significativo. Considere que os objetivos podem variar de investigação para investigação

Fonte: Cieza et al., 2005 adaptada pela autora, 2016.

Quadro 2 - Regras de ligação da CIF com exemplos

Nº	Regra	Exemplo
1	O pesquisador deve conhecer os fundamentos conceituais e taxonômicos da CIF, bem como os componentes, domínios e categorias, incluindo as definições.	
2	Cada conceito significativo tem que estar ligado à categoria mais precisa da CIF.	Item 3 letra g do SF-36: "Andar mais de um quilômetro" Esse item deve estar ligado ao 3º nível da categoria d4501 "Andar distâncias longas" e não ao 2º nível da categoria d450 "Andar".
3	Não utilizar os "outros especificados" das categorias da CIF, que são identificados pelo código final 8. Se o conteúdo de um conceito significativo não é explicitamente nomeado na categoria correspondente da CIF, as informações adicionais não explicitamente mencionadas na CIF devem estar documentadas.	Item 3 letra b do SF-36: "jogar bola". Esse item é ligado à categoria d9201 "Praticar esportes", e a informação adicional "Bola", que não está explicitamente nomeada na CIF, fica documentada.
4	Não utilizar a categoria da CIF chamada de "não especificadas", que são identificados exclusivamente pelo código final 9, mas a categoria de menor nível.	Item 8 do Roland-Morris: "tento conseguir que outras pessoas façam por mim" é atribuído à categoria e3 "Apoio e relacionamentos".
5	Os conceitos significativos que fornecem informações insuficientes para embasar a escolha da categoria da CIF mais representativa devem ser classificados como nd (não definível) e, em casos especiais, nd-sg (não definível - saúde geral), nd-sf (não definível - saúde física), nd-sm (não definível - saúde mental) ou nd-qv (não definível - qualidade de vida).	Item 1 do SF-36: "Em geral você diria que sua saúde é", o conceito significativo "saúde" é atribuído a nd-sg. Item 4 do SF-36: "... como consequência da sua saúde física" o conceito significativo "saúde física" é imposto nd-sf.
6	Conceitos significativos que não estão contidos na CIF, mas são fatores pessoais, atribui-se fp (fatores pessoais).	
7	Conceitos significativos que não estão contidos na CIF e não são fatores pessoais atribui-se nc (não coberto pela CIF)	Item 11 do SF-36: "Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas". Para esse conceito significativo, é atribuído nc ou em "Eu são tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço".
8	Os conceitos significativos que se referem a um diagnóstico ou uma condição de saúde devem ser classificados como cs (condição de saúde)	

Fonte: Cieza et al., 2005 adaptada pela autora, 2016.

Estudos (CIEZA et al., 2005; CIEZA e STUCKI, 2005; GRILL et al., 2006; SIGL et al., 2006; GEYH et al., 2007; SCHEPERS et al., 2007; VELSTRA; BALLERT; CIEZA, 2011; CAMPOS et al., 2012; CASTANEDA; CASTRO; BAHIA, 2014) vêm aplicando essas regras de ligação para comparar o conteúdo de instrumentos de avaliação e o conteúdo da CIF.

Ao relacionar o conteúdo de outras medidas ao conteúdo da CIF, segundo alguns autores, adota-se um modelo único para expressão dos resultados de avaliação de funcionalidade e incapacidade (CIEZA et al., 2002; CIEZA et al., 2005; GEYH et al., 2007; ARAUJO, 2010). Assim, é possível ampliar o conhecimento a respeito da abrangência de outras medidas ao considerar um perfil funcional específico para cada indivíduo, tendo maiores subsídios para construção de um programa de tratamento centrado nas necessidades de cada um.

Outra vantagem de realizar a conexão entre medidas é o fato de a CIF ser usada de forma independente e externa aos outros instrumentos. Portanto, ao relacionar os instrumentos de medida com a CIF, estes poderão ser comparados entre si. Cita-se como exemplo o estudo de Sigl et al. (2006), no qual aplicaram as regras de ligação da CIF com três medidas específicas para coluna (*North American Spine Society Lumbar Spine Outcome Assessment Instrument* - NASS, o Índice de Incapacidade de Oswestry - ODI e o questionário de Roland-Morris - RMDQ).

Os autores concluíram que essas medidas, quando comparadas entre si tiveram em comum o foco nos aspectos físicos, funções do corpo e atividades e participação. Desse modo, a escolha de instrumentos de avaliação pode ser facilitada em todos os campos de aplicação.

Sabe-se da existência de diversas ferramentas para medir função e incapacidade, como a escala de “Mensuração de Independência Funcional (MIF)”, os testes manuais de função muscular, o teste de caminhada de 6 minutos, dinamometria isocinética, baropodometria, entre outros. A multiplicação dessas medidas subjetivas muitas vezes avalia de forma diferente as mesmas funções e capacidades, sem que seja promovida uma articulação entre os resultados.

A seleção de cada instrumento depende da preferência de cada serviço. A utilização dessas diferentes formas por grupos profissionais distintos, em regiões distintas, torna impossível a coleta de dados estruturados para que se obtenham informações epidemiológicas sobre funcionalidade, incapacidade e qualidade de

vida das populações (ARAUJO, 2010). É clara, portanto, a necessidade de uma padronização de linguagem.

3.2 DOR LOMBAR

Lombalgia é um sintoma referido nas regiões lombares inferiores, lombossacrais ou sacroilíacas, gerando um quadro clínico de dor e incapacidades nas atividades de vida diária, representando, dessa forma, uma grande causa de morbidade e incapacidade dentro dos distúrbios dolorosos que abrangem o homem (BRAZIL et al., 2004).

A lombalgia é uma condição clínica que afeta 80% da população em algum momento da vida e na sua forma crônica está associada a uma prevalência de cerca de 10% em estudos populacionais, sendo mais prevalente na população economicamente ativa (CECIN et al., 1991). Tornou-se a primeira causa de afastamento do trabalho entre os segurados do Instituto Nacional de Seguridade Social e custa ao mundo bilhões de dólares anuais em dias perdidos de trabalho, seguros e tratamentos (DE VITTA, 1996).

Classificadas de acordo com a etiologia, as lombalgias se dividem em mecânico-degenerativas, não mecânicas e psicossomáticas. As lombalgias não mecânicas são menos comuns que as mecânicas, e têm como origem diversas doenças sistêmicas inflamatórias, infecciosas, metabólicas e neoplásicas (TSUKIMOTO, 2006).

A dor lombar mecânico-degenerativa é o tipo mais comum, correspondendo a 90% de todas as incidências (BRAZIL et al., 2004; TSUKIMOTO, 2006). Sua causa é resultante de alterações estruturais, biomecânicas, vasculares ou da combinação destas; tem relação direta com a eficiência da Unidade Funcional Espinal (UFE), considerada como a menor unidade de movimento do segmento lombar e depende da integridade do disco intervertebral (TSUKIMOTO, 2006).

A tendência natural é, com o envelhecimento, haver uma diminuição da integridade do disco intervertebral e sua progressiva desidratação (CECIN et al., 1991). Fissuras na região entre o núcleo e o anel fibroso, desequilíbrio de ação local resultante da diminuição da sua altura e espaço, bem como alterações bioquímicas e genéticas são aspectos que colaboram para a instabilidade do conjunto, comprometendo sua eficácia com transferências de ações e pressões para

estruturas não capacitadas para essa função (sobrecarga mecânica) (CECIN et al., 1991; TSUKIMOTO, 2006).

Contudo, a etiologia da lombalgia mecânico-degenerativa ainda é controversa, pois muitas vezes não se acha um substrato para sua causa (STANKOVIC e JOHNELL, 1990; BRAZIL et al., 2004). Por esse motivo, é também conhecida como lombalgia mecânica comum e lombalgia inespecífica (BRAZIL et al., 2004). De acordo com Deyo et al. (1998), somente 15% das lombalgias apresentam causa específica.

Geralmente, a dor lombar acontece por um conjunto de causas que envolvem fatores sociodemográficos, comportamentais, e ocupacionais que vão desde exposição a estímulos vibratórios prolongados, trabalhos braçais pesados, ausência de condições ergonômicas adequadas, padrão postural vicioso, movimentos repetitivos e até insatisfação no trabalho (DEYO et al., 1998; DE VITTA, 1996; BRAZIL et al., 2004).

Esse contexto revela a importância de se recorrer a diferentes modalidades de avaliação ou classificação funcional para avaliar desfechos em programas que visam à reeducação funcional em indivíduos.

As lombalgias podem ser classificadas como agudas, com duração de até quatro semanas, subagudas, quando a duração é de quatro a doze semanas, e crônicas, com duração maior que doze semanas (ANDERSSON, 1999).

A dor crônica é relevante, pois gera sofrimento físico, mental e emocional devido à incapacidade de o indivíduo controlar a dor e à redução de sua capacidade funcional. Essas alterações desencadeiam uma redução da qualidade de vida e contribuem para a cronicidade do problema (ANDERSSON, 1999; BROX et al., 2008; CUNHA e MAYRINK, 2011; NOLL et al, 2014).

Os altos custos e a resolubilidade controversa das diversas modalidades terapêuticas, aliados à insatisfação do paciente, revelaram a necessidade de um tratamento mais efetivo, de menor custo e com uma maior interação entre ele e o terapeuta (HALL e ICETON, 1983).

A educação ao paciente surgiu como uma opção viável, de grande relevância na abordagem da lombalgia (HALL e ICETON, 1983; TOBO et al., 2010; MOSER et al., 2012), e quando aliada às práticas terapêuticas, caracteriza programas como a Escola da Coluna, contexto deste estudo.

3.3 ESCOLA DA COLUNA

Com o intuito de reduzir os quadros de lombalgias crônicas, a fisioterapeuta sueca Mariane Zachrisson-Forssell, em 1969, propôs um programa educativo denominado Back School (BROX et al., 2008). A tradução para o português do nome desse programa tem sido variada, sendo as mais utilizadas: Escola da Coluna, Escola de Postura, Escola Postural e Programa de Educação Postural (NOLL et al., 2014).

Dentro desse panorama, serviços de saúde no mundo todo começaram a desenvolver alternativas para lidar com esse problema (ANDRADE ARAUJO; VILLAR, 2005). As normas do Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica da França (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), de 1999, definem a “Escola da Coluna” como qualquer tipo de programa educacional, ministrado para grupos, cujo objetivo seja fornecer aos seus participantes tanto informações cognitivas quanto sensório-motoras para ajudá-los a reduzir o estresse mecânico na coluna vertebral (TSUKIMOTO et al., 2006).

Esse programa se iniciou formalmente a princípio no ambiente industrial (BAUTCH e CONWAY, 1999; FORSELL, 1981), incluindo sessões de educação em anatomia e função da coluna, técnicas corretas de levantamento e carregamento de carga e um programa de exercícios simples para a coluna. Seus objetivos eram o de minimizar as dores relacionadas à coluna, bem como prevenir as suas recidivas. (LOBATO, 2010; FORSELL, 1981).

No Brasil, a Escola da Coluna foi implementada no ano de 1972, no Hospital do Servidor Público de São Paulo, pelo médico José Knoplich (ANDRADE; ARAUJO; VILLAR, 2005; CHUNG, 1996; KNOPLICH, 1986), mas só em 1998 foi publicada a primeira pesquisa sobre um programa de Escola da Coluna desenvolvido no Brasil (ANDRADE; ARAUJO; VILAR, 2005; NOLL et al., 2014).

Desde então, surgiram inúmeros estudos embasados na Escola da Coluna, mas com diferenças entre si, tanto nas propostas de intervenções quanto no desenho metodológico (HEYMANS et al., 2005). Contudo, a utilização de instrumentos semelhantes para a avaliação da intensidade da dor, da capacidade funcional e da qualidade de vida entre os estudos quantitativos permite uma comparação parcial da eficácia desses programas (NOLL et al., 2014; HEYMANS et al., 2005).

Heymans et al. (2005), após revisão sistemática, concluíram haver uma eficácia moderada na diminuição da dor, na melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida após a Escola da Coluna comparada a outras modalidades terapêuticas. Porém, observa-se que os resultados ainda são divergentes em relação à eficácia a médio e longo prazos.

Esses programas são geralmente executados por fisioterapeutas, mas a ideia principal é que sejam trabalhados por uma equipe multiprofissional (BROX et al., 2008; NOLL et al., 2014) A utilização de uma equipe multidisciplinar oferece a oportunidade de integração de profissionais que atuam em aspectos distintos de um mesmo problema, permitindo uma abordagem mais adequada (TOBO et al., 2010).

Os melhores resultados de qualquer abordagem terapêutica são conseguidos quando os pacientes se conscientizam de que eles próprios são os gerenciadores de sua saúde e do seu bem-estar (TOBO et al., 2010).

Desse modo, a Escola da Coluna, por ser educativa, apresenta uma vantagem adicional em relação aos programas terapêuticos habituais. Assim sendo, melhorar as limitações físicas impostas pelas dores crônicas da coluna vertebral implica uma mudança na maneira de pensar e agir dos pacientes (BRAZIL et al., 2004; BROX et al., 2008; TOBO et al., 2010).

A continuidade de trabalhos para melhor avaliar a efetividade da Escola da Coluna como opção terapêutica barata e eficaz aos pacientes com lombalgia crônica se faz muito importante (TOBO et al., 2010).

3.4 FERRAMENTAS DA PRÁTICA CLÍNICA

Um grande número de instrumentos, métodos e técnicas tem sido proposto para avaliar a qualidade de vida e a capacidade funcional de pessoas acometidas por diversas doenças (TSUKIMOTO, 2006). Porém, a eleição de um determinado instrumento de avaliação depende do que se pretende avaliar, da sua aplicabilidade e viabilidade (TSUKIMOTO, 2006).

Os instrumentos de avaliação são classificados como genéricos e específicos. Os genéricos aplicam-se a diversas populações e permitem comparações entre pacientes com diferentes patologias, no entanto, não são capazes de identificar as alterações em aspectos específicos da condição de saúde do indivíduo (CICONELLI et al., 1999). Geralmente, esses instrumentos possuem uma regra de cálculo de

pontos que somados resultam em índice final (GUYATT; JAESCHKE; PATRICK, 1996 apud TSUKIMOTO, 2006).

Os instrumentos específicos avaliam aspectos de uma determinada condição de saúde, sendo mais sensíveis em sua detecção de melhora ou agravamento (GUYATT; JAESCHKE; PATRICK, 1996 apud TSUKIMOTO, 2006).

Todo instrumento de avaliação deve ser reproduzível ao longo do tempo, ou seja, deve conduzir resultados iguais ou muito semelhantes em duas ou mais aplicações para o mesmo paciente, considerando que o seu quadro clínico encontra-se inalterado. O instrumento selecionado deve determinar a melhor estima possível da real condição clínica da pessoa e ser sensível a alterações (CICONELLI et al., 1999).

Diversas medidas foram desenvolvidas para avaliar os tratamentos de lombalgia, em razão da necessidade de considerar todos os aspectos nela envolvidos (biopsicossocial). Dentre as medidas, autores (DEYO et al., 1998; KOPEC, 2000; TSUKIMOTO et al., 2006; NOLL et al, 2014) citam os questionários de avaliação de capacidade funcional e de qualidade de vida, dando ênfase à avaliação do impacto da dor lombar na vida da pessoa.

Nas intervenções, destacam-se o questionário de Roland-Morris (RMDQ), o Índice de Incapacidade de Oswestry (OID), o Short Form Health Survey (SF-36), o Questionário Nórdico de Sintoma Osteomusculares (NMQ) e a Escala Visual Análoga (EVA).

O instrumento de incapacidade, específico para dor lombar, RMDQ é recomendado para uma população geral de baixa incapacidade (ROLAND e MORRIS, 1983; ROLAND e FAIRBANK, 2000; KOPEC, 2000). Esse questionário foi criado a partir de observação de Roland e Morris da ausência de um parâmetro confiável para avaliação de diferentes métodos de tratamento da lombalgia (ROLAND e MORRIS, 1983).

Roland e Morris (1983) tomaram por base o Sickness Impact Profile (SIP), que é um questionário contendo 136 itens, dos quais foram selecionados os 24 mais relevantes para descrição da funcionalidade de pacientes com dor lombar. Foi acrescida a expressão “por causa das minhas costas” e o período ao qual o questionário se refere é o dia corrente.

O RMDQ é rápido e fácil de ser aplicado, sendo o tempo médio de resposta de cinco minutos (TSUKIMOTO et al., 2006). É atribuído um ponto a cada frase

assinalada, sendo o resultado a somatória desses pontos. Quanto maior a pontuação final, maior será a incapacidade do indivíduo. A pontuação mínima é zero, e representa nenhum impacto da dor sobre a pessoa, e o valor máximo é 24, indicativo de incapacidade funcional total. Não há direcionamento de atenção aos aspectos psicossociais englobados na lombalgia (NUSBAUM et al., 2001).

O questionário foi testado e validado por Deyo e Centor (1986), a partir da comparação com a versão completa do SIP e correlacionado à EVA, com ODI, com flexão de coluna e o sinal de Laségue, tendo se mostrado sensível e válido para os aspectos de função e habilidade física, que determinam a capacidade funcional (NUSBAUM et al., 2001). Sua validação para língua portuguesa foi realizada em 2000 por Nusbaum (NUSBAUM et al., 2001).

O Índice de Incapacidade de Oswestry (*Oswestry Disability Index* – ODI), elaborado em 1980 por Jonh O'Brien e adaptado a versão brasileira no ano de 2007, mensura as repercussões das lombalgias graves e de diferentes causas nas atividades de vida diária (FAIRBANK; PYNSENT, 2000; VIGATTO; ALEXANDRE; FILHO, 2007).

A escala consiste em 10 perguntas com seis possibilidades de resposta cada uma, cujo valor varia de 0 a 5. A primeira pergunta avalia a intensidade da dor e as outras nove, o efeito da dor sobre a capacidade funcional de uma pessoa: nos cuidados pessoais, ao levantar objetos, caminhar, sentar, permanecer em pé, ao dormir, em sua vida sexual, social e na locomoção (FAIRBANK; PYNSENT, 2000).

O ODI pode ser completado em menos de 5 minutos (ROLAND e FAIRBANK, 2000). O grau de incapacidade dado pelo instrumento é classificado por nenhuma alteração (0%), incapacidade mínima (1 a 20%), incapacidade moderada (21 a 40%), incapacidade severa (41 a 60%) e incapacidade total (acima de 60%) (ROLAND e FAIRBANK, 2000). O cálculo é feito a partir do escore total dividido pelo número de questões respondidas multiplicadas pelo número 5. Por exemplo, se foram respondidas todas as perguntas do questionário, o escore total será dividido por 50 (10 x 5), enquanto que se houver uma pergunta sem resposta, a divisão será por 45 (9 x 5). O resultado é multiplicado por 100 e os valores finais são apresentados em porcentagem, $[(\text{escore} \div (\text{n}^\circ \text{ questões respondidas} \times 5))] \times 100$ (FALAVIGNA et al., 2011).

Esse questionário é um dos mais utilizados, com alto grau de confiabilidade (LACLAIRE et al., 1997), apresentando uma boa validade de convergência com o

RMDQ (VIGATTO; ALEXANDRE; FILHO, 2007). A escala de ODI permite uma melhor avaliação nos pacientes com sérios problemas, enquanto que o RMDQ é mais bem quantificado se aplicado em pacientes menos graves (FAIRBANK; PYNSENT, 2000).

Outro instrumento de avaliação é o denominado “Short Form Health Survey” (SF-36). Trata-se de um questionário de qualidade de vida genérico, de fácil administração e compreensão, que considera a percepção do indivíduo quanto ao seu próprio estado de saúde e contempla os aspectos mais representativos da saúde (CICONELLI et al., 1999). É composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, saúde mental. Inclui ainda um item que avalia as alterações de saúde ocorridas no período de um ano (WARE, 2000).

O tempo médio de preenchimento do instrumento é de 10 minutos com um alto grau de aceitabilidade e de qualidade dos dados (WARE, 2000). A tradução e a validação para a língua portuguesa foram realizadas por Ciconelli et al. (1999).

O questionário é autoaplicado e cada paciente atribui uma nota para cada questão, posteriormente transformada em uma escala de 0 a 100 por domínio, no qual 0 corresponde a um pior estado de saúde e 100, a um melhor. Cada domínio do questionário é avaliado em separado, não existindo um único valor que sintetize toda a avaliação (CICONELLI et al., 1999).

A avaliação da dor pelo SF-36 é realizada por duas questões que medem a intensidade da dor em 6 níveis com a finalidade de avaliar sua interferência nas atividades de vida diária. Não reflete as limitações para o trabalho, apesar de conter questões que incluem esse aspecto (TSUKIMOTO et al., 2006).

Nas questões relativas aos aspectos físicos e funcionais, o SF-36 aborda também o quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e as atividades de vida diária da pessoa. As questões que avaliam o estado geral de saúde foram reproduzidas do questionário General Health Rating Index (GHRI) e a escala de vitalidade do questionário de avaliação de saúde mental – Mental Health Inventory (MHI) (CICONELLI et al., 1997 apud TSUKIMOTO et al., 2006). A escala que se refere aos aspectos sociais analisa se a integração do indivíduo em atividades sociais foi afetada por seus problemas de saúde. A avaliação do componente saúde mental inclui questões relativas à ansiedade, à depressão, a alterações de comportamento e ao bem estar psicológico (TSUKIMOTO, 2006).

Quanto ao Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) ou Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), desenvolvido por Kuorinka et al (1987), o objetivo é mensurar os sintomas osteomusculares (dor, desconforto ou dormência) em um contexto de ergonomia e para o cuidado com o trabalho ocupacional. Os autores desse questionário não o indicam como base para diagnóstico clínico, mas para a identificação de distúrbios osteomusculares e, como tal, pode constituir importante instrumento de diagnóstico do ambiente (PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002). Há três formas do NMQ: uma forma geral, compreendendo todas as áreas anatômicas, e outras duas específicas para as regiões lombar, de pescoço e ombros (KUORINKA et al., 1987).

O instrumento geral consiste em 27 questões de escolha dicotômica (sim ou não) sobre a ocorrência de sintomas em nove regiões anatômicas: cervical, ombros, dorso, cotovelos, punhos/mãos, lombar, quadril/coxa, joelhos e tornozelos/pés (MESQUITA; RIBEIRO; MOREIRA, 2010). O questionário é autoaplicado e dividido em 3 partes. A primeira parte se refere à dor ou ao desconforto nos últimos 12 meses, a segunda é referente às limitações nas atividades diárias nos últimos 12 meses e a terceira parte investiga se houve dor ou desconforto nos últimos 7 dias (KUORINKA et al., 1987; MESQUITA; RIBEIRO; MOREIRA, 2010).

Para facilitar a identificação das áreas corporais, o questionário inclui um diagrama (um corpo humano visto de trás) com a localização de cada região do corpo avaliada (KUORINKA et al., 1987).

Os questionários específicos seguem a mesma lógica ao avaliar os sintomas ao longo do tempo, contudo, o objetivo é analisar mais profundamente a gravidade desses sintomas e os efeitos nas atividades de vida diária (KUORINKA et al., 1987).

A validade de critério do NMQ foi testada com o ODI, tendo-se obtido uma correlação moderada e positiva para as regiões torácica e lombar (MESQUITA; RIBEIRO; MOREIRA, 2010).

A EVA, utilizada para mensuração da dor, quantifica uma experiência subjetiva. É uma das escalas mais responsivas e confiáveis do mundo. Sua pontuação varia de 0 a 10, sendo 0 a ausência de dor e 10 a pior dor possível. Dessa forma, de 1 a 3 é considerada dor leve, de 4 a 6 moderada e de 7 a 9 dor forte. A melhora de dois pontos é avaliada como um bom resultado (CARVALHO e KOWACS, 2006). De acordo com Huskisson (1974) esse instrumento tem sido considerável sensível, simples, reproduzível e universal.

Dentre os instrumentos acima citados, a EVA, SF-36 e RMDQ são utilizados no programa Escola da Coluna objeto deste estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo foi transversal, descritivo e de cunho quantitativo.

Segundo Dyniewicz (2009), nas pesquisas transversais a exposição e o desfecho são aferidos no mesmo momento, não havendo período de seguimento ou observação e nem definição exata de sequência temporal.

Em relação à segunda classificação, pesquisas descritivas objetivam observar, descrever, explorar, classificar e interpretar aspectos de fatos e fenômenos, buscando características, frequências, relações e associações entre variáveis (DYNIEWICZ, 2009).

E pesquisas quantitativas procuram verificar e explicar a influência de variáveis preestabelecidas sobre outras variáveis, por meio de análise da frequência de incidência e de correlações estatísticas. São pesquisas que examinam variáveis mensuráveis (CHIZZOTTI, 2006).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada junto a um programa da Escola da Coluna de uma instituição privada de ensino superior.

4.3 CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA

O programa em questão recruta sujeitos com queixa de dor na região lombar que se enquadrem nos critérios de inclusão descritos a seguir e que desejem participar do estudo de forma voluntária.

4.3.1 Critérios de Inclusão

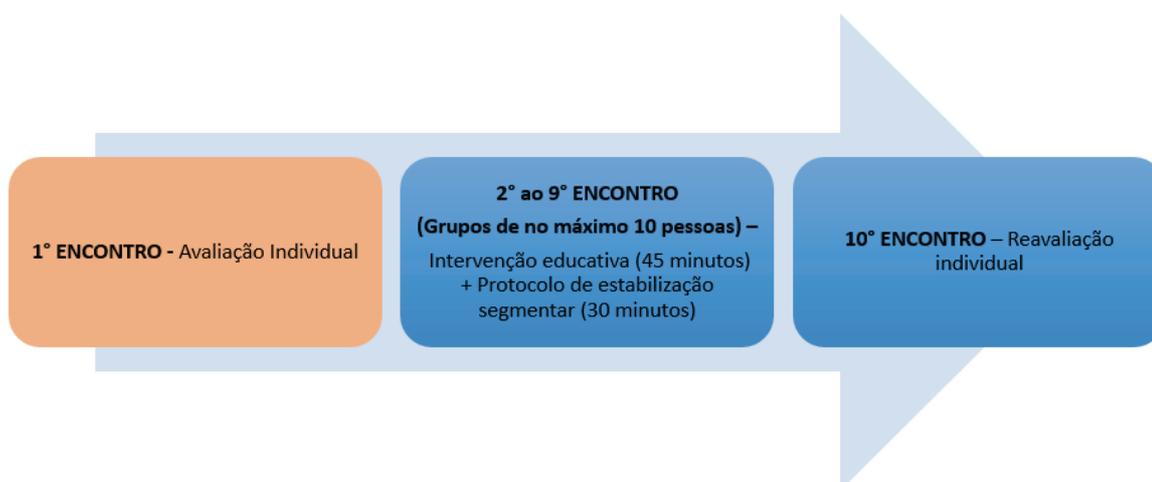
- Ter diagnóstico de lombalgia mecânico-degenerativa;
- Apresentar dor lombar por três meses ou mais;
- Ser do sexo feminino ou masculino;
- Ter idade mínima de 18 anos.

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Estar grávida;
- Ter sido submetido à intervenção cirúrgica há menos de seis meses;
- Apresentar osteoporose grave;
- Estar afastado do trabalho por motivo de dor lombar;
- Ter diagnóstico de fibromialgia;
- Ter alterações cognitivas;
- Estar em outro atendimento fisioterapêutico.

No programa da Escola da Coluna, os participantes são alocados em pequenos grupos, com no máximo 10 sujeitos. Os grupos participam de dez encontros, uma vez por semana. O primeiro e o último encontro são destinados para avaliação e reavaliação individual (ANEXO B). Do segundo ao nono encontro, os participantes assistem a palestras educativas e realizam exercícios segundo um protocolo de estabilização segmentar (MOSER et al., 2012 – ANEXO C), além de alongamentos para os membros superiores, inferiores e tronco. O atendimento tem duração total de uma hora e quinze minutos: os quarenta e cinco minutos iniciais do atendimento são destinados à abordagem educativa e os outros trinta minutos são destinados à aplicação do protocolo.

Figura 3 - Fluxograma com a descrição dos procedimentos do programa Escola da Coluna



4.4 AMOSTRA

Neste estudo, a amostra foi de conveniência, incluindo todos os participantes recrutados pelo programa que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa, no período de abril a novembro de 2015.

O universo da pesquisa é representado por todos os indivíduos lombálgicos crônicos inscritos no Programa Escola da Coluna. Desse universo, foi extraída uma amostra de pesquisa constituída de 69 voluntários submetidos aos critérios de inclusão.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados os instrumentos adotados pelo Programa Escola da Coluna: RMDQ e SF-36 (ANEXO A) e o documento CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Vale mencionar que o RMDQ e o SF-36 foram auto aplicados e os demais dados foram coletados pelos fisioterapeutas responsáveis pelo programa.

4.6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Após o encaminhamento de um termo aditivo, seguido da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da mesma instituição no dia 22/04/2015, sob o parecer de número 1.030.511 (ANEXO A), foi dado início à pesquisa.

A classificação do estado de funcionalidade dos participantes da pesquisa foi efetuada por meio dos instrumentos RMDQ e pelo SF-36, utilizados na avaliação inicial da Escola da Coluna. Para realizar a ligação desses instrumentos com a CIF, foi utilizado o guia metodológico proposto por Cieza et al. (2005).

O resultado das ligações e da classificação ocorreu após três etapas com quatro pesquisadoras (três fisioterapeutas e uma psicóloga), com experiência na CIF (FONTANA et al., 2014).

Etapas 1: De forma independente, duas pesquisadoras identificaram os conceitos contidos nos instrumentos selecionados; em seguida, os conceitos significativos foram comparados a fim de se obter um consenso. Após a

comparação, foi necessária a arbitragem da terceira pesquisadora para tomar a decisão final.

Etapa 2: Foi realizada a seleção das categorias da CIF que representaram mais precisamente os conceitos identificados na etapa 1, aplicando as regras de ligação (CIEZA et al., 2005); essa seleção também foi executada de forma independente, seguida da comparação entre as duas pesquisadoras, necessitando da arbitragem de uma terceira, que liderou uma discussão na qual as duas pesquisadoras apresentaram seus argumentos para a seleção de categorias específicas. Com base nas declarações e após ponderação, a terceira tomou a decisão de consultar outra pesquisadora da área da psicologia para consenso final na escolha de 4 categorias.

Etapa 3: Em seguida, foi realizada a classificação das categorias selecionadas, fundamentadas nos resultados da aplicação dos instrumentos.

Para classificar as categorias selecionadas a partir do RMDQ, considerou-se os qualificadores 0 (nenhuma deficiência) e 8 (alguma deficiência), visto que o instrumento não permite quantificar a magnitude da dificuldade.

Já para as categorias da CIF selecionadas com base no SF-36, foi possível classificar de maneira diferente. No item 3, as opções de resposta do instrumento: “não, não dificulta de modo algum” correspondem ao qualificador 0 (nenhuma deficiência); “sim, dificulta um pouco” corresponde ao 1 (deficiência leve) ou ao 2 (deficiência moderada); e o “sim, dificulta muito” corresponde ao 3 (deficiência grave) ou ao 4 (deficiência completa).

No item 4, há 4 perguntas com opções de resposta “sim” e “não”. Para cada resposta “sim”, foi considerado 25% de dificuldade. Ao classificar as categorias, esse percentual foi comparado ao percentual correspondente à extensão da deficiência da CIF. Por exemplo, 100% das respostas assinaladas “sim” correspondem à deficiência completa, 75% correspondem à deficiência grave, 50%, à moderada, 25%, à leve, e se nenhuma fosse assinada corresponde ao qualificador 0, nenhuma deficiência.

No item 5, adotaram-se os qualificadores 0 (nenhuma deficiência) e 8 (alguma deficiência). Já nos itens 6, 7, 8 e 10 foi possível relacionar de forma direta as opções de resposta com os qualificadores da CIF.

No item 9, as perguntas A, D, E e H apresentam escala positiva, em que: “todo tempo” corresponde ao qualificador 0 (nenhuma deficiência); “a maior parte do

tempo” corresponde ao 1 (deficiência leve); “uma boa parte do tempo” e “alguma parte do tempo” correspondem ao qualificador 2 (deficiência moderada); “uma pequena parte do tempo” ao 3 (deficiência grave) e o “nunca”, ao 4 (deficiência completa). Já as perguntas B, C, F, G e I apresentam escala negativa: “todo tempo” corresponde ao qualificador 4 (deficiência completa); “a maior parte do tempo” corresponde ao 3 (deficiência grave); “uma boa parte do tempo” e “alguma parte do tempo” correspondem ao qualificador 2 (deficiência moderada); “uma pequena parte do tempo” ao 1 (deficiência leve) e o “nunca”, ao 0 (nenhuma deficiência).

Para melhor compreensão, essas correlações podem ser visualizadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Escala dos instrumentos correlacionado à escala da CIF

INSTRUMENTOS	QUALIFICADORES					
	.0	.1	.2	.3	.4	.8
RMDQ	Nenhuma assinalada	-	-	-	-	Assinalada
SF36 Item 3	Não dif. de modo algum	Dif. um pouco	Dif. um pouco	Dif. muito	Dif. Muito	-
SF36 Item 4	Nenhuma assinalada (0%)	1 Assinalada (25%)	2 Assinaladas (50%)	3 Assinaladas (75%)	4 Assinaladas (100%)	-
SF36 Item 5	Nenhuma assinalada	-	-	-	-	Alguma assinalada
SF36 Itens 6, 7, 8 e 10	Nenhuma	Leve/ um pouco	Moderadamente/ Moderada	Bastante/ Grave	Extremamente/ Muito grave	-
SF36 Item 9 A,D,E,H	O tempo todo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo/ alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca	-
SF36 Item 9 B, C, F, G, I	Nunca	Uma pequena parte do tempo	Uma boa parte do tempo/ alguma parte do tempo	A maior parte do tempo	O tempo todo	-

Fonte: a autora, 2016.

Vale mencionar que as categorias do componente Funções do Corpo foram classificadas por seus códigos acrescidos de um qualificador genérico com escala negativa. As categorias do componente Atividades e Participação foram classificadas por seus códigos acrescidos unicamente do primeiro qualificador genérico, o qual indica desempenho.

Por fim, as categorias do componente Fatores Ambientais foram classificadas por um qualificador genérico que representa o quanto a pessoa experimenta um fator ambiental como facilitador (Figura 4). Vale esclarecer que somente o RMDQ apresentou categorias desse componente, portanto, foram utilizados os qualificadores 0 e 8. Nessa situação, o qualificador 8 representa que o sujeito considerou o item como facilitador, mas o instrumento não possibilitou expressar sua magnitude. O qualificador 0 representou caráter neutro, indicando que o item não é experimentado com barreira e nem como facilitador.

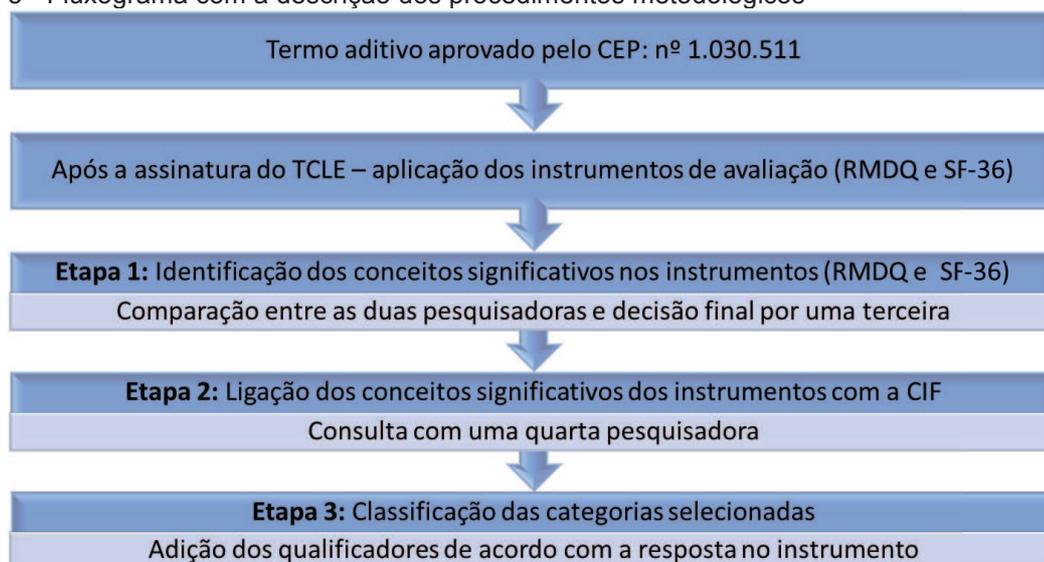
Figura 4 - Qualificadores de acordo com os componentes da CIF

Funções do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais
<ul style="list-style-type: none">• Qualificadores em escala negativa.	<ul style="list-style-type: none">• Qualificadores em escala negativa e apenas o primeiro, referente ao desempenho.	<ul style="list-style-type: none">• Qualificadores em escala positiva (Facilitador)• Obs.: RMDQ

Fonte: a autora, 2016.

As etapas dos procedimentos metodológicos podem ser visualizadas na Figura 5.

Figura 5 - Fluxograma com a descrição dos procedimentos metodológicos



Fonte: a autora, 2016.

4.7 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram organizados no Microsoft Excel® 2010 e tratados no IBM SPSS® Statistics 20. Os resultados obtidos no estudo foram expressos por frequências e percentuais ou por médias e desvios padrões.

5 RESULTADOS

A avaliação fisioterapêutica do programa Escola da Coluna delineou o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Essa avaliação forneceu dados em relação às seguintes variáveis: idade, sexo, IMC, escolaridade, estado civil, número de filhos, ocupação, renda familiar e crença religiosa.

Quanto às variáveis clínicas, foi possível investigar: a realização de atividade física, de atividade de lazer, o diagnóstico clínico, a presença referida de irradiação para os membros inferiores, os resultados dos testes de Schober, Distância dedo chão, sinal de Laségue, Manobra de Valsava, comprimento dos músculos ísquio tibiais, a força dos flexores do troco e do transversos do abdômen, o nível de dor lombar (EVA), a capacidade funcional (RMDQ) e a qualidade de vida (SF-36).

Os resultados pertinentes às referidas variáveis podem ser observados nos quadros 12 e 13 do Apêndice C. Contudo, as principais informações sobre as características sociodemográficas e clínicas estão expostas nos quadros 4 e 5, respectivamente.

Quadro 4 - Características sociodemográficas e clínicas (Curitiba, 2016)

VARIÁVEL	RESULTADO
	FR (%)
SEXO – FEMININO	45 (65,2)
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA – SIM	27 (39)
LAZER – SIM	48 (69,6)
DIAGNÓSTICO CLÍNICO – SIM	44 (63,8)
ESCOLARIDADE	
ENSINO FUNDAMENTAL	10 (14,4)
ENSINO MÉDIO	20 (28,9)
ENSINO SUPERIOR/PÓS-GRADUAÇÃO	39 (56,5)
RENDA FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS)	
1 A 2	11 (15,9)
3 A 4	26 (37,7)
MAIS DE 5	32 (46,4)

Fonte: a autora, 2016.

Nota: resultados descritos por frequência (FR) e percentual (%).

Conforme Quadro 4, 65,2% são mulheres, 61% dos participantes não praticam nenhuma modalidade de atividade física, mas 69,6% têm alguma atividade de lazer. Em relação ao diagnóstico clínico, 63,8% dos participantes apresentam lombalgia mecânico degenerativa avaliada por médicos e confirmada por exames clínicos.

No que diz respeito à escolaridade, 14,4% estudaram o ensino fundamental (parcial ou completamente), 28,9% o ensino médio (parcial ou completamente) e 56,5% o ensino superior (parcial ou completamente). A renda desses participantes está distribuída em: 15,9% possuem renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, 37,7%, de 3 a 4 salários mínimos e 46,4%, de 5 salários mínimos ou mais.

Esses dados apontam a prevalência de mulheres, indivíduos com alta escolaridade e com renda familiar de 5 salários mínimos ou mais.

Quadro 5 - Características sociodemográficas e clínicas (Curitiba, 2016)

VARIÁVEL	RESULTADO
	MD ± DP
IDADE (ANOS)	41,78 ± 17,09
IMC (Kg/m ²)	25,95 ± 4,55
EVA	5,10 ± 2,19
ROLAND-MORRIS	7,80 ± 4,10
SF-36	
CAPACIDADE FUNCIONAL	66,75 ± 14,93
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS	49,28 ± 37,37
DOR	43,28 ± 15,24
ESTADO GERAL DE SAÚDE	66,06 ± 16,29
VITALIDADE	51,67 ± 19,32
ASPECTOS SOCIAIS	65,74 ± 23,73
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	52,65 ± 39,77
SAÚDE MENTAL	65,57 ± 19,16

Fonte: a autora, 2014.

Nota: resultados descritos por média (MD) ± desvio padrão (DP).

Os dados do Quadro 5, por sua vez, revelam que a idade média dos participantes da pesquisa é de 41,78 anos ($\pm 17,0$). Com base na altura e peso foi calculado o índice de massa corporal (IMC), que expressou sobrepeso na amostra (25,98 \pm Kg/m²), sendo o mínimo de 16,52 Kg/m² e máximo de 36,51 Kg/m².

Quanto à mensuração da dor, o escore médio dos participantes na EVA foi 5,10 ($\pm 2,19$), tendo variado de 0 a 10 pontos. A pontuação desse instrumento varia

de 0 a 10, sendo 0 a ausência de dor e 10 a pior dor possível, assim sendo, a média dessa variável na amostra foi considerada moderada.

A capacidade funcional, mensurada pelo RMDQ, teve média 7,80 (\pm 4,10), com mínima de 0 a máxima de 19. Nesse instrumento, a pontuação mínima é zero, e representa nenhum impacto da dor sobre a pessoa, já o valor máximo é 24, indicativo de incapacidade funcional total.

Na qualidade de vida dos participantes, avaliada pelo SF-36, destacaram-se os domínios: limitação por aspectos físicos e dor com percentual de 49,28% e 43,28%, respectivamente, indicando um pior estado de saúde nesses domínios.

O escore de cada domínio pode variar em uma escala de 0 a 100, no qual 0 corresponde a um pior estado de saúde e 100, a um melhor. Portanto, os domínios com escores abaixo de 50 pontos se destacaram por apresentar comprometimento.

5.1 LIGAÇÃO DOS CONCEITOS SIGNIFICATIVOS IDENTIFICADOS NO RMDQ E NO SF-36 COM A CIF

Na ligação entre o RMDQ e a CIF, todos os itens do questionário apresentaram conceitos referentes à dor lombar que foram relacionados à categoria b28013 (Dor nas costas). Foram identificados 29 conceitos significativos e desse total, 28 (96,5%) foram relacionados a 21 categorias da CIF, sendo 4 categorias do componente Funções do Corpo, 15 categorias do componente Atividades e Participação e 2 categorias do componente Fatores Ambientais.

Entre as categorias do componente Funções do Corpo, 3 pertencem ao Capítulo 1 – Funções mentais e 1 ao Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor. Entre as categorias do componente Atividades e Participação, 12 fazem parte do Capítulo 4 – Mobilidade, 2 do Capítulo 5 – Cuidado pessoal e 1 do Capítulo 6 – Vida doméstica. Por sua vez, as categorias do componente Fatores Ambientais, 1 pertence ao Capítulo 1 – Produtos e tecnologias e 1 ao Capítulo 3 – Apoio e relacionamentos.

A relação entre os 28 conceitos significativos do RMDQ e as 21 categorias da CIF está exposta no Quadro 6.

Quadro 6 - Relação entre os conceitos significativos do RMDQ e as categorias da CIF

COMPONENTES	CAPÍTULOS	CATEGORIAS	CONCEITOS SIGNIFICATIVOS	
Funções do Corpo	1 - Funções mentais	b1263 Estabilidade psíquica	Irritado	
			Mal-humorado	
		b1302 Apetite	Apetite	
		b134 Funções do sono	Dormir	
	2 - Funções sensoriais e dor	b28013 Dor nas costas	Dor nas costas	
Atividades e Participação	4 – Mobilidade	d4100 Deitar-se	Deitar-se	
		d4102 Ajoelhar-se	Ajoelhar-se	
		d4105 Inclinar-se	Curvar-se	
		d4104 Levantar-se	Levantar-se de uma poltrona/ Levantar de uma cadeira	
		d415 Manter a posição do corpo	Mudar de posição frequentemente	
		d4150 Permanecer deitado	Permanecer na cama	
		d4154 Permanecer em pé	Permanecer em pé <i>por curtos períodos de tempo*</i>	
		d4201 Transferir-se enquanto deitado	Virar-se na cama	
		d4153 Permanecer sentado	Permanecer sentado	
		d4551 Subir	Subir escadas / subir escadas <i>mais devagar*</i>	
		d450 Andar	Andar devagar	
		d4500 Andar distâncias curtas	Andar distâncias curtas	
		5 - Cuidado pessoal	d540 Vestir-se	Vestir-se / ajuda de outras pessoas
			d5402 Calçar	Vestir meias
	6 - Vida doméstica	d640 Realizar tarefas domésticas	Trabalhos de casa / <i>Trabalhos pesados de casa*</i>	
Fatores Ambientais	1 - Produtos e tecnologias	e1201 Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal internos ou externos	<i>Usar o corrimão*/ Apoiar-se em alguma coisa*</i>	
	3 - Apoio e relacionamentos		Conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim / Vestir-se com ajuda de outras pessoas	

Fonte: a autora, 2016.

Nota: *Informação adicional.

É possível destacar que, entre as 21 categorias da CIF, 12 (57%) pertencem ao Capítulo 4 – Mobilidade, inserido no componente Atividades e Participação.

Observa-se que nenhum dos conceitos significativos da RMDQ foi relacionado a alguma categoria do componente Estruturas do Corpo da CIF.

Em relação ao outro conceito significativo do RMDQ, que não foi relacionado a categorias da CIF, atribui-se nc (não coberto pela CIF), conforme o Quadro 7.

Quadro 7 - Relação entre os conceitos significativos do RMDQ, SF-36 e outras atribuições propostas por Cieza et al., 2005

INTRUMENTO	CONCEITOS SIGNIFICATIVOS	OUTRAS ATRIBUIÇÕES
RMDQ	Ficar em casa	nc
SF-36	Saúde Geral	nd-sg
SF-36	Saúde Física	nd-sf
SF-36	Atividades rigorosas	nd
SF-36	Atividades moderadas	nd
SF-36	Problema emocional	nd-sm
SF-36	Se sentir	nd-sm
SF-36	Minha saúde é excelente	nd-sg
SF-36	Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente	nc
SF-36	Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	nc
SF-36	Eu acho que minha saúde vai piorar	nc

Fonte: a autora, 2016.

Na ligação do SF-36 com a CIF, foram identificados 49 conceitos significativos no SF-36. Desse total, 39 (77,5%) foram relacionados a 27 categorias da CIF, sendo 7 categorias do componente Funções do Corpo e 20 categorias do componente Atividades e Participação. É importante esclarecer que muitos conceitos significativos iguais foram identificados no instrumento, no entanto, somente os que apresentaram contexto diferente foram contabilizados. Por exemplo, para “Trabalho” o mesmo conceito foi identificado nos itens 4, 5 e 8 do SF-36, mas foram contabilizados apenas uma vez quando relacionados à categoria d850 (Trabalho remunerado). Ademais, também houve diferentes conceitos significativos relacionados à mesma categoria CIF. Por exemplo, os conceitos “Andar mais de um quilômetro” e “Andar, vários quarteirões*” foram ligados à mesma categoria d4501 (Andar distâncias longas).

Entre as categorias do componente Funções do Corpo, 6 pertencem ao Capítulo 1 – Funções mentais e 1 ao Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor. Entre as categorias do componente Atividade e Participação, 1 categoria faz parte do Capítulo 2 – Tarefas e demandas gerais, 9 do Capítulo 4 – Mobilidade, 2 do Capítulo 5 – Cuidado pessoal, 3 do Capítulo 6 – Vida doméstica, 2 do Capítulo 7 – Relações

e interações interpessoais, 1 do Capítulo 8 – Áreas principais da vida e 2 do Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica.

O Quadro 8 expõe a relação entre os 38 conceitos significativos do SF-36 e as 27 categorias da CIF.

Quadro 8 - Relação entre os conceitos significativos do SF-36 e as categorias da CIF

COMPONENTES	CAPÍTULOS	CATEGORIAS	CONCEITOS SIGNIFICATIVOS
Funções do corpo	1 - Funções mentais	b1263 Estabilidade psíquica	Calmo ou tranquilo
		b1265 Otimismo	<i>Desanimado ou abatido</i>
		b1300 Nível de energia	Vigor/ Com energia/ <i>Esgotado*/ Cansado*</i>
		b1301 Motivação	Vontade
		b152 Funções emocionais	<i>Ansioso*</i>
			<i>Deprimido*</i>
		<i>Nervosa*</i>	
		Feliz	
	b1522 Faixa de emoções	Realizar atividades com cuidado	
	2 - Funções sensoriais e dor	b280 Sensação de dor	Dor no corpo/ Interferência da dor
Atividades e Participação	2 - Tarefas e demandas gerais	d230 Realizar rotina diária	Atividade regular
	4 – Mobilidade	d4101 Agachar-se	Dobrar-se
		d4102 Ajoelhar-se	Ajoelhar-se
		d4105 Inclinar-se	Curvar-se
		d430 Levantar e carregar objetos	<i>Mover uma mesa*/ Levantar e carregar mantimentos</i>
		d4300 Levantar objetos	<i>Levantar objetos pesados*</i>
		d4552 Correr	Correr
		d4500 Andar distâncias curtas	Andar um quarteirão
		d4501 Andar distâncias longas	Andar mais de um quilômetro/ <i>Andar, vários quarteirões*</i>
		d4551 Subir	<i>Vários lances de escada*/ Um lance de escada*</i>
	5 - Cuidado Pessoal	d510 Lavar-se	Tomar banho
		d540 Vestir-se	Vestir-se
	6 - Vida doméstica	d640 Realizar as tarefas domésticas	Trabalho em casa
		d6402 Limpar a habitação	Varrer a casa
		d6403 Utilizar aparelho doméstico	Passar aspirador de pó doméstico

Quadro 8 - Relação entre os conceitos significativos do SF-36 e as categorias da CIF (continuação)

COMPONENTES	CAPÍTULOS	CATEGORIAS	CONCEITOS SIGNIFICATIVOS
Atividades e Participação	7 - Relações e interações interpessoais	d750 Relações sociais informais	Atividades sociais em relação a amigos ou em grupo
		d760 Relações familiares	Atividade sociais em relação à família
	8 - Áreas principais da vida	d850 Trabalho remunerado	Trabalho/ Trabalho normal
	9 - Vida comunitária, social e cívica	d9201 Praticar esportes	Esportes <i>áduos</i> */ jogar <i>bola</i> *
		d9205 Socialização	Atividades sociais como visitar amigos, parentes

Fonte: a autora, 2016.

Nota: *Informação adicional.

Salienta-se que, entre as 27 categorias da CIF, 20 (74%) pertencem ao componente Atividades e Participação.

Nota-se também que nenhum dos conceitos significativos do SF-36 foi relacionado a alguma categoria dos componentes Estruturas do Corpo e Fatores Ambientais da CIF.

Em relação aos outros 11 (22,4%) conceitos significativos do SF-36, os quais não foram relacionados a categorias da CIF, 2 foram classificados como nd (não definível), 3 como nd-sg (não definível saúde geral), 2 com nd-sm (não definível saúde mental), 1 como nd-sf (não definível saúde física) e 3 como nc (não coberto pela CIF), conforme o Quadro 7.

Segundo a regra de ligação, se o conteúdo de um conceito significativo não é explicitamente nomeado na categoria correspondente da CIF, as informações adicionais não explicitamente mencionadas na CIF devem estar documentadas. Portanto, na etapa 2 da metodologia, no RMDQ foram levantadas 5 informações adicionais em 4 categorias da CIF e no SF-36, 12 informações adicionais em 7 categorias da CIF.

5.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS SELECIONADAS A PARTIR DO RMDQ E DO SF-36

A classificação das categorias da CIF, extraídas dos instrumentos, aconteceu a partir das respostas dos participantes no próprio instrumento. No que se refere às categorias do RMDQ, a maioria dos participantes não apresentou nenhuma deficiência nas categorias investigadas do componente Funções do Corpo, conforme exposto no Quadro 9. Todavia, observa-se que na categoria b28013 (Dor nas costas), 62,3% dos participantes apresentaram alguma deficiência. Enquanto na categoria b1302 (Apetite), 100% da amostra não apresentou nenhuma deficiência.

De maneira semelhante, a maioria dos participantes reportou não apresentar dificuldade nas categorias investigadas do componente Atividades e Participação. Entretanto, nota-se que nas categorias d415 (Manter a posição do corpo), d4201 (Transferir-se enquanto deitado) e d640 (Realizar tarefas domésticas), 85,5%, 50,7% e 58%, respectivamente, apresentaram alguma deficiência. Ao mesmo tempo, na categoria d4150 (Permanecer deitado) apenas um participante apresentou dificuldade.

Tratando-se do componente Fatores Ambientais, a maioria dos participantes considerou o ambiente como nem facilitador e nem barreira. Percebeu-se o caráter neutro em 98,6% da amostra no Capítulo 3 – Apoio e relacionamentos, relacionado ao “vestir-se com ajuda de outra pessoa”.

Quadro 9 - RMDQ correlacionado com a CIF (Curitiba, 2016)

RMDQ	CATEGORIA DA CIF	EXTENSÃO DA DIFICULDADE	
		0	8
		FR (%)	FR (%)
	FUNÇÕES DO CORPO		
22	Estabilidade psíquica	47 (68,1)	22 (31,9)
15	Apetite	69 (100)	-
18	Funções do sono	39 (56,5)	30 (43,5)
13	Dor nas costas	26 (37,7)	43 (62,3)
	ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO		
2	Manter a posição do corpo	10 (14,5)	59 (85,5)
6	Deitar-se	37 (53,6)	32 (46,4)
11	Ajoelhar-se	38 (55,1)	31 (44,9)
11	Inclinar-se	38 (55,1)	31 (44,9)
7	Levantar-se (de uma poltrona)	45 (65,2)	24 (34,8)
12	Levantar-se (de uma cadeira)	58 (84,1)	11 (15,9)
24	Permanecer deitado	68 (98,6)	1 (1,4)
10	Permanecer em pé	42 (60,9)	27 (39,1)
14	Transferir-se enquanto deitado	34 (49,3)	35 (50,7)
20	Permanecer sentado	64 (92,8)	5 (7,2)
5	Subir (<i>uso do corrimão</i>)*	49 (71)	10 (29)
23	Subir (<i>mais devagar</i>)*	38 (55,1)	31 (44,9)
3	Andar	41 (59,4)	28 (40,6)
17	Andar distâncias curtas	54 (78,3)	15 (21,7)
9	Vestir-se	47 (68,1)	22 (31,9)
19	Vestir-se (com ajuda de outras pessoas)	68 (98,6)	1 (1,4)
16	Calçar	40 (58)	29 (42)
4	Realizar as tarefas domésticas	54 (78,3)	15 (21,7)
21	Realizar tarefas domésticas (<i>trabalhos pesados de casa</i>)*	29 (42)	40 (58)
	FATORES AMBIENTAIS		
5	Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal internos ou externos (<i>usar o corrimão</i>)*	49 (71)	20 (29)
7	Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal internos ou externos (<i>apoiar-se em alguma coisa</i>)*	45 (65,2)	24 (34,8)
8	Apoio e relacionamentos (Conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim)	58 (84,1)	11 (15,9)
19	Apoio e relacionamentos (Vestir-se com ajuda de outras pessoas)	68 (98,6)	1 (1,4)

Fonte: a autora, 2016.

Nota: resultados descritos por frequência (FR) e percentual (%).

*Informação adicional

De acordo com o Quadro 10, após classificação das categorias da CIF correlacionadas com SF-36, nas categorias do componente Funções do Corpo, mais da metade dos participantes apresentou alguma deficiência. Nas categorias b1263 (Estabilidade psíquica), b1300 (Nível de energia) e b152 (Funções emocionais), foi possível relatar dificuldade completa, havendo destaque para as categorias Nível de energia e Motivação, pois apenas 1,4% da amostra não apresentou dificuldade.

Entretanto, na categoria b1522 (Faixa de emoções), mais da metade dos participantes não apresentou deficiência.

Seguindo essa tendência, a maioria dos participantes apresentou alguma dificuldade nas categorias do componente Atividades e Participação. Houve categorias em que foi possível relatar dificuldade completa, como: d230 (Realizar rotina diária), d750 (Relações sociais informais), d760 (Relações familiares), d850 (Trabalho remunerado) e d9205 (Socialização). Contudo, nas categorias d4500 (Andar distâncias curtas), d4551 (Subir), d510 (Lavar-se) e d540 (Vestir-se), a maioria dos participantes reportou não apresentar dificuldade.

Quadro 10 - SF-36 correlacionado com a CIF (Curitiba, 2016)

SF-36	CATEGORIA DA CIF	EXTENSÃO DA DIFICULDADE						
		0	1	2	3	4	8	9
		FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)	FR (%)
	FUNÇÕES DO CORPO							
9d	Estabilidade psíquica	5 (7,2)	20 (29)	32 (46,4)	11 (15,9)	1 (1,4)	-	-
9f	Otimismo	10 (14,5)	27 (39,1)	28 (40,6)	4 (5,8)	-	-	-
9a	Nível de energia (vigor)	1 (1,4)	16 (23,2)	38 (55,1)	14 (20,3)	-	-	-
9e	Nível de energia (com energia)	1 (1,4)	10 (14,5)	38 (55,1)	18 (26,1)	2 (2,9)	-	-
9g	Nível de energia (esgotado)*	11 (15,9)	24 (34,8)	26 (37,7)	6 (8,7)	2 (2,9)	-	-
9i	Nível de energia (cansado)*	1 (1,4)	15 (21,7)	32 (46,4)	18 (26,1)	3 (4,3)	-	-
9a	Motivação	1 (1,4)	16 (23,2)	38 (55,1)	14 (20,3)	-	-	-
5	Funções emocionais (ansioso)*	23 (33,3)	-	-	-	-	46 (66,7)	-
9b	Funções emocionais (nervosa)*	7 (10,1)	21 (30,4)	32 (46,4)	8 (11,6)	1 (1,4)	-	-
9c	Funções emocionais (deprimido)*	30 (43,5)	17 (24,6)	22 (31,9)	-	-	-	-
9h	Funções emocionais (feliz)	6 (8,7)	26 (37,7)	32 (46,4)	4 (5,8)	1 (1,4)	-	-
5c	Faixa de emoções	40 (58)	-	-	-	-	29 (42)	-
7	Sensação de dor	11 (15,9)	40 (58)	18 (26,1)	-	-	-	-
8	Sensação de dor (Interferência da dor)	9 (13)	17 (24,6)	29 (42)	14 (20,3)	-	-	-
	ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO							
4	Realizar rotina diária	13 (18,8)	19 (27,5)	7 (10,1)	13 (18,8)	17 (24,6)	-	-
5	Realizar rotina diária	23 (33,3)	-	-	-	-	46 (66,7)	-
3f	Agachar-se	18 (26,1)	41 (59,4)	-	10 (14,5)	-	-	-
3f	Ajoelhar-se	18 (26,1)	41 (59,4)	-	10 (14,5)	-	-	-
3f	Inclinar-se	18 (26,1)	41 (59,4)	-	10 (14,5)	-	-	-
3b	Levantar e carregar objetos (mover uma mesa)*	20 (29)	40 (58)	-	9 (13)	-	-	-
3c	Levantar e carregar objetos	27 (39,1)	36 (52,2)	-	5 (7,2)	-	1 (1,4)	-
3a	Levantar objetos	3 (4,3)	33 (47,8)	-	33 (47,8)	-	-	-
3a	Correr	3 (4,3)	33 (47,8)	-	33 (47,8)	-	-	-
3i	Andar distâncias curtas	58 (84,1)	9 (13)	-	2 (2,9)	-	-	-
3g	Andar distâncias longas	30 (43,5)	33 (47,8)	-	6 (8,7)	-	-	-
3h	Andar distâncias longas (vários quarteirões)*	27 (39,1)	35 (50,7)	-	7 (10,1)	-	-	-
3d	Subir (vários lances de escada)*	20 (29)	42 (60,9)	-	7 (10,1)	-	-	-
3e	Subir (um lance de escada)*	61 (88,4)	6 (8,7)	-	1 (1,4)	-	1 (1,4)	-
3j	Lavar-se	56 (81,2)	13 (18,8)	-	-	-	-	-
3j	Vestir-se	56 (81,2)	13 (18,8)	-	-	-	-	-
	ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO							
8	Realizar as tarefas domésticas	9 (13)	17 (24,6)	29 (42)	14 (20,3)	-	-	-
3b	Limpar a habitação	20 (29)	40 (58)	-	9 (13)	-	-	-
3b	Utilizar aparelho doméstico	20 (29)	40 (58)	-	9 (13)	-	-	-
6	Relações sociais informais	20 (29)	18 (26,1)	22 (31,9)	8 (11,6)	1 (1,4)	-	-
6	Relações familiares	20 (29)	18 (26,1)	22 (31,9)	8 (11,6)	1 (1,4)	-	-
4	Trabalho remunerado	13 (18,8)	19 (27,5)	7 (10,1)	13 (18,8)	17 (24,6)	-	-
5	Trabalho remunerado	23 (33,3)	-	-	-	-	46 (66,7)	-
8	Trabalho remunerado (normal)	9 (13)	17 (24,6)	29 (42)	14 (20,3)	-	-	-
3a	Praticar esportes (árduos)*	3 (4,3)	33 (47,8)	-	33 (47,8)	-	-	-
3b	Praticar esportes (jogar bola)*	20 (29)	40 (58)	-	9 (13)	-	-	-
10	Socialização	15 (21,7)	23 (33,3)	21 (30,4)	7 (10,1)	3 (4,3)	-	-

Fonte: a autora, 2016.

Nota: resultados descritos por frequência (percentual).

*Informação adicional

Observa-se que apenas nas categorias Levantar e carregar objetos (d430) e Subir (d4551) somente uma pessoa não assinalou nenhuma das opções no instrumento para a relação com a CIF, o que levou à classificação com o qualificador 9 (não aplicável). Optou-se por utilizar seus dados, visto o SF-36 permitir gerar seu escore final e a CIF possibilitar a utilização desse qualificador.

6 DISCUSSÃO

A lombalgia é uma condição clínica de origem multifatorial, portanto, a forma mais adequada de acessar informações para a tomada de decisões é por meio da abordagem biopsicossocial, proposta pela CIF (IMAMURA; KAZIYAMA; IMAMURA, 2001; RIBEIRO et al., 2008; MOSER et al., 2012; NOLL et al., 2014; RIBERTO et al., 2011).

É importante mencionar que a CIF é um instrumento que classifica a saúde e os estados relacionados a ela, isto é, ela é um instrumento de classificação e não de avaliação. Logo, é necessário utilizar meios que avaliem a funcionalidade e a incapacidade associadas à saúde, para então classificá-las.

A partir dos instrumentos de avaliação normalmente utilizados, classificar a saúde e os estados relacionados a ela pode se configurar como uma tarefa árdua (CAMPOS et al., 2012). A aplicação de regras de ligação que relacionem as medidas dessas ferramentas à CIF às vezes apresenta limitações (CIEZA et al., 2005), pois, o instrumento pode não possibilitar abordar as variáveis de interesse de maneira direta e completa, além de não conseguir muitas vezes relacionar os qualificadores de uma escala e outra.

Contudo, é importante que estudos apliquem as regras de ligação propostas na literatura para a padronização da linguagem, para comparar o conteúdo dos instrumentos de avaliação e o conteúdo da CIF, e assim fornecer subsídios científicos para profissionais e pesquisadores selecionarem os meios mais adequados às suas práticas e pesquisas (CIEZA et al., 2005; GEYH et al., 2007; ARAUJO, 2010).

Os resultados deste estudo indicaram idade média de 41,78 anos ($\pm 17,09$), prevalência de mulheres (65,2%), indivíduos com alta escolaridade (56,5%) e com renda familiar de 5 salários mínimos ou mais (46,4%). Essas informações revelam um perfil sociodemográfico semelhante àqueles encontrados em estudos realizados com pacientes lombálgicos participantes de uma Escola da Coluna (HORNG et al., 2005; TSUKIMOTO et al., 2006; RIBEIRO et al., 2008; MOSER et al., 2012).

Em relação ao IMC, a amostra apresenta sobrepeso ($25,95 \pm 4,55 \text{ Kg/m}^2$). Essa variável tem sido relacionada à lombalgia devido à soma de fatores estruturais, metabólicos e comportamentais, como a baixa prática de atividade física (MENDONÇA; ANJOS, 2004; SMUCK et al., 2014).

Observa-se que pouco mais da metade dos participantes não realiza atividade física, e os principais motivos para a não realização foram justificados por falta de tempo, dor e falta de ânimo. Porém, 69,6% relatam realizar alguma atividade de lazer. É possível que os participantes compensem a pouca atividade física com alguma atividade de lazer, considerando que o lazer pode exigir menos esforço que o exercício.

Em relação ao diagnóstico clínico, 63,8% dos participantes apresentam lombalgia mecânico degenerativa avaliada por médicos e confirmada por exames clínicos. Os outros participantes apresentam lombalgia mecânico degenerativa, confirmada por testes funcionais realizados na avaliação inicial do programa (teste de Schober, Distância dedo chão, sinal de Laségue, Manobra de Valsava, testes de comprimento e força muscular) e pela história da doença pregressa e atual.

Conforme Imamura, Kaziyama e Imamura (2001), a história e o exame físico são a base para o diagnóstico de dor lombar. A investigação diagnóstica com exames laboratoriais, eletrofisiológicos e de imagens deve ser realizada em função do exame clínico e do histórico (IMAMURA; KAZIYAMA; IMAMURA, 2001). Contudo, destaca-se que somente 20 a 30% dos indivíduos com dor lombar entre 20 a 50 anos realizam exames clínicos (IMAMURA; KAZIYAMA; IMAMURA, 2001).

Diante da falta de diagnósticos mais precisos, da necessidade de se controlar a dor e educar quanto ao seu manejo e das características dos sujeitos de pesquisa, é possível considerar que as intervenções educativas com o enfoque no entendimento da sua condição de saúde e no autocuidado podem reduzir e prevenir recidivas da dor lombar, como preconizam Tobo et al. (2010).

Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde responsáveis por essas intervenções se utilizem de ferramentas, com a maior abrangência possível, que contemplem não apenas os aspectos clínicos, mas também os fatores condicionantes das manifestações dolorosas e suas repercussões na vida das pessoas.

A média da intensidade da dor avaliada pela EVA de 5,10 (\pm 2,19), valor considerado moderado, concorda com a de outros estudos com lombálgicos crônicos (TSUKIMOTO, 2006; RIBEIRO et al., 2008; SOUSA; MESQUITA; SOUSA, 2010; NOGUEIRA; NAVEGA, 2011). Estudos demonstram que a cronicidade da dor produz ajustamentos no cotidiano da pessoa, sugerindo um comportamento de aceitação ou adaptação à nova realidade (PHILIPS e GRANT, 1991; BROX et al.,

2008; RIBEIRO et al., 2008). É possível que os resultados do presente estudo reflitam a adaptação dos participantes à dor, o que muitas vezes faz com que eles sigam em seu cotidiano reproduzindo comportamentos que a perpetuem, mesmo que de maneira suportável.

No RMDQ, dividindo a escala de 24 perguntas em 3 partes de modo arbitrário, os participantes foram classificados como moderados caso a pontuação ficasse entre 9 e 16 pontos, portanto, a média da capacidade funcional dos participantes da pesquisa está comprometida de forma leve (7,8 pontos). De acordo com Riberto et al. (2011), a capacidade funcional de lombálgicos sempre está comprometida, pois a dor é um fator limitante.

Nesta pesquisa, apurou-se comprometimento da qualidade de vida dos participantes, avaliada pelo SF-36, nos domínios limitação por aspectos físicos e dor.

Tais resultados corroboram com achados de outros estudos que avaliaram a efetividade de uma Escola da Coluna utilizando o mesmo instrumento de qualidade de vida. Na avaliação inicial desses estudos, os domínios do SF-36 que se destacam por apresentar alteração são os mesmos domínios do presente estudo (TSUKIMOTO, 2006; RIBEIRO et al., 2008; ANDRADE; ARAUJO; VILAR, 2008).

De todos os domínios pertinentes à qualidade de vida, com o domínio da dor esperava-se maior comprometimento, visto ser a dor crônica lombar o motivo que leva à procura do tratamento, além de ser a mais influente sobre os demais domínios. Segundo Horng et al. (2005), a dor lombar é raramente fatal, mas afeta profundamente o indivíduo como um todo, de modo que a qualidade de vida dos pacientes com lombalgia é significativamente menor em comparação à de pessoas saudáveis nos domínios físico e psicológico.

6.1 LIGAÇÃO DOS CONCEITOS SIGNIFICATIVOS IDENTIFICADOS NO RMDQ E NO SF-36 COM A CIF

Na aplicação das regras de ligação nos instrumentos, o conteúdo do RMDQ pôde ser relacionado com a CIF, visto que 28 dos 29 conceitos significativos foram correlacionados a 21 categorias da CIF. Assim sendo, além de avaliar a capacidade funcional, o RMDQ pode favorecer o conhecimento da funcionalidade e da

incapacidade do paciente e, com isso, auxiliar o planejamento de ações interventivas.

Em outro estudo, foram comparadas três medidas de avaliação da capacidade funcional específica para lombálgicos a partir da ligação com a CIF, incluindo o RMDQ (SIGL et al., 2006). Os autores concluíram que a maioria das categorias dos instrumentos específicos relaciona-se com o componente Atividades e Participação. Apenas no RMDQ foram ligadas 13 categorias da CIF ao instrumento, já no presente estudo foram 15. No entanto, vale esclarecer, Sigl et al. (2006) utilizaram as regras de ligação de Cieza et al. (2002), enquanto o presente estudo fez uso das regras atualizadas (CIEZA et al., 2005).

Considerando que entre as 21 categorias da CIF, 12 pertencem ao Capítulo 4 - Mobilidade do componente Atividades e Participação, é possível deduzir a importância dessa dimensão da funcionalidade para o tratamento de pacientes que apresentam lombalgia crônica.

No estudo de Sigl et al. (2006), também foi observado que a maioria dos conceitos significativos de instrumentos específicos para lombálgicos se ligaram ao capítulo Mobilidade. Ademais, examinando dados de outros estudos de lombálgicos crônicos participantes de uma Escola da Coluna, pesquisadores verificaram que as atividades de vida diária, atividades que exigem mobilidade, são consideradas como principal limitação de lombálgicos crônicos (HEYMANS et al., 2006; TSUKIMOTO, 2006; ANDRADE; ARAUJO; VILAR, 2008).

Esses achados reforçam a importância de se considerar a mobilidade, conforme proposta pela CIF, para a terapêutica da dor lombar crônica.

Uma observação importante feita no estudo de Sigl et al. (2006), foi que apenas o RMDQ mensura as consequências psicológicas da dor lombar, quando relaciona o conceito de ficar irritado/ mal-humorado com a categoria b1263 (Estabilidade psíquica), bem como a saúde geral na categoria b1302 (Apetite). Contudo, para Horng et al. (2005), ainda é um questionário que aborda poucas questões psicológicas.

Tanto no presente estudo quanto no de Sigl et al. (2006), nenhum dos conceitos significativos da RMDQ foi relacionado a alguma categoria do componente Estruturas do Corpo da CIF, o que enfatiza a importância da utilização conjunta de exames clínicos que informem a condição dessas estruturas (IMAMURA; KAZIYAMA; IMAMURA, 2001; BRAZIL et al., 2004) ao se utilizar questionários

específicos de avaliação. Dentro da visão interdependente preconizada pela CIF, os itens desse componente são tão importantes quanto os dos outros para se traçar objetivos de tratamento.

Vale mencionar que, apesar de a avaliação clínica e a reabilitação da coluna serem historicamente domínio do médico e do fisioterapeuta, a atuação de uma equipe multiprofissional é fundamental no tratamento, visto que competências e habilidades dos demais profissionais podem vir a ser necessárias (BROX et al., 2008; TOBO et al., 2010; RIBERTO et al., 2011; NOLL et al., 2014).

Quanto aos Fatores Ambientais, as mesmas categorias do estudo de Sigl et al. (2006) foram selecionadas. Dois conceitos significativos foram relacionados à categoria e1201 (Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal internos ou externos) e outros dois ao Capítulo 3 – Apoio e relacionamentos. É válido elucidar que o presente estudo não se embasou nos resultados de Sigl et al. (2006) antes ou durante a realização a ligação do RMDQ com a CIF. No entanto, a metodologia utilizada para realizar a associação entre os conceitos identificados no instrumento e as categorias foi a mesma, apesar da atualização das regras.

Conforme apresentado na seção anterior, o conceito significativo “ficar em casa” do RMDQ não foi relacionado a categorias da CIF. A ele atribuiu-se nc (não coberto pela CIF), mais uma vez corroborando com os achados de Sigl et al. (2006).

Tschiener et al. (2009), após realizarem avaliação qualitativa baseada na linguagem da CIF para avaliação de pacientes com câncer de cabeça e pescoço, observaram que os pacientes raramente se referiam a problemas em relação às estruturas corporais. No entanto, tanto Funções do Corpo como Atividades e Participação e Fatores Ambientais tiveram igual importância. Os autores apontam que a CIF confirma que a perspectiva e a compreensão biopsicossocial podem contribuir para a eficácia dos processos de reabilitação desses grupos de pacientes.

Ponderando os aspectos expostos, apesar de esse estudo envolver outro contexto, acredita-se que o RMDQ, questionário específico para avaliar a capacidade funcional de lombálgicos, compreendeu a abordagem proposta pela OMS.

De forma similar, a ligação do SF-36 com a CIF também pode ser feita. Dos 49 conceitos significativos identificados no instrumento, 38 foram relacionados a 27 categorias da CIF. Esse resultado corrobora com o estudo de Cieza e Stucki (2005),

Geyh et al. (2007) e com Schepers et al. (2007) que compararam o conteúdo de instrumentos de avaliação com a CIF, e em todos o SF-36 pode ser ligado à CIF.

No presente estudo, houve destaque para o Capítulo 1 – Funções mentais do componente Funções do corpo e para o Capítulo 4 – Mobilidade de Atividades e Participação. Entretanto, nesse instrumento ocorreu maior distribuição de categorias por capítulos quando comparada ao RMDQ, fato que pode ser justificado pela abrangência do SF-36, ferramenta que avalia qualidade de vida de qualquer condição de saúde.

Cieza e Stucki (2005), ao correlacionarem seis instrumentos que avaliam a qualidade de vida com CIF, incluindo o SF-36, pontuam que a categoria Funções emocionais, contida no capítulo 1, é contemplada em todos os instrumentos que avaliam qualidade de vida, e que a categoria Nível de energia (b1300), no SF-36, incluiu aspectos positivos e negativos, para itens como energia e cansaço, conforme evidenciado no presente estudo.

O componente de Atividades e Participação evidencia aspectos da vida diária, profissional, relacionamentos e envolvimento em situações que são bastante relevantes para a abordagem terapêutica (RIBERTO et al., 2011).

No que se refere aos componentes Estruturas do Corpo e Fatores Ambientais, nenhum dos conceitos significativos do SF-36 foi relacionado a alguma categoria da CIF, indo ao encontro com resultados de outros estudos que também fizeram a ligação desse instrumento com a CIF (CIEZA e STUCKI, 2005; GEYH et al., 2007; SCHEPERS et al., 2007).

Grill et al. (2006), na comparação feita com o Índice de Barthel (IB) e CIF, também observaram a ausência de correlação com os componentes Estrutura do Corpo e Fatores Ambientais. O mesmo resultado foi obtido no estudo de Campos et al. (2012), que compararam os instrumentos: Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), Miniexame do Estado Mental (MEEM) e o Índice de Barthel, para avaliar sono, cognição e função de pacientes pós acidente vascular encefálico (AVE), e em todos os instrumentos não houve correlação com esses componentes da CIF.

Acredita-se que tanto as Funções do Corpo quanto os Fatores Ambientais são de fundamental importância no processo de coleta de dados sobre a incapacidade e sua ausência empobrece a análise dos quadros de lombalgia.

Como dito anteriormente, no que concerne aos Fatores Ambientais, pessoas com a mesma condição de saúde podem apresentar diferentes níveis de funcionalidade e incapacidade, ao passo que pessoas com diferentes condições de saúde podem experimentar o mesmo grau de funcionalidade e incapacidade.

A OMS conceitua que esses fenômenos, além de multifatoriais, são influenciados pela condição de saúde, pelos recursos (econômicos e habilidade pessoais) e também pelo ambiente em que a pessoa está inserida (CASTANEDA; CASTRO; BAHIA, 2014), portanto, futuras avaliações de qualidade de vida de pacientes com dor lombar crônica poderiam incluir em seus instrumentos de coleta essa temática de modo mais consistente.

Na presente pesquisa, houve muitos conceitos significativos do SF-36 que não foram relacionados a categorias da CIF, necessitando das abreviações propostas pelas regras de ligação. Como exemplo, para os conceitos “saúde geral” e “saúde física” foi atribuído nd-sg (não definível - saúde geral) e nd-sf (não definível – saúde física), respectivamente. É possível supor que isso acontece por tratar-se de um instrumento genérico e abrangente, como já mencionado.

De acordo com Cieza e Stucki (2005), as abreviações não denotam que algo esteja faltando na CIF, mas que esses tipos de conceitos se referem a todas as categorias constantes da classificação e nenhum concretamente. Esses autores também atribuíram as abreviaturas para muitos conceitos extraídos de instrumentos que avaliam a qualidade de vida (CIEZA e STUCKI, 2005).

Quanto à documentação das informações adicionais, extraídas dos conceitos significativos que não estavam explicitamente nomeados na categoria correspondente da CIF, acredita-se que versões futuras da classificação possam especificar melhor as categorias, incluindo algumas das informações adicionais e/ou desenvolvendo novas categorias, o que poderá ser feito por meio de estudos metodológicos ou conceituais.

A limitação da ligação dos instrumentos com a CIF se dá pelo fato de as categorias da CIF apresentarem descrições muito abrangentes, incluindo múltiplos aspectos daquilo a que se referem (CIEZA e STUCKI, 2005). Esforços internacionais vêm sendo aplicados no sentido de associar instrumentos validados às categorias da CIF, para garantir a reprodutibilidade dos achados (PAUL et al., 2008).

6.2 CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS SELECIONADAS A PARTIR DO RMDQ E DO SF-36

Em relação à classificação da capacidade funcional, os resultados deste estudo indicaram que a maioria dos sujeitos da pesquisa não apresentou deficiência em Funções do Corpo e nem dificuldade em Atividades e Participação, bem como não considerou o ambiente em que vive como facilitador ou como barreira. Esses achados permitem inferir que, em geral, esses indivíduos apresentam bom estado de funcionalidade.

Para Sigl et al. (2006), o RMDQ parece mais adequado para avaliar pacientes com maiores níveis de deficiência, pois se refere a conceitos como “Vida doméstica” e “Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal internos ou externos” (incluindo andadores). O instrumento abrange também aspectos funcionais de independência, incluindo andar distâncias curtas, que são relevantes para doentes com deficiência mais grave.

De maneira diferente Fairbank e Pynsent (2000) apontam que o ODI é o instrumento mais adequado para mensurar as repercussões das lombalgias graves, enquanto que o RMDQ é mais bem quantificado se aplicado em pacientes menos graves.

Na categoria b28013 (Dor nas costas), mais da metade dos participantes apresentou alguma deficiência. Esses dados sugerem a necessidade de atentar às questões relacionadas à dor, principal motivo que leva o indivíduo à procura de um tratamento, e por saber que a dor crônica tem efeito na saúde geral, psicológica e social (TSUKIMOTO, 2006; MOSER et al., 2012).

Riberto et al. (2011), validando o *core set* abrangente da CIF para lombalgia em 29 pacientes de um centro de reabilitação, observaram que a categoria b280 (Sensação de dor) apresentou-se bastante relevante no contexto dessa população.

Na categoria b1302 (Apetite) todos os participantes do estudo não apresentaram nenhuma deficiência, revelando a preservação dessa função nesses indivíduos.

Entretanto, de acordo com Kreling, Monteiro da Cruz e Pimenta (2006), há alterações do padrão do apetite em indivíduos com dor crônica, e questões psicológicas estão relacionadas a esse item, como, por exemplo, ansiedade e/ou depressão (SIGL et al., 2006). Portanto, é comum haver alteração dessa função em

pacientes lombálgicos crônicos (CESAR; BRITO; BATTISTELLA, 2004). Porém, Ribeiro et al. (2008), ao avaliar a ansiedade de lombálgicos crônicos, concluem que há baixo comprometimento do item na amostra de 60 indivíduos.

Nas categorias d410 (Manter posição do corpo), d640 (Realizar tarefas domésticas) e d4201 (Transferir-se enquanto deitado), mais da metade ou metade dos participantes apresentou alguma deficiência, corroborando com os resultados de Riberto et al. (2011), em relação, principalmente, à categoria Realizar tarefas domésticas, a qual recebeu destaque pela maior frequência de dificuldade.

Conforme Martarello e Benatti (2009), a dificuldade ao realizar tarefas domésticas em mulheres com dores crônicas é esperada, pois existem aspectos culturais atribuídos ao serviço de limpeza em nosso país. Com a combinação de fatores biopsicossociais, a mulher acumula múltiplos papéis na relação trabalho-família, há aumento da sobrecarga de trabalho, gerando desgaste físico e mental (MARTARELLO e BENATTI, 2009).

Diante disso e das características dos sujeitos de pesquisa, na qual prevalecem mulheres e sujeitos assalariados ou autônomos, é possível considerar que a sobrecarga do dia a dia potencialize as dores, gerando dificuldade em realizar atividades domésticas.

A dificuldade em manter a posição do corpo, segundo Carvalho e Assini (2008), poder estar relacionada com a dor lombar crônica e com a instabilidade do segmento lombar.

As desordens musculoesqueléticas dificultam a reação contra perturbações externas, como resistir às forças de tração, torção e cisalhamento, contribuindo para o agravamento da dor e/ou lesão (CARVALHO e ASSIMI, 2008).

Sujeitos inativos costumam apresentar transtornos como a instabilidade lombar (TOSCANO; EGYPTO, 2001). Segundo os autores, músculos fracos atingem a condição isquêmica e de fadiga mais facilmente que músculos fortes, o que aumenta as probabilidades de lesões e dificulta a manutenção da postura.

Em relação à dificuldade em transferir-se enquanto deitado, os mesmos mecanismo de instabilidade segmentar podem estar associados, visto que há relação entre o movimento intersegmentar anormal e a dor (PANJABI, 2003). Ainda pelo fato de o movimento de virar-se na cama exigir da coluna lombar movimentos tridimensionais e combinados, as lesões teciduais podem ser produzidas

provavelmente por deficiências orgânicas associadas a movimento com mais de uma direção.

Já na categoria d4150 (Permanecer deitado), não houve dificuldade na expressiva maioria da amostra, indo ao encontro com o fato de a lombalgia de etiologia mecânica ser decorrente de esforços físicos e aliviada com o repouso (IMAMURA; KAZIYAMA; IMAMURA, 2001).

Os resultados também sugerem que há algum impacto das habilidades sociais no cotidiano desses indivíduos. A dificuldade nos aspectos sociais (relação familiar, vizinhos, amigos, etc.) está associada à saúde física, a problemas emocionais, e vice e versa (CESAR; BRITO; BATTISTELLA, 2004). Esses problemas costumam se relacionar com um perfil psicológico que é mais subjetivo, complexo e, muitas vezes, de difícil mensuração, em relação à saúde física (CESAR; BRITO; BATTISTELLA, 2004).

Apesar do RMDQ não abordar de maneira precisa questões psicológicas (HORNG et al., 2005), e sabendo da multifatorialidade da lombalgia, orienta-se utilizar outros instrumentos que captem essas informações, como o uso conjunto do SF-36 ou de outras ferramentas de avaliação nesse contexto.

Tratando-se do componente Fatores Ambientais, a maioria dos participantes não considerou o ambiente facilitador ou como barreira, evidenciado principalmente no Capítulo 3 – Apoio e relacionamentos, relacionado ao “vestir-se com ajuda de outra pessoa”, pois não foi necessário esse facilitador para 98,6% da amostra. Talvez isso possa ser justificado pelo fato de os participantes apresentarem quadros mais leves por estarem na fase crônica da doença. Soma-se a isso a necessidade de os participantes se deslocarem até o local de atendimento, o que denota que eles não apresentem tanta limitação nas atividades consideradas básicas.

Já a classificação da qualidade de vida a partir da CIF apontou que mais da metade dos participantes da Escola da Coluna apresentou alguma deficiência no componente Funções do Corpo e em Atividades e Participação. Esses dados sugerem que os participantes mostram mais dificuldades nos quesitos abordados a partir da perspectiva desse instrumento.

Nas categorias b1263 (Estabilidade psíquica), b1300 (Nível de energia) e b152 (Funções emocionais), foi possível relatar dificuldade completa. De maneira diferente, nos achados de Riberto et al. (2011), para essas categorias, mais da metade da amostra não reportou dificuldade. Entretanto, na categoria b1522 (Faixa

de emoções), mais da metade dos participantes não apresentou deficiência, corroborando com dados do presente estudo. Ressalta-se que o estudo de Riberto et al. (2011) foi realizado em um contexto ambulatorial, diferente do presente estudo.

A categoria Funções de energia foi ligada ao domínio vitalidade do SF-36. Nesse domínio são abordadas perguntas relacionadas à sensação de vigor, vontade, energia, desânimo, fadiga, entre outros, pertinentes a questões psicológicas (WARE, 2000). Deve-se atentar que geralmente aspectos psicológicos compreendem um lado subjetivo e lento de abordagem (CESAR; BRITO; BATTISTELLA, 2004).

Geyh et al. (2007), por sua vez, ao analisarem 13 instrumentos de avaliação de qualidade de vida genérico ou específico para o AVE, concluem que a categoria mais frequente é a b152 (Funções emocionais), contida em 53 itens de 10 desses instrumentos. Em sua análise, há destaque para os instrumentos com menor diversidade de conteúdo, como o SF-36, por apresentarem assuntos mais relevantes ao entendimento de uma condição de saúde. Portanto, a qualidade de vida está bastante relacionada a questões mentais, indiferente à patologia.

Diante desse cenário, é possível considerar que ações de educação em saúde relacionadas a questões psicológicas incrementariam a qualidade de vida dos participantes da Escola da Coluna estudada. Assim, cabe o redimensionamento das atividades atualmente realizadas, adequando-as às necessidades observadas, como, por exemplo, a contribuição de um profissional de psicologia, pois atualmente o programa conta apenas com fisioterapeutas.

Nas categorias d230 (Realizar rotina diária), d750 (Relações sociais informais), d760 (Relações familiares), d850 (Trabalho remunerado) e d9205 (Socialização), foi possível observar dificuldade completa. De maneira diferente, os dados de Riberto et al. (2011), em uma amostra de 29 lombálgicos crônicos, apontam que as categorias d760 (Relações Familiares) e d850 (Trabalho remunerado) não foram um problema para 95,5% e 66,7% da amostra, respectivamente.

Entretanto, os resultados extraídos no estudo sugerem grande importância desses itens para lombálgicos crônicos, corroborando com Tsukimoto (2006). A influência da dor nos aspectos sociais interfere no relacionamento com a família, colegas de trabalho e atividades sociais, pois mostra que os indivíduos deixam de realizá-las em função da dor (TSUKIMOTO, 2006).

Outros fatores podem estar diretamente associados à qualidade de vida e identificados como perpetuadores da dor lombar, tais como descontentamento no trabalho, baixos salários e preocupações gerais (DEYO et al., 1998; RIBEIRO et al., 2008).

Em uma revisão de 13 estudos realizados em Amsterdam que analisaram a interferência dos fatores psicossociais na vida privada e profissional de indivíduos com lombalgia, os autores conseguiram verificar a relação entre a baixa satisfação com o trabalho, deficiente ajuste psicossocial e a piora da lombalgia (HOOGENDOOM et al., 2000).

Ainda, conforme hipóteses de Tsukimoto (2006), após avaliar a efetividade de uma Escola da Coluna utilizando o SF-36 em 110 lombálgicos crônicos, os menores ganhos nos domínios fatores emocionais e convívio social relacionam-se a uma abordagem ainda insuficiente nesses aspectos pela intervenção realizada em seu estudo (TSUKIMOTO, 2006).

Assim sendo, acredita-se que informações sobre formas de enfrentamento das deficiências e incapacidade são muito relevantes no planejamento terapêutico multidisciplinar, visto que comportamentos mal adaptados podem ser responsáveis pela ampliação das restrições à participação social decorrentes de afecções crônicas (RIBERTO et al., 2011). Complementarmente, Grill et al. (2006) enfatizam que a rede social pessoal e o apoio da família são de grande importância no tratamento de qualquer doença.

Nas categorias d4500 (Andar distâncias curtas), d4551 (Subir), d510 (Lavar-se) e d540 (Vestir-se), a maioria dos participantes reportou não apresentar dificuldade. Esses dados sugerem que a funcionalidade dos participantes nesses aspectos está pouco comprometida, fato confirmado pela média do escore da amostra no RMDQ.

Conforme conclusões de Ribeiro et al.(2008), que realizou um estudo controlado e randomizado para avaliar a eficácia de um Programa da Escola da Coluna em 60 lombálgicos crônicos, há lacunas na abordagem proposta nesses programas em decorrência dos múltiplos fatores que envolvem essa condição de saúde. A maioria dos estudos, e o autor em questão, basearam-se no formato do programa Escola da Coluna original, desenvolvido na Suíça, mas com algumas adaptações (NOLL et al, 2014). Ao desenvolver o primeiro programa da Escola da Coluna, Forssell (1981) fundamentou-se na teoria de que a dor lombar é

desencadeada por estresse mecânico. Assim, o conteúdo das sessões foi focado principalmente em medidas compensatórias para esse estresse por meio da orientação postural, não abordando características mais psicológicas (NOLL et al., 2014).

Para Heymans et al. (2006), programas que investem em uma melhor avaliação das condições físicas, das características pessoais, das motivações e do estilo de vida de cada paciente têm uma repercussão mais favorável quando comparados a abordagens mais fechadas, como a abordagem de Ribeiro et al. (2008).

Nessa linha de raciocínio, a CIF de forma multidimensional pode suprir essa lacuna, pontuando o estado de funcionalidade dos sujeitos que antes era expresso por um escore final.

Diante do exposto, reforça-se a necessidade da adoção de um modelo uniformizado de expressão de resultados, ampliando o conhecimento e considerando um perfil funcional único para cada indivíduo, a fim de obter maiores artifícios para a construção de um programa de tratamento (CIEZA et al., 2005).

Por fim, visto que é possível conhecer o estado de funcionalidade relacionando instrumentos da prática clínica com a CIF, acredita-se que a devida apropriação dos resultados do presente estudo na intervenção da Escola da Coluna pode ser uma importante ferramenta de manutenção e aprimoramento da funcionalidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos participantes com dor lombar crônica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, observou-se, a partir da classificação da CIF, prevalência de indivíduos com pouca deficiência em Funções do Corpo e em Atividades e Participação, havendo, porém, destaque de dificuldade apenas para a dor nas costas e para manter a posição do corpo, transferir-se enquanto deitado e realizar tarefas domésticas. A maioria não considerou o ambiente em que vive como facilitador ou como barreira quando as categorias referentes ao RMDQ foram classificadas.

Já nas categorias correlacionadas a partir do SF-36, a classificação apontou que metade dos participantes apresentou alguma deficiência no componente Funções do Corpo, destacando-se funções mentais, funções relacionadas à energia e a questões emocionais e em Atividades e Participação. Também houve destaque para dificuldade em realizar a rotina diária, para as relações sociais informais, relações familiares, trabalho remunerado e socialização.

Para melhor compreensão, foi elaborado o quadro abaixo com um resumo das principais características do perfil de funcionalidade da amostra pesquisada.

Quadro 11 - Quadro conclusivo sobre o estado de funcionalidade da amostra segundo a CIF.

Componentes CIF	RMDQ	SF-36
Funções do Corpo	Pouca dificuldade. Destaque para dor nas costas somente.	Muita dificuldade em todas as categorias, havendo destaque em funções mentais, funções de energia e emocionais.
Estrutura do Corpo	Ausência desse componente no instrumento. Deve-se utilizar outra ferramenta associada para coletar essas informações.	Ausência desse componente no instrumento. Deve-se utilizar outra ferramenta associada para coletar essas informações.
Atividades e Participação	Destaque de dificuldade para manter a posição do corpo, transferir-se enquanto deitado e realizar tarefas domésticas.	Muita dificuldade na maioria das categorias, havendo destaque para realizar rotina diária, para as relações sociais informais, relações familiares, no trabalho remunerado e para socialização.
Fatores Ambientais	A maioria não considerou o ambiente em que vive como facilitador ou como barreira	Ausência desse componente no instrumento. Deve-se utilizar outra ferramenta associada para coletar essas informações.

Fonte: a autora, 2016.

A análise do perfil dos participantes da Escola da Coluna a partir da CIF pode contribuir com o aprimoramento da abordagem realizada pelo programa. Ao fazer a ligação das medidas do estado de saúde presentes nos instrumentos com a CIF, foi possível verificar a relação entre o conteúdo do instrumento com a classificação, auxiliando na escolha do instrumento mais adequado para determinada ação.

Outra importante possibilidade que se abre é a de esclarecer mais especificamente em quais domínios esses participantes da Escola da Coluna precisam de atenção, não com base apenas no escore final gerado pelo instrumento, mas sim pontualmente, ou seja, com mais detalhamento, facilitando a abordagem terapêutica.

Portanto, a CIF é uma ferramenta com aplicabilidade nos instrumentos de avaliação da Escola da Coluna. A ligação da classificação com os instrumentos da prática clínica mostrou-se capaz de acessar a saúde e os estados de saúde relacionados a ela.

Conhecer o estado de funcionalidade dos participantes de uma Escola da Coluna utilizando a CIF, com sua classificação após o processo de ligação, foi uma ensaio pioneiro no município de Curitiba e no estado do Paraná, o que pode ajudar a adquirir mais experiência no manuseio da CIF e assim esclarecer seus conceitos, de acordo com a linguagem unificada proposta pela OMS.

Espera-se que esse ensaio possa ser replicado em contextos semelhantes, ampliando o conhecimento da funcionalidade e da incapacidade de lombálgicos crônicos participantes de uma Escola da Coluna, além de auxiliar em uma futura revisão da classificação.

As principais limitações desta pesquisa foram:

- A correlação entre a escala dos instrumentos com os qualificadores da CIF, visto que não foi encontrada literatura que embasasse esse processo.
- A pouca especificidade das categorias da CIF, pois muitos conceitos significativos identificados nos instrumentos com diferentes informações foram alocados na mesma categoria. Houve dificuldade na diferenciação dessas categorias, pois a qualificação de um conceito significativo era diferente do outro conceito contido na mesma categoria.

Sugere-se a realização de estudos longitudinais para avaliar a intervenção do programa por meio da CIF após o conhecimento do perfil de quem procura esse recurso. Os resultados desses estudos poderão fornecer subsídios à equipe do

programa, permitindo o redirecionamento da abordagem desde a concepção até as práticas utilizadas.

Sendo a lombalgia crônica uma condição de grande prevalência e com forte influência biopsicossocial, pode-se ter o seu manejo aprimorado com a utilização da CIF, caminhando em direção a uma linguagem universal para melhor expressar as características de saúde dos portadores dessa condição, com desdobramentos positivos nas práticas terapêuticas delineadas.

REFERÊNCIAS

ANDERSSON, G.B. Epidemiological features of chronic low-back pain. **The lancet.**, v. 354, n. 9178, p. 581-585, 1999.

ANDRADE, S.C.; ARAUJO, A.G.R.; VILAR, M.J. P. Escola de Coluna: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.45, n.4, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042005000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2014.

ANDRADE, S.C.; ARAUJO, A.G.R.; VILAR, M.J. Escola de Coluna para pacientes com lombalgia crônica inespecífica: benefícios da associação de exercícios e educação ad paciente. **Acta Reumatol Port.**, v. 33, n. 4, 2008.

ARAUJO, E.S. **CIF e o Diagnóstico em Fisioterapia**. FisioBrasil., 2010.

ARAUJO, E.S. CIF: Uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. **Rev Fisioter S Fun.**, Fortaleza, v.2, n.1, p. 6-13. Jan/jun, 2013.

BAUTCH, S.; CONWAY, S. Teaching injury prevention programs. **Dynamic Chiropractic.**, v. 17, n. 6, p.1-12, 1999.

BAUTZ-HOLTER, E.; SVEEN, U.; CIEZA, A.; GEYH, S.; ROE, C. Does the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) core set for low back pain cover the patients' problems? A cross-sectional content-validity study with a Norwegian population. **Eur J Phys Med Rehabil.**, v. 44, n. 4, p. 387-97, 2008.

BRAZIL, A.V. et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 44, n. 6, p. 419-425, 2004.

BRASIL, A.C.O. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. **Rev Bras Promoç Saúde.**, v. 26, n. 1, p. 1-4, Jan/mar 2013.

BROX, J.I.; STORHEIN, K.; GROTTLE, M.; TVEITO, T.H.; INDAHL, A.; ERIKSEN, H.R.; Systematic review of back schools, brief education, and fear-avoidance training for chronic low back pain. **The Spine J.**, v. 8, p. 948-58, 2008.

CAMPOS, T.F. et al. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). **Rev Bras Fisioter.**, v. 16, n. 1, p. 23-29, 2012.

CARVALHO, A.R.; ASSINI, T.C.K.A. Aprimoramento da capacidade funcional de idosos submetidos a uma intervenção por isostretching. **Rev Bras Fisioter**, v. 12, n. 4, p. 268-73, 2008.

CARVALHO, D.S.; KOWACS, P.A. Avaliação da intensidade da dor. **Migrâneas Cefaléias**, v. 9, n. 4, p. 164-8, 2006.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S.S.; BAHIA, L. Construtos de incapacidade presentes na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD): uma análise baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 419-429, 2014.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S.S. Publicações brasileiras referentes à Classificação Internacional de Funcionalidade. **Acta Fisiátr.**, v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013.

CECIN, H.A.; MOLINAR, M.H.C.; LOPES, M.A.B.; MORICKOCHI, M.; FREIRE, M.; BICHUETTI, J.A.N. Dor lombar e trabalho: um estudo sobre a prevalência de lombalgia e lombociatalgia em diferentes grupos ocupacionais. **Rev. bras. Reumatol.**, v. 31, n. 2, p. 50-6, 1991.

CESAR, S.H.K.; BRITO, J.C.A.; BATTISTELLA, L.R. Análise da qualidade de vida em pacientes de Escola de Postura. **Acta Fisiátr.**, v. 11, n. 1, p. 17-21, 2004.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

CHUNG, T.M. Escola de coluna: experiência do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Acta Fisiátr.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 13-17, 1996.

CIEZA, A.; BROCKOW, T.; EWERT, T.; AMMAN, E.; KOLLERITS, B.; CHATTERJI, S.; USTUN, B.; STUCKI, G. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. **J Rehabil Med.**, v. 34, n. 5, p. 205-210, 2002.

CIEZA, A.; EWERT, T.; ÜSTÜN, T.B.; CHATTERJI, S.C.; KONSTANJISEK, N.K.; STUCKI, G. Development of ICF core sets for patients with chronic conditions. **Journal of Rehabil Med.**, (Suppl 44) p. 9-11. 2004a.

CIEZA, A.; STUCKI, G.; WEIGL, M.; DISLER, P.; JACKEL, W.; VAN DER LINDEN, S.; KOSTANJSEK, N.; DE BIE, R. ICF core sets for low back pain. **Journal of Rehabil Med.**, (44 Suppl) p. 69-74, jul., 2004b.

CIEZA, A.; STUCKI, G. Content comparison of health-related quality of life (HRQOL) instruments based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). **Quality of Life Research.**, v. 14, n. 5, p. 1225-1237, 2005.

CIEZA, A.; GEYH, S.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N.; ÜSTÜN, B.; STUCKI, G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. **J Rehabil Med.**, v.37, n.4, p.212-218, jul. 2005. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16024476>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

CICONELLI, R.M.; FERRAZ, M.B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I. QUARESMA, M.R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 39, n. 3, p. 143-50, maio/jun., 1999.

CUNHA, L.L.; MAYRINK, W.C. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. **Rev Dor**, v. 12, n. 2, p. 120-4, 2011.

DE VITTA, A. A lombalgia e suas relações com o tipo de ocupação, com a idade e o sexo. **Rev Bras Fisioter.**, v. 1, p. 67-72, 1996.

DEYO, R.A.; BATTIE, M.; BEURSKENS, A.J.H.; BOMBARDIER, C.; CROFT, P.; KOES, B.; MALMIVAARA, A.; ROLAND, M.; KORFF, M.V.; WADDEL, G. Outcome measures for low back pain research. A proposal for standardized use. **Spine**, v.23, n.18, p.2003-13, 1998.

DEYO, R.A., e CENTOR, R.M. Assessing the responsiveness of functional scales to clinical change: an analogy to diagnostic test performance. **J Chronic Dis.**, v. 39, n. 11, p. 897-906, 1986.

DI NUBILA, H.B.V. Uma introdução à CIF—Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev Bras Saúde Ocup.**, v. 35, n. 121, p. 122-3, 2010.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Paulo: Difusão, 2009.

FAIRBANK, J.C.T., e PYNSENT, P.B. The Oswestry disability index. **Spine**, v. 25, n. 22, p. 2940-2953, 2000.

FALAVIGNA, A.; TELES, A.R.; BRAGA, G. L.; BARAZZETTI, D.O.; LAZZARETTI, L.; TREGNAGO, A.C. Instrumentos de avaliação clínica e funcional em cirurgia da coluna vertebral. **Coluna/Columna**, v. 10, n. 1, p.62-67, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512011000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512011000100012>.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. epidemiol.**, v. 8, n. 2, p.187-193, 2005.

FONTANA, M.B. et al. Linking the Braden Scale to the International Classification of Functioning, Disability and Health. **MTP & Rehab Journal**, v. 12, p. 1104, 2014.

FORSSELL, M.Z. The Back School. **Spine**, v. 6, n. 1, p.104-6, 1981.

GEYH, S.; CIEZA, A.; KOLLERITS, B.; GRIMBY, G.; STUCKI, G. Content comparison of health-related quality of life measures used in stroke based on the international classification of functioning, disability and health (ICF): a systematic review. **Qual Life Res.**, v.16, n.5, p.833-851, jun. 2007. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17294283>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

GRILL, E. et al. Validation of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) Core Sets for early postacute rehabilitation facilities: comparisons

with three other functional measures. **Am J Phys Med Rehabil.**, v. 85, n. 8, p. 640-649, 2006.

HALL, H., e ICETON, J. A. Back school. An overview with specific reference to the Canadian Back education Units. **Clin Orthop.**, v.179, p.10-7, 1983.
Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6225591>> Acesso em: 22 abr. 2014.

HEYMANS, M.W.; ESMAIL, R.; BOMBARDIER, C.; KOES, B.W. Back schools for nonspecific low back pain: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. **Spine**, v. 30, n. 19, p. 2153-2163, 2005.
Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16205340>>. Acesso em: 08 mar. 2015.

HEYMANS, M.W.; DE VET, H.C.W.; BONGERS, P.M.; KNOL, D.L.; KOES, B.W.; VAN MECHELEN, W. The effectiveness of high-intensity versus low-intensity back schools in an occupational setting: a pragmatic randomized controlled trial. **Spine**, v. 31, n. 10, p. 1075-1082, 2006.

HORNG, Y. et al. Predicting health-related quality of life in patients with low back pain. **Spine**, v. 30, n. 5, p. 551-555, 2005.

HOOGENDOORN, W.E. et al. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. **Spine**, v. 25, n. 16, p. 2114-2125, 2000.

HUSKISSON, E.C. Measurement of pain. **Lancet**. v.2, n.7889, p.1127-31, 1974.

IMAMURA, S.T.; KAZIYAMA, H.H.S.; IMAMURA, M. Lombalgia. **Rev Med.**, v. 80, n. spe2, p. 375-390, 2001.

KNOPLICH J. **Enfermidades da coluna vertebral**. São Paulo: Panamed, 1986.452p.

KOPEC, J.A. Measuring functional outcomes in persons with back pain: a review of back-specific questionnaires. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3110-3114, 2000.

KRELING, M.C.G.D.; MONTEIRO DA CRUZ, D.A.L; PIMENTA, C.A.M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Rev bras enferm.**, v. 59, n. 4, p. 509-13, 2006.

KUORINKA, I.; JONSSON, B.; KILBOM, A.; VINTERBERG, H.; BIERING-SORENSEN, F.; ANDERSSON, G.; JOERGENSEN, K. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Appl Ergon.**, v.18, n.3, p.233-237, 1987.

LECLAIRE, R. et al. A cross-sectional study comparing the Oswestry and Roland-Morris Functional Disability scales in two populations of patients with low back pain of different levels of severity. **Spine**, v. 22, n. 1, p. 68-71, 1997.

LOBATO, D. Contribuições de um programa de Escola de Coluna a indivíduos idosos. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 370-380, set/dez. 2010.

MARTARELLO, N.A.; BENATTI, M.C.C. Quality of life and musculoskeletal symptoms in hospital housekeeping workers. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 43, n. 2, p. 422-428, 2009.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Dietary and physical activity factors as determinants of the increase in overweight/obesity in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MESQUITA, C.C.; RIBEIRO, J.C.; MOREIRA, P. Portuguese version of the standardized Nordic musculoskeletal questionnaire: cross cultural and reliability. **J Public Health**, v. 18, n. 5, p. 461-466, 2010.

MOSER, A.D.; SCHARAN, K.O.; PEREIRA, P.A.; PASSINI, C. Escola da coluna associada a estabilização segmentar na lombalgia mecânico-degenerativa. **Ter Man.** v. 10, n.50, p.364-373, set. 2012.

NOGUEIRA, H.C.; NAVEGA, M.T. Influência da Escola de Postura na qualidade de vida, capacidade funcional, intensidade de dor e flexibilidade de trabalhadores administrativos. **Fisioter Pesq.**, v. 18, n. 4, p. 353-8, 2011.

NOLL, M.; VIEIRA, A.; DARSKI, C.; CANDOTTI, C. Escolas posturais desenvolvidas no Brasil: revisão sobre os instrumentos de avaliação, as metodologias de intervenção e seus resultados. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.54, n.1, p.51-8, feb. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042014000100051&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2013.04.007>

NUSBAUM, L.; NATOUR, J.; FERRAZ, M.B.; GOLDENBERG, J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. **Braz J Med Biol Res.**, v.43, n.2, p.203-210, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Checklist da CIF**. 2003. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/Material/CHECKLIST_DA_CIF.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Edusp; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Tradução de A. Leitão. Lisboa, 2004. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/site/dcms/fck/CIF%20Vers%C3%A3o%20Portugal%281%29.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2014.

PANJABI, M.M. Clinical spinal instability and low back pain. **Journal of electromyography and kinesiology**, v. 13, n. 4, p. 371-379, 2003.

PAUL, B. et al. Low-back pain assessment based on the Brief ICF Core Sets: diagnostic relevance of motor performance and psychological tests. **Am J Phys Med Rehabil.**, v. 87, n. 6, p. 452-460, 2008.

PHILIPS, H.C.; GRANT, L. The evolution of chronic back pain problems: a longitudinal study. **Behav Res Ther.**, v. 29, n. 5, p. 435-441, 1991.

PINHEIRO, F.A.; TRÓCCOLI, B.T.; CARVALHO, C.V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. *Rev Saúde Pública*, v. 36, n. 3, p. 307-12, mar. 2002.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL [PNSF]. **Ministério da Saúde (BR), Política Nacional de Saúde Funcional**: Construindo MAIS saúde para a população Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

RIBEIRO, L.H.; JENNINGS, M.F.; JONES, A.; FURTADO, R.; NATOUR, J. Effectiveness of a back school program in low back pain. **Clin Exp Rheumatol.**, v. 26, n. 1, p. 81, 2008.

RIBERTO, M. CHIAPPETTA, L.M.; LOPES, K.A.T.; BATISTELLA, L.R. A experiência brasileira com o core set da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para lombalgia. **Coluna/Column**, São Paulo, v. 10, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180818512011000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512011000200008>.

ROLAND, M.; FAIRBANK, J. The Roland–Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3115-3124, 2000.

ROLAND, M.; MORRIS, R. A study of the natural history of back pain: part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain. **Spine**, v. 8, n. 2, p. 141-144, 1983.

SCHEPERS, V.P.M. et al. Comparing contents of functional outcome measures in stroke rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Disability and rehabilitation**, v. 29, n. 3, p. 221-230, 2007.

SIGL, T.; CIEZA, A.; BROCKOW, T.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N.; STUCKI, G. Content comparison of low back pain-specific measures based on the international classification of functioning, disability and health (ICF). **Clin J Pain**. v.22, n.2, p.147-153, fev. 2006. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16428948>>. Acesso em: 13 jul. 2014.

SMUCK, M. et al. Does physical activity influence the relationship between low back pain and obesity?. **Spine J**, v. 14, n. 2, p. 209-216, 2014.

SOUSA, C.; MESQUITA, C.; SOUSA, A. Dor Lombar na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Um estudo de Prevalência. **Ifisionline**, v. 2, n. 2, p. 16-24, 2010.

STANKOVIC, R.; JOHNELL, O. Conservative Treatment of Acute Low-Back Pain: A Prospective Randomized Trial: McKenzie Method of Treatment versus Patient Education in " Mini Back School". **Spine**, v. 15, n. 2, p. 120-123, 1990.

TSCHIESNER, U. et al. Evaluating sequelae after head and neck cancer from the patient perspective with the help of the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Eur Arch Otorhinolaryngol**, v. 266, n. 3, p. 425-436, 2009.

TOBO, A.; EL KHOURI, M.; CORDEIRO, Q.; LIMA, M.D.C.; BRITO JUNIOR, C.A.; BATTISTELLA, L.R. Estudo do tratamento da lombalgia crônica por meio da escola de postura; Study of chronic low back pain treatment using the back school. **Acta Fisiátr**, v. 17, n. 3, 2010.

TOSCANO, J. J. O.; EGYPTO, E. P. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. **Rev Bras Med Esporte**, v. 7, n. 4, p. 132-137, 2001.

TSUKIMOTO, G. R. **Avaliação longitudinal da Escola da Postura para dor lombar crônica: através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36)**. 2006. 47f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5145/tde-23112006-100855/pt-br.php>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

TSUKIMOTO, G.R. RIBERTO, M.; BRITO, C.A.; BATISTELLA, L.R. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Healthy Survey (SF-36). **Acta Fisiátr**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 63-69, 2006.

VELSTRA, I.M.; BALLERT, C.S.; CIEZA, A. A systematic literature review of outcome measures for upper extremity function using the international classification of functioning, disability, and health as reference. **PM&R**, v. 3, n. 9, p. 846-860, 2011.

VIGATTO, R.; ALEXANDRE, N.M.C.; CORREA FILHO, H.R. 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.

WARE JR, J.E. SF-36 health survey update. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3130-3139, 2000.

APÊNDICE A – TABELAS DOS RESULTADOS

Quadro 12 - Características sociodemográficas

VARIÁVEL	RESULTADO
IDADE (ANOS)	41,78 ± 17,09
SEXO – FEMININO	45 (65,2)
IMC (Kg/m ²)	25,98 ± 4,55
BAIXO PESO	2 (2,9)
SAÚDAVEL	32 (46,4)
SOBREPESO	22 (31,9)
OBESIDADE I	11 (15,9)
OBESIDADE II	2 (2,9)
ESCOLARIDADE	
ENSINO FUNDAMENTAL	10 (14,4)
ENSINO MÉDIO	20 (28,9)
ENSINO SUPERIOR/PÓS-GRADUAÇÃO	39 (56,5)
ESTADO CIVIL	
SOLTEIRO	20 (29,0)
CASADO/UNIÃO ESTÁVEL	40 (58,0)
SEPARADO/DIVORCIADO	5 (7,2)
VIÚVO	4 (5,8)
FILHOS – SIM	42 (60,9)
OCUPAÇÃO	
ASSALARIADO/AUTÔNOMO	49 (71,0)
APOSENTADO	4 (5,8)
DO LAR	7 (10,1)
ESTUDANTE	9 (13,0)
RENDA FAMILIAR (SALÁRIOS MÍNIMOS)	
1 A 2	11 (15,9)
3 A 4	26 (37,7)
MAIS DE 5	32 (46,4)
CRENÇA RELIGIOSA	
CATÓLICA	41 (59,4)
EVANGÉLICA	14 (20,3)
ESPÍRITA	3 (4,3)
OUTRAS	11 (15,9)

Fonte: a autora, 2016.

Nota: resultados descritos por média ± desvio padrão ou por frequência (percentual).

Quadro 13 - Características clínicas

VARIÁVEL	RESULTADO
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA – SIM	27 (39,0)
LAZER – SIM	48 (69,6)
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	44 (63,8)
IRRADIAÇÃO – SIM*	37 (53,6)
TESTE DE SCHÖBER	4,81 ± 1,19
DISTÂNCIA DEDO CHÃO	14,37 ± 11,64
TESTE DE VALSALVA – POSITIVO	21 (30,4)
SINAL DE LASÈGUE – POSITIVO*	23 (33,3)
COMPRIMENTO DOS ISQUIOSTIBIAIS - ENCURTADOS	45 (65,2)
TESTE DE FORÇA DOS FLEXORES DO TROCO	
FRACO	38 (55,1)
REGULAR	14 (20,3)
NORMAL	17 (24,6)
TESTE DE ABAIXAMENTO DOS MEMBROS INFERIORES**	
FRACO	41 (60,3)
REGULAR	25 (36,8)
NORMAL	2 (2,9)
EVA	5,10 ± 2,19
ROLAND-MORRIS	7,80 ± 4,10
SF-36	
CAPACIDADE FUNCIONAL	66,75 (14,93)
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS FÍSICOS	49,28 (37,37)
DOR	43,28 (15,24)
ESTADO GERAL DE SAÚDE	66,06 (16,29)
VITALIDADE	51,67 (19,32)
ASPECTOS SOCIAIS	65,74 (23,73)
LIMITAÇÃO POR ASPECTOS EMOCIONAIS	52,65 (39,77)
SAÚDE MENTAL	65,57 (19,16)

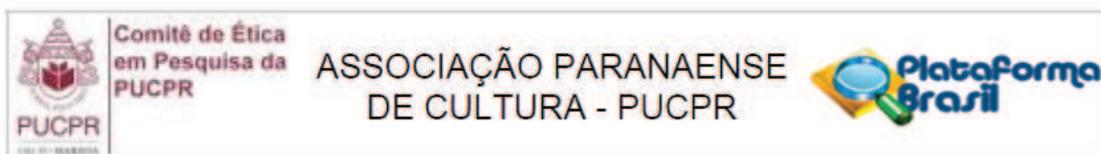
Fonte: a autora, 2014.

Nota: resultados descritos por média ± desvio padrão ou por frequência (percentual).

*Sujeitos que relataram irradiação da dor para um ou para os dois membros inferiores

** Percentual referente a 68 sujeitos.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DO CORE SET RESUMIDO PARA LOMBALGIA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) EM UMA ESCOLA DE COLUNA

Pesquisador: Karoleen Oswald Scharan

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 37962214.0.0000.0020

Instituição Proponente: ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA - APC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.030.511

Data da Relatoria: 15/04/2015

Apresentação do Projeto:

Referente à Emenda ao Projeto Original

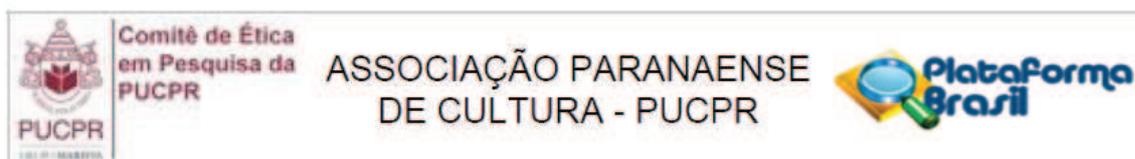
A emenda é exclusiva de seu Centro Coordenador, então as alterações realizadas em seu projeto, em virtude da emenda, NÃO serão replicadas nos Centros Participantes vinculados e nos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes, quando da sua aprovação.

Justificativa da Emenda:

Devido ao fato de o programa Escola da Coluna em que será realizado o estudo já ter como critério aplicar a Escala Visual Análoga (EVA), o questionário para lombalgia de Rolland Morris (QRM) e o questionário de qualidade de vida (SF-36), acreditamos que o uso dos dados dos questionários auxiliará na classificação e na compreensão do estado de saúde dos participantes.

Verifica-se que no projeto original o cronograma estabelece que a etapa de "Coleta de dados" está prevista para ser realizada de janeiro a outubro de 2015, e não como informado abaixo no parecer de aprovação do projeto original "de Fevereiro a Julho de 2015".

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155		CEP: 80.215-901
Bairro: Prado Velho		
UF: PR	Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103	E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 1.030.511

Parecer do Projeto Original já aprovado pelo CEP sob número 908.554

Estudo quantitativo e transversal com indivíduos adultos com lombalgia crônica, participantes de um programa de Escola da Coluna de uma instituição de ensino superior da cidade de Curitiba.

O presente estudo será realizado no espaço destinado a um programa sediado em uma instituição de ensino superior, denominado Escola da Coluna com aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos sob o número 24.140. O período do estudo será de Fevereiro a Julho de 2015. PARTICIPANTES Os sujeitos serão voluntários adultos da comunidade, participantes do programa citado.

COLETA DE DADOS Para o preenchimento do core set resumido da CIF para lombalgia, será marcada uma data e um local para respondê-lo, de acordo com a disponibilidade do sujeito e do pesquisador. O core set da CIF para lombalgia será aplicado através de formulações de perguntas pela pesquisadora principal deste estudo. As perguntas serão embasadas na descrição das categorias utilizadas, conforme o anexo A. O paciente será orientado a responder as perguntas com base nos últimos trinta dias.

Critério de Inclusão:

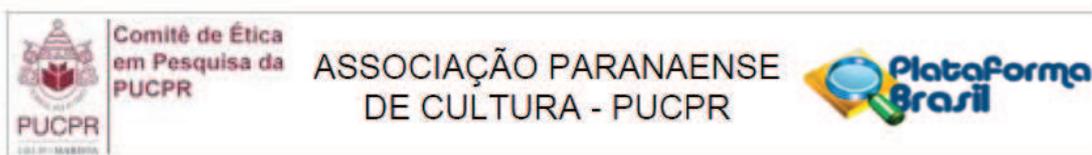
-Sexo masculino e feminino; - Idade mínima de 18 anos; - Lombalgia há mais de três meses; - Ter diagnóstico clínico feito por especialista; - Apresentar quadro clínico estável; - Ausência de alterações cognitivas.

Critério de Exclusão:

- Gravidez; - Ter histórico de fratura na coluna; - Ter se submetido à intervenção cirúrgica a menos de seis meses; - Apresentar osteoporose grave e/ou tumores; - Estar afastado do trabalho por lombalgia; - Ter diagnóstico de fibromialgia; - Estar em algum outro atendimento fisioterapêutico.

O programa trabalha com grupos de no máximo 10 participantes e realiza 10 encontros semanais consecutivos. O primeiro e o último encontro são destinados à avaliação e reavaliação dos sujeitos.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 1.030.511

Os outros 8 encontros são destinados ao Programa, com duração uma de hora e quinze minutos cada. Dentro desse horário, 45 minutos são destinados às atividades teórico-educativas e os outros 30 minutos as atividades terapêuticas com o Protocolo de estabilização segmentar (MOSER, et al., 2012).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Validar o core set resumido para lombalgia da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde (CIF) em uma Escola de Coluna.

Objetivo Secundário:

a) Aplicar o core set resumido da CIF junto a grupo de participantes de uma escola da Coluna; b) Utilizar os dados obtidos para delinear o perfil funcional dos participantes utilizando a CIF como forma de validação. c) A partir da validação, gerar uma ferramenta de classificação que contemple a CIF em um contexto específico de uma Escola da Coluna.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Ao responder o questionário, não será acarretado nenhum risco na integridade física ou mental do participante. Entretanto, salienta-se que o questionário será testado e que pode haver o risco de constrangimento e desconforto emocional durante sua aplicação. Além disso, talvez ele não cubra todos os aspectos do estado de saúde e se o participante sentir falta de algum item a respeito da saúde dele, ele poderá sugerir à pesquisadora para que ela tome nota.

Benefícios:

Pode-se esperar ao final do estudo a melhor compreensão do perfil de saúde o que contribuirá para melhor direcionar as intervenções do programa.

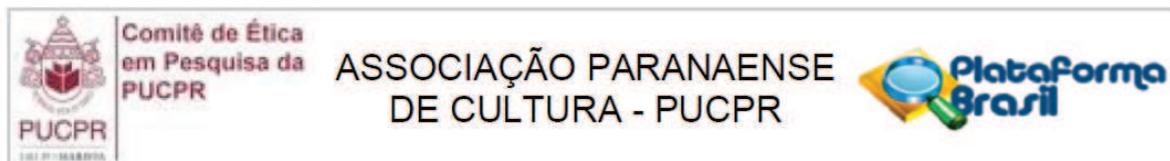
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa metodologicamente adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de acordo com a resolução 466/12.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 1.030.511

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 22 de Abril de 2015

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br

ANEXO B – AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTICA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Data da avaliação fisioterapêutica: ___/___/___

DADOS PESSOAIS

Telefone: _____/_____ Data de nascimento: _____

Nome: _____

1. Sexo: () feminino () masculino
2. Idade: _____ anos
3. Ocupação: _____
4. Quantas horas por dia e qual: _____
5. Tempo no trabalho atual: _____
6. Peso: _____
7. Altura: _____
8. Atividade física: () não () sim
9. Quantas vezes por semana e qual: _____
10. Estado civil: 1.() solteiro 2.() casado 3.() separado 4.() viúvo 5.() união estável
11. Religião: 1.() católica 2.() evangélica 3.() espírita 4.() outras
12. Mora sozinho: () sim () não. Se sim, com quantas pessoas? _____
13. Filhos ou dependentes: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais.
14. Lazer: () não () sim Se sim, qual? _____
15. Escolaridade: 1.() não sabe escrever e ler 2.() 1º grau completo 3.() 1º grau incompleto
- 4.() 2º grau completo 5.() 2º grau incompleto 6.() 3º grau completo 7.() 3º grau incompleto
16. Renda pessoal (referência salário mínimo): () 0 () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 ou mais
17. Renda familiar (referência salário mínimo): () 0 () 1 a 2 () 3 a 4 () 5 ou mais

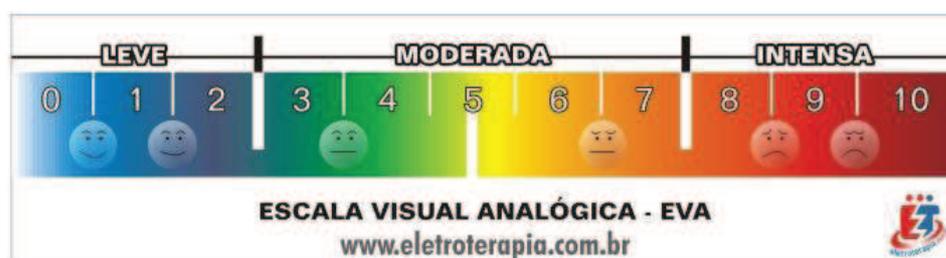
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES (LABORAIS):

ANAMNESE (QP e HDA):

EXAMES COMPLEMENTARES

MEDICAMENTOS (Quais? Dosagem? Frequência)

Intensidade da dor hoje



TESTES ESPECÍFICOS

Nome do Teste	Classificação			
	Valsalva	Positivo		Negativo
Índice de Schober	Início: 10cm Fim: ____cm Diferença : ____cm			
Distância dedo-chão	____cm			
Laségue /Isquiotibiais	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Força de flexores de tronco	Fraco	Regular	Normal	
Teste de abaixamento de MMII- TrA	70° Fraco	45° Regular	30° Normal	

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND MORRIS – RMDQ

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

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

21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas. []
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual. []
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual. []
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas. []

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO C – PROTOCOLO DE ESTABILIZAÇÃO SEGMENTAR

Protocolo: Estabilização Segmentar Lombo-Pélvica

Etapa 1 (1ª e 2ª semana): sem carga, estático, sem desequilíbrio/perturbação.

Objetivos: conhecimento da técnica, conscientização da contração da musculatura profunda.

Execução: 10 repetições de 10 segundos de contração.

Exercício 1 – Em supino, com os joelhos flexionados em adução, ativação do músculo transverso do abdômen.

Exercício 2 – Em prono, joelhos estendidos e braços ao longo do corpo, ativação dos músculos multífidos.

Etapa 2 (3ª e 4ª semana): sem carga, com movimento, sem desequilíbrio/perturbação.

Objetivos: Aliar a contração da musculatura profunda com os movimentos dos membros.

Execução: 10 repetições de 10 segundos de contração.

Exercício 3 – Em supino, com os joelhos flexionados, movimentos de extensão do quadril e joelho, voltando a flexão (deslizamento do calcanhar).

Exercício 4 – Em supino, joelhos flexionados, movimentos com o membro superior (flexão do ombro com cotovelo estendido).

Exercício 5 – Em supino, movimentos alternados dos membros, elevação unilateral do membro superior e flexão de coxofemoral com extensão do joelho do membro inferior contralateral (*dead bug*).

Etapa 3 (5ª e 6ª semana): sem carga, com movimento, com desequilíbrio/perturbação.

Objetivos: Aliar a contração da musculatura profunda com os movimentos dos membros, dificultando com o desequilíbrio.

Execução: 10 repetições de 10 segundos de contração.

Exercício 6 – Ponte, com os pés apoiados no solo e joelhos flexionados, elevar a pelve mantendo a contração da musculatura profunda do tronco.

Exercício 7 – Posição de gato com movimentos alternados em diagonal dos membros superior (flexão de ombro com extensão de cotovelo) e inferior (extensão de quadril e extensão de joelho).

Etapa 4 (7ª semana): com carga, sem movimento, sem desequilíbrio/perturbação.

Objetivos: Aliar a contração da musculatura profunda com posturas utilizadas em atividades diárias.

Execução: 10 repetições de 10 segundos de contração.

Exercício 8 – Sentado, realiza rolamento pélvico (empinar os glúteos sem empinar o tórax) juntamente com a contração da musculatura profunda do tronco.

Exercício 9 – Em pé estático, realiza a contração do transverso do abdômen e multífidos.

Etapa 5 (8ª semana): com carga, com movimento, sem desequilíbrio/perturbação.

Objetivos: Aliar a contração da musculatura profunda com posturas utilizadas em atividades diárias e também cargas externas e movimentos.

Execução: 10 repetições de 10 segundos de contração.

Exercício 10 – Ponte unilateral: elevação da pelve associada à extensão do joelho, mantendo a contração do transverso do abdômen e multífidus.

Exercício 11 – Sentado em uma bola suíça, com rolamento pélvico e contração da musculatura profunda, associar a movimentação de membros superiores com peso de 1 Kg em cada mão.

Exercício 12 – Em pé, apoiado em uma bola suíça entre a região tóraco-lombar e uma parede, realizando agachamento bilateral até 45 graus de flexão de joelhos concomitante com a contração da musculatura profunda do tronco.