

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA POLITÉCNICA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

KAROLEEN OSWALD SCHARAN

**VALIDAÇÃO DO *CORE SET* RESUMIDO PARA LOMBALGIA, DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE,
INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF), NO CONTEXTO DE UMA ESCOLA DA
COLUNA**

CURITIBA

2016

KAROLEEN OSWALD SCHARAN

**VALIDAÇÃO DO *CORE SET* RESUMIDO PARA LOMBALGIA, DA
CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E
SAÚDE (CIF), NO CONTEXTO DE UMA ESCOLA DA COLUNA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde. Área de concentração: Avaliação de 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

S331v
2016

Scharan, Karoleen Oswald

Validação do *core set* resumido para lombalgia, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), no contexto de uma escola da coluna / Karoleen Oswald Scharan ; orientadora: Auristela Duarte de Lima Moser. – 2016.

75 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2016

Bibliografia: f. 52-60

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

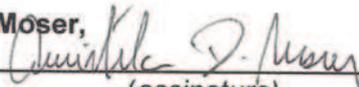
**ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA EM SAÚDE**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 226

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: **“Validação do core set resumido para lombalgia, da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF), no contexto de uma escola da coluna”**, apresentada pela aluna **Karoleen Oswald Scharan** 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)

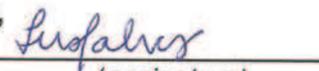
APROVADO
(Aprov/Reprov.)

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


(assinatura)

Aprovada
(Aprov/Reprov.)

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


(assinatura)

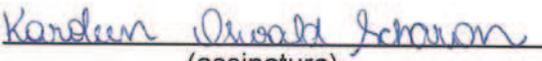
Aprovada
(Aprov/Reprov.)

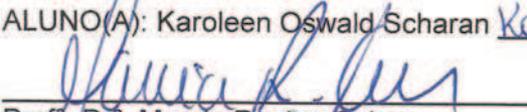
Início: 10h15 Término: 12h15

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): Karoleen Oswald Scharan 
(assinatura)


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

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente pela oportunidade da vida concedida pela energia Suprema. Para mim, assim como a escola agrega conhecimento, a escola da vida transforma todos os seres que estão convivendo na Terra possibilitando sempre a evolução ao longo do breve tempo que vivemos aqui.

Agradeço ao núcleo familiar em que estou inserida e que desde cedo me oportunizou grandes aprendizados. Agradeço aos meus pais, por terem dedicado tempo para passar valores pessoais e seus investimentos em vários aspectos da minha vida e da dos meus irmãos. Agradeço aos meus irmãos, que sempre se mostraram presentes ainda que nas situações difíceis.

Agradeço pela felicidade de ter a avó paterna, com quem aprendo valores de uma vida simples, mas muito rica em saúde, atenção ao próximo, aos animais e à natureza de uma forma geral.

Agradeço a todos os professores e mestres que eu já tive durante minha formação, muitos deles me influenciaram demais ao repartir experiências pessoais ou até mesmo ao falar frases encorajadoras e que talvez nem saibam o quanto estes momentos me fizeram seguir em frente. Gostaria de agradecer especialmente aos professores e mestres da graduação, que me incentivaram à busca da pesquisa e fizeram parte dos voos que lancei em PIBICs e intercâmbio, possibilitando-me chegar até aqui. Também agradeço aos professores pelo desenvolvimento das habilidades da minha profissão, com a qual me identifico profundamente.

Um agradecimento especial à minha orientadora e amiga Auristela Duarte de Lima Moser, que dedicou alguns anos junto a minha formação científica e que também mostrou apoio e compreensão sempre que compartilhei momentos de alegria e tristeza.

Agradeço aos amigos que fiz e que estiveram presentes durante esse período, Mariane Fontana, Renata Corrêa, Jaqueline Lopes, Maria Cristina Grillo e Rafaella Estradiotto. Gostaria de agradecer imensamente pela amizade e companhia durante esse período da Bárbara Cordeiro Santos, que também se dedicou ao desenvolvimento do trabalho e que foi muito importante para o estudo, para a divisão de experiências profissionais e pessoais, além da enorme paciência que desenvolvemos uma com a outra.

Meu agradecimento especial ao meu namorado que compartilhou momentos únicos da minha vida e com quem eu me desenvolvi muito, e que pacientemente soube me respeitar nas minhas dificuldades e limitações e me incentivou diariamente às conquistas que poderiam ser alcançadas.

Agradeço a todos que participaram desta conquista.

Os espinhos no caule são a escada para
alcançar a flor.

(Adélia Maria Woellner, 1997, p.90)

RESUMO

Introdução: A lombalgia crônica tem sido reportada como a principal causa de anos vividos com incapacidades. Com o intuito de melhorar a funcionalidade, os hábitos de saúde e os quadros algícos de pessoas que sofrem de dor lombar, programas como a Escola da Coluna têm se mostrado efetivos. No entanto, esses programas carecem de uma classificação funcional que seja um diferencial para levantar os dados dessa população. A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) se torna um instrumento bastante relevante por considerar a funcionalidade e as repercursões do estado de saúde do indivíduo a partir dos componentes relacionados ao corpo e ao ambiente em seu entorno. Tal subsídio utilizado junto à avaliação do programa contribuirá para verificar a validade de um conjunto de categorias da CIF em um contexto teórico-educativo e, conseqüentemente, contribuirá para traçar um perfil de saúde aprimorando a abordagem utilizada na Escola da Coluna. O objetivo deste estudo foi validar o *core set* resumido para lombalgia da CIF no contexto de um programa de Escola da Coluna. **Método:** O estudo foi quantitativo e transversal descritivo. No período de Abril a Novembro de 2015 participaram do programa 69 adultos. O *core set* foi aplicado por meio de formulações de perguntas para os componentes Funções do corpo, Atividades e participação e Fatores ambientais. Para classificar as categorias do componente Estruturas do corpo foram utilizados os registros dos exames clínico e complementar da avaliação fisioterapêutica feita pelo programa. Quando acrescidos dos qualificadores, os códigos gerados representam níveis progressivos de dificuldade em cada categoria. As categorias que apresentassem 20% da amostra ou mais, com algum nível de dificuldade foram consideradas representativas e validadas. Os dados foram tratados pelo programa IBM SPSS Statistics 20. **Resultados:** Participaram do estudo sujeitos entre 18 e 78 anos (Média \pm DP= 41,78 \pm 17,09), com predomínio do sexo feminino (65,2%). No que se refere às categorias do componente Funções do corpo do *core set* da CIF, das 10 categorias, 8 tiveram resultados acima de 20%. Para Atividades e Participação, do total de 12 categorias, 9 foram consideradas representativas; para os Fatores Ambientais, em todas as 10 categorias mais de 20% da amostra considerou os itens perguntados como facilitadores. Nenhuma das 3 categorias de Estruturas do corpo foram consideradas validadas, pois os dados da avaliação não permitiram saber a magnitude da deficiência. **Conclusão:** Do total das 35 categorias do *core set* resumido, 27 foram consideradas representativas para a amostra e validadas, permitindo a descrição do estado de funcionalidade e as repercursões do estado de saúde dos participantes do programa. Esta contribuição poderá auxiliar as intervenções, fornecendo informações mais direcionadas com base nos códigos em que houve maiores dificuldades e poderão ser mais específicas à vida cotidiana.

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

ABSTRACT

Introduction: Chronic low back pain has been reported as the leading cause of years lived with disability. In order to improve functionality, health habits and to reduce pain, programs such as the Back School have been shown to be effective. However, these programs do not have a functional classification which is a differential to raise data in this population. The application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) becomes a relevant instrument once it considers functionality and the repercussions of health states of the individual from components related to the body and the environment in which they are. Such framework used together with the program's evaluation would contribute to verify the validity of ICF categories in a theoretical and educational context and, consequently, would help to trace a profile of health improving the approach used. The aim of this study was to validate empirically the Brief Core set of ICF to low back pain in the context of a Back School program. **Method:** The study was quantitative, descriptive and cross sectional. From April to November 2015, 69 subjects participated in the program. The core set was applied by asking questions related to the components Body Functions, Activities and Participation and Environmental Factors. Records of clinical and complementary examinations of physical therapy assessment were used to classify body structures categories. When qualifiers are added, the generated code represents progressive levels of difficulty in each category. Categories in which 20% or more of subjects had difficulty of any level were considered representative and validated for the sample. The data were processed by IBM SPSS Statistics 20 program. **Results:** Participated in the study subjects between 18 and 78 years (mean \pm SD = 41.78 ± 17.09), with predominance of females (65.2 %). Regarding to the categories of the Body functions component, from 10 categories, 8 were above 20%. For Activities and participation, from the total of 12 categories, 9 were considered representative; for Environmental Factors, all 10 categories, were considered as facilitators for more than 20% of the sample. None of the three categories of Body structures were considered validated, because the data assessed did not allow quantifying the magnitude of disability. **Conclusion:** From the total of 35 categories of the Brief Core set, 27 were considered representative for the sample and validated. This finding allows the description of the functionality and health states repercussions of program participants. This contribution would assist the interventions, providing more targeted information based on the codes in which there were major difficulties and may be more specific to everyday life.

Key-words: International Classification of Functioning, Disability and Health. Low Back Pain. Health Education. Physiotherapy. Health Profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF	17
Figura 2- Exemplo de codificação da categoria b2801	18
Figura 3 - Etapas do estudo	28
Figura 4 - Critérios de classificação das categorias e seus qualificadores conforme cada componente	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Média \pm desvio padrão e frequência absoluta e relativa (%) das características sociodemográficas da amostra (Curitiba, 2015).....	31
Quadro 2 - Média \pm desvio padrão e frequência absoluta e relativa (%) das condições clínicas da amostra (Curitiba, 2015).....	33
Quadro 3 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do componente Funções do Corpo. Percentual final referente à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores da coluna “magnitude da dificuldade” (Curitiba, 2015)	36
Quadro 4 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do componente Estruturas do Corpo. Percentual final referente à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores da coluna “alguma deficiência” (Curitiba, 2015).....	37
Quadro 5 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do componente Atividades e Participação. Percentual final referente à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores da coluna “magnitude da dificuldade” (Curitiba, 2015).....	38
Quadro 6 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do Componente Fatores Ambientais. Percentuais referentes à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores das colunas “Facilitador” e “Barreira” (Curitiba, 2015)	40
Quadro 7 – Categorias consideradas validadas para a amostra.....	42

ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP / PUCPR	Comitê de Ética em Pesquisa / Pontifícia Universidade Católica do Paraná
CIDID	Classificação Internacional de Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
EVA	Escala visual análoga
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IMC	Índice de Massa Corpórea
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pnad	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
QRM	Questionário de Roland Morris
SF-36	Questionário de qualidade de vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE.....	16
3.1.1	Core set para lombalgia da CIF	19
3.2	PROCESSO DE VALIDAÇÃO	21
3.3	ESCOLA DA COLUNA	22
4	MÉTODO	25
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	25
4.2	PARTICIPANTES	26
4.2.1	Critérios de inclusão	26
4.2.2	Critérios de exclusão	27
4.3	INSTRUMENTOS	27
4.4	PROCEDIMENTOS	28
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO	44
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DO CORE SET RESUMIDO PARA LOMBALGIA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)	61
	APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 69	
	APÊNDICE III - ESCALAS DE QUALIFICADORES	72
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	73

1 INTRODUÇÃO

A dor lombar ou lombalgia tem sido reportada como um problema de saúde pública mundial devido a sua alta prevalência. Estima-se que até 80% das pessoas tem, tiveram ou terão algum episódio de dor na região lombar em algum momento de suas vidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Recentemente, relatou-se que a lombalgia é a principal colaboradora para anos vividos com incapacidades (VOS et al., 2013). Além de estar associada com a diminuição da qualidade de vida e com a funcionalidade dos pacientes, desdobra-se também em um impacto negativo para os familiares (ANDERSSON, 1999).

Queixa recorrente na prática clínica (CRUZ et al., 2003), pode ser diagnosticada e classificada basicamente em três fases: a lombalgia aguda, com duração de até quatro semanas; a subaguda, quando a duração é de quatro a doze semanas; e a crônica, com duração maior que doze semanas (ANDERSSON, 1999).

Sujeitos diagnosticados com lombalgia aguda ou subaguda tendem a se recuperar em um período breve, com ou sem intervenções ou tratamentos clínicos (BIGOS et al., 1992). Por outro lado, indivíduos que têm prevalência de dor crônica necessitam de acompanhamento e intervenção, o que pode exigir um tratamento multidisciplinar para reduzir quadros dolorosos, alterações funcionais, degenerativas e psicológicas (VOLINN, 1997). Este panorama representa um alto custo para tratamento e traz impactos diretos e indiretos à sociedade (WOOLF et al., 2012).

No Brasil, o Plano Nacional de Saúde traz dados bastante expressivos quanto à incidência de doenças crônico-degenerativas. Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), de 2008, apontam que as doenças crônicas mais reportadas pelos 59 milhões de brasileiros entrevistados são: a hipertensão (14,1%) seguida de problemas da coluna (13,5%) (BRASIL, 2011).

Uma estratégia que tem se mostrado efetiva aos sujeitos com dor lombar para reduzir tanto o quadro algico quanto a melhora da qualidade de vida e dos hábitos dos indivíduos, além da redução dos altos custos com tratamentos, é a *Back School* ou Escola da Coluna (ANDRADE et al., 2005).

Os programas de Escola da Coluna costumam aliar exercícios terapêuticos, reeducação postural e informações sobre autocuidado com a coluna. Estruturam-se a partir de avaliações físicas e questionários para avaliar diferentes aspectos da

saúde dos indivíduos (NOLL et al., 2014). Apesar de os programas serem bem sucedidos e serem bem estruturados, carecem da aplicação de uma classificação funcional que seja um diferencial para levantar os dados dessa população que sofre de dor lombar.

No sentido de compreender os estados de funcionalidade, incapacidade e saúde de um indivíduo, a Organização Mundial da Saúde criou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A CIF se torna um instrumento bastante relevante por considerar a funcionalidade e as repercursões do estado de saúde do indivíduo a partir de componentes relacionados ao corpo e ao ambiente em seu entorno (BATTISTELLA; DE BRITO, 2001). Além disso, ela propõe a uniformização da terminologia utilizada por profissionais da área da saúde a nível mundial (HALBERTSMA, 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

A CIF representa um modelo consensual e seu uso em pesquisas e na prática clínica tem sido frequentemente enfatizado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Por ser um documento extenso (mais de 1400 categorias), sua aplicação integral nem sempre é possível ou necessária em contextos específicos (SELB et al., 2014). Por conseguinte, foram criados os *core sets*. Eles são apresentados em forma de lista de categorias importantes para determinada situação de saúde ou contexto e são definidos por especialistas da área em questão (STUCKI et al., 2007). Eles podem ser usados na versão abrangente, que contempla maior número de categorias e são indicados para uso multidisciplinar, ou na versão resumida, que é indicada para pesquisas e para a prática clínica (CIEZA et al., 2004a). Um desses *core sets* será objeto deste estudo.

A aplicação da CIF pode acontecer em diferentes contextos e os estados de saúde podem ser classificados, documentados e utilizados para embasar o direcionamento da prática clínica, além de fornecer informações complementares ao desenvolvimento da classificação (CIEZA et al., 2004a). Como parte da implantação e aperfeiçoamento dos *core sets* da CIF, eles devem passar por um processo de validação ou estudos piloto (CIEZA et al., 2004b).

No Brasil, já foi realizada uma aplicação do *core set* abrangente para lombalgia num contexto de atendimento ambulatorial (RIBERTO et al., 2011). Não constatou-se na literatura, até o presente momento, evidências da aplicação do *core*

set resumido para lombalgia (CIEZA et al., 2004b) num contexto terapeutico-educativo, como o da Escola da Coluna.

O uso desta classificação juntamente aos demais instrumentos utilizados na intervenção da Escola da Coluna culminaria na verificação da validade de um conjunto de categorias da CIF em um contexto diferente e, conseqüentemente, no conhecimento dos aspectos biopsicosociais, que é de grande importância para o delineamento adequado das práticas terapêuticas, bem como para as orientações ministradas no programa. Além disso, auxiliaria na padronização das informações e um melhor gerenciamento dos dados, resultando também em melhores estratégias para intervenções e no acompanhamento dos resultados do programa.

A CIF também pode ser incorporada aos sistemas de saúde e seus dados podem ser utilizados por gestores, pesquisadores e usuários. Assim, seu uso na saúde pública permite a comparação de dados entre populações em diferentes serviços, regiões e países durante um período de tempo. Além disso, promove o levantamento de dados e a formação de bases de dados nacionais e mundiais consistentes (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL , 2011).

Portanto, em função do impacto da lombalgia na funcionalidade e na qualidade de vida da população, da relevância dos seus aspectos sociais e econômicos, e da necessidade de se aplicar a classificação em diferentes contextos, este estudo objetiva validar empiricamente o *core set* resumido da CIF para lombalgia no contexto de uma Escola da Coluna.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Validar empiricamente o *core set* resumido para lombalgia, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e saúde (CIF), no contexto de uma Escola de Coluna.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Elaborar um questionário do *core set* resumido para lombalgia baseado no modelo disposto pela ICF- RESEARCH BRANCH (2012);
- b) Aplicar o *core set* resumido da CIF em participantes de uma Escola da Coluna;
- c) Utilizar os dados obtidos para delinear o estado de funcionalidade dos participantes, como forma de validação do *core set*.
- d) Gerar uma tecnologia leve de classificação que contemple a CIF no contexto de uma Escola da Coluna.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

A Classificação de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pertence à família de classificações internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Sua elaboração foi embasada na necessidade de se entender e classificar itens como funcionalidade, incapacidade e deficiência nas sociedades atuais (STUCKI et al., 2007).

A CIF passou por um processo de desenvolvimento desde 1980 e teve como nome inicial Classificação Internacional de Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (CASTANEDA; CASTRO, 2013). Primeiramente ela foi aplicada e utilizada em serviços específicos, como os de reabilitação, com a finalidade de abordar as consequências das condições adversas de saúde ou de uma doença (BUCHALLA, 2003; CASTANEDA; CASTRO, 2013). Entretanto, esse modelo passou a ser questionado e criticado, pois classificava eventos a partir de uma condição clínica. Em 1993, após passar por uma revisão, a CIDID passou a se chamar CIDID-2. Com esta nova versão, países da Europa e da América do Norte se interessaram em criar Centros Colaboradores da OMS e cooperar para o aprimoramento da classificação (BUCHALLA, 2003).

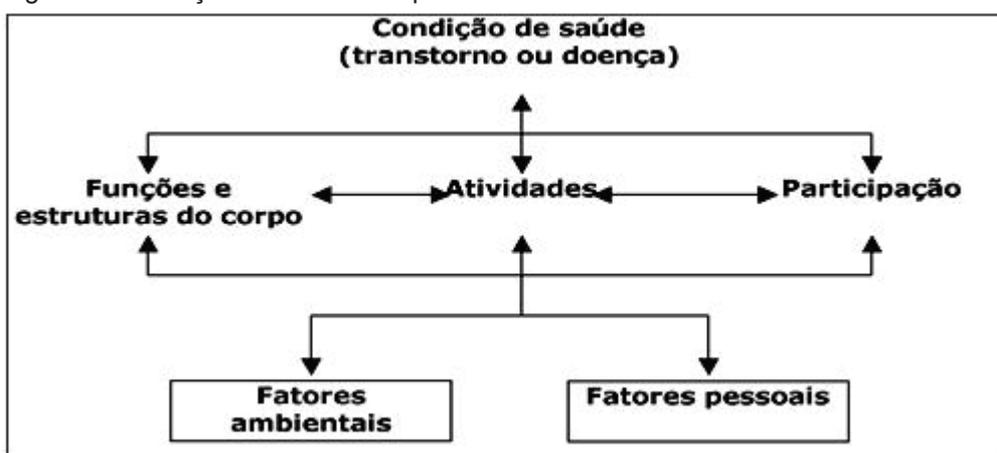
Em 1996, sugeriu-se iniciar uma nova revisão para que a CIDID-2 fosse suficientemente testada e para ser apresentada à Assembleia Mundial da Saúde. Em 22 de maio de 2001, a CIF foi oficialmente aprovada por todos os 191 membros dos estados da OMS na 54ª Assembléia Mundial da Saúde, culminando na sua versão atual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Sua versão em português foi aprovada em 2003, e a tradução foi realizada pelo Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Atualmente, a CIF agrupa de maneira sistemática diferentes conjuntos significativos de funções fisiológicas, estruturas anatômicas, ações, tarefas e áreas da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Passa-se a ter então um

modelo de classificação que considera aspectos biológicos, individuais e sociais em uma correlação multidirecional (Figura 1) e não mais linear (DI NUBILA, 2010).

Figura 1 - Interações entre os componentes da CIF



Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003.

Neste contexto, o objetivo geral da CIF é de organizar e padronizar as informações do estado de saúde e dos estados relacionados à saúde de um indivíduo. A CIF envolve aspectos da saúde humana e componentes relevantes para o bem-estar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Em relação aos aspectos da saúde, pode-se citar o ver, ouvir, andar, aprender, lembrar. Já entre os estados relacionados à saúde está o transporte, a educação, as interações sociais.

Para organizar-se em diferentes espectros ela é dividida em duas partes. A parte 1 refere-se à funcionalidade e incapacidade, e engloba os componentes Corpo e Atividades e Participação. Dentro desses componentes estão subclassificações referentes ao funcionamento fisiológico de órgãos e demais sistemas; partes anatômicas de órgãos e membros; e aspectos funcionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A parte 2 refere-se aos fatores contextuais, que englobam os “Fatores Ambientais e Pessoais”. Dentro da parte 1 e 2 há um total de 30 capítulos e cada capítulo é composto por categorias e subcategorias com suas respectivas descrições. A CIF contempla um total de 1454 categorias e subcategorias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Forma-se então, um sistema tronco-ramo-folha, do qual podemos citar a categoria b280. A letra “b” (body) representa o componente Funções do Corpo; o número 2 representa o capítulo em que o código se encontra - Funções sensoriais e

dor; e 80 é a disposição da categoria (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A categoria descrita é de Sensação de dor.

Para classificar uma categoria é preciso adicionar um qualificador após seu código. O qualificador é determinado de acordo com uma escala que varia de 0 a 4, e representa o nível progressivo de dificuldade. Nesta escala, 0 representa ausência de dificuldade; 1, dificuldade leve; 2, dificuldade moderada; 3, dificuldade grave e 4 dificuldade completa. Ainda, há o qualificador 8, recomendado para os dados em que sabe-se que há uma dificuldade, entretanto, não há informações suficientes para quantificar a categoria (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Por exemplo, em classificações a partir de banco de dados pode haver a descrição de uma limitação ou dificuldade sem que haja a quantificação de sua magnitude. Há também o qualificador 9, que deverá ser utilizado quando a categoria não for aplicável ao indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Abaixo (Figura 2), está disposto um exemplo de codificação de categoria da CIF com o qualificador 3.

Figura 2- Exemplo de codificação da categoria b2801

b28013.3
 b- Funções do corpo
 b2- Capítulo de Funções sensoriais e dor
 b280- Sensação de dor
 b2801- Categoria dor localizada
 b28013- Subcategoria Dor nas costas
 b28013.3- Indivíduo com sensação de dor nas costas de intensidade grave. Dor frequente durante os últimos 30 dias.

Fonte: a autora, 2015.

O uso da CIF abrange diferentes finalidades. Dentre elas pode-se citar o incremento de base científica para o estudo de saúde de uma população; estabelecimento de uma linguagem comum capaz de favorecer a comunicação entre pesquisadores, profissionais de saúde, elaboradores de políticas públicas; possibilidade de comparação de dados; e o fornecimento de um sistema de codificação para sistemas de informação em saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Sua aplicação também apresenta uma gama de opções. Por exemplo, seu uso tem sido sugerido para coleta, registro e mensuração de dados através de pesquisas, acompanhamento de desfechos de tratamentos, planejamento de políticas e elaboração de programas sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA

SAÚDE, 2003). Ela pode ser aplicada por um profissional, pode ser autoaplicada, ou pode ser utilizada a partir de um banco de dados.

3.1.1 Core set para lombalgia da CIF

A aplicação da CIF na íntegra gera um desafio (SELB et al., 2014), pois ela é muito extensa, contemplando mais de 1400 categorias e subcategorias, cada uma delas capaz de gerar um código. Além disso, muitas vezes pesquisadores e profissionais da saúde necessitam de apenas de uma fração das categorias contidas na CIF (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Então, para facilitar o uso da CIF e para que os conceitos de incapacidade e funcionalidade fossem operacionalizados por pesquisadores e profissionais na prática diária, a OMS juntamente com o grupo de pesquisa da CIF criou um processo de desenvolvimento de *core sets* (SELB et al., 2014).

Um *core set* é a seleção de categorias essenciais da CIF consideradas como mais importantes para representar a funcionalidade de uma pessoa com uma condição de saúde específica ou em um contexto de assistência de saúde específico (SELB et al., 2014; STUCKI; GRIMBY, 2004). Os *core sets* representam o padrão mínimo de categorias para acessar e reportar a funcionalidade e o estado de saúde em estudos e na prática clínica (STUCKI; GRIMBY, 2004).

Para serem estabelecidos, os *core sets* passam por um processo de desenvolvimento, no qual estão compreendidos 4 princípios gerais: estudos preparatórios, perspectiva das pessoas com a condição de saúde em questão, multidisciplinaridade e consenso de *experts* das 6 regiões da OMS (África, Mediterrâneo, Ásia, Europa, Pacífico e América) (SELB et al., 2014).

Atualmente existem 34 *core sets*, todos com uma versão abrangente e uma versão resumida. Como exemplo, pode-se citar o estabelecimento do *core set* para dor lombar. Sua versão mais longa contempla 78 categorias e sua versão resumida 35 (CIEZA et al., 2004b).

O *core set* abrangente é indicado para uso multidisciplinar, em que diferentes profissionais irão aplicar as categorias correspondentes às suas áreas. Já o *core set* resumido é indicado para aplicações clínicas e epidemiológicas, e sua aplicação pode ser feita por qualquer profissional treinado (CIEZA et al., 2004b; STUCKI et al.,

2007). O *core set* resumido deve conter o menor número de categorias, para que seja prático, entretanto, deve contemplar número suficiente para descrever a funcionalidade do indivíduo com determinada condição de saúde (CIEZA et al., 2004a).

O *core set* para lombalgia passou por um estudo preliminar (WEIGL et al., 2004), uma revisão sistemática (BROCKOW et al., 2004) e uma coleta empírica (EWERT et al., 2004). Depois, foram realizados um treinamento da CIF e um consenso com profissionais de diferentes formações. Dezoito *experts* de 15 países participaram do processo de desenvolvimento do *core set* para lombalgia (CIEZA et al., 2004b).

As categorias do *core set* para lombalgia estão relacionadas aos quatro componentes da CIF (Funções do corpo, Estruturas do corpo, Atividades e Participação e Fatores ambientais). Uma parte das categorias corresponde às funções relacionadas à neuro musculoesquelética e ao movimento; funções mentais, sensoriais e de dor; funções genitu urinárias e reprodutivas; e funções do sistema cardiovascular, hematológico, imunológico, e respiratório. As categorias relacionadas com as estruturas do corpo envolvem as estruturas relacionadas ao movimento e do sistema nervoso. No *core set* abrangente para lombalgia, as categorias de Atividades e Participação representam 25% das categorias dele e envolvem situações como mobilidade, vida doméstica, interações pessoais, autocuidado e vida social. O componente com maior peso no *core set* abrangente para lombalgia é o dos fatores ambientais, com vinte e seis categorias (35% do total) (CIEZA et al., 2004b).

Já para o *core set* resumido, das suas 35 categorias, 10 correspondem ao componente Funções do corpo, 3 às Estruturas do corpo, 12 às Atividades e Participação e 10 categorias referem-se ao componente Fatores ambientais (CIEZA et al., 2004b).

Como parte da implantação e do aperfeiçoamento da CIF e de seus *core sets*, eles devem passar por um processo de validação ou estudos piloto (CIEZA et al., 2004b).

3.2 PROCESSO DE VALIDAÇÃO

A validação é o processo no qual se examina a precisão do questionário em um contexto (RAYMUNDO, 2009). Ela pode ser de conteúdo, realizada por profissionais, a fim de confirmar se o instrumento mede o que pretende medir e para sugerir adaptações ou mudanças (GIL, 2008, p.138). Como exemplo desta forma de validação pode-se citar as validações do próprio do *core set* para lombalgia, realizadas em 2004 e 2012 (CIEZA et al., 2004b; GLOCKER et al., 2012). Outra possibilidade de validação é a chamada empírica, com a aplicação do questionário em diferentes contextos, verificando com os sujeitos portadores da doença ou sintomatologia se as categorias são representativas (GIL, 2008, p.138; JONSDOTTIR et al., 2010). Riberto e colaboradores (2011) validaram empiricamente o *core set* abrangente para lombalgia da CIF em um ambulatório para sujeitos com dor lombar crônica inespecífica.

A validação empírica do *core set* resumido do presente estudo será no contexto terapêutico educativo da Escola da Coluna.

Para a validação das categorias do presente estudo serão consideradas as orientações da OMS (JONSDOTTIR et al., 2010). Sugere-se que para as categorias serem representativas ou validadas em um contexto, elas devem ter 20% ou mais da amostra com algum grau de dificuldade (JONSDOTTIR et al., 2010).

Pelos impactos negativos da lombalgia na funcionalidade e na qualidade de vida dos sujeitos, nas implicações familiares e nos vários setores da sociedade (ANDERSSON, 1999; WOOLF et al., 2012), recomenda-se o uso de diversas modalidades de avaliação e classificação quando se aborda este sintoma (CIEZA et al., 2004b). Ainda, segundo a Política Nacional de Saúde Funcional (2011), a insuficiência de informação sobre os estados funcionais dos sujeitos ocasiona uma limitação para acompanhar desfechos da prática clínica.

Reconhecendo a lombalgia como um sintoma com manifestações influenciadas pelo contexto sociocultural e ambiental, além do estrutural e fisiológico, acredita-se na importância de se validar o referido *core set* no contexto deste estudo para que se tenha uma tecnologia leve de classificação da funcionalidade em um contexto diferenciado do ambiente clínico e ao mesmo tempo mais abrangente quando se refere aos instrumentos utilizados atualmente.

3.3 ESCOLA DA COLUNA

O Programa Escola da Coluna surgiu na Suécia em 1969, com a fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forssell. Ela desenvolveu um programa de 4 encontros, com frequência de duas vezes por semana e 45 minutos de duração cada, para tratar pacientes com dor em qualquer região da coluna. Os pacientes também poderiam estar em diferentes estágios da doença (agudo, subagudo ou crônico) (FORSSELL, 1981).

No programa eram abordados temas de anatomia, posturas nas atividades diárias, métodos de tratamento, processo do corpo em se curar, posições de relaxamento, exercícios de fortalecimento muscular, incentivo a prática de atividade física (ANDRADE et al., 2005).

No decorrer dos anos, o programa foi implantado em outros países e sofreu algumas alterações em sua duração, frequência e tempo de cada encontro (HALL; ICETON, 1983; MATTMILLER, 1980). No Brasil, a primeira Escola de Postura foi inserida no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo pelo médico José Knoplich. Isso ocorreu devido à demanda de pacientes com queixas de dor na coluna. As aulas eram oferecidas a um grupo de 10 a 15 pacientes. A partir de então a aplicação do programa foi se expandindo em outras instituições e universidades (ANDRADE et al., 2005).

Em 1993, a Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina) direcionou a Escola de Coluna para pacientes com lombalgia crônica. O programa era realizado em 4 encontros de 60 minutos cada, uma vez por semana e com pequenos grupos, de seis a oito participantes (LIMA et al., 1999).

Programas de escola da coluna tem sido uma alternativa de tratamento para redução de quadros algícos, diminuição de consultas médicas e, conseqüentemente diminuição de ingestão de medicamentos analgésicos (ANDRADE et al., 2005; FURLAN et al., 1998). Em duas revisões sistemáticas, os autores concluíram que há evidência moderada de que a “Escola de Coluna” tem melhor resultado sobre a dor e incapacidade a curto e médio prazos do que os outros tipos de tratamento para pacientes com dor lombar crônica (VAN MIDDELKOOP et al., 2011; VAN TULDER, 2001).

Pacientes lombálgicos crônicos podem se beneficiar do programa, pois ele alia exercícios específicos para as algias de coluna e educação em saúde para o

paciente, com o intuito de que ele melhore clinicamente. Além disso, há um estímulo para a mudança do estilo de vida, representando mais uma vez que o método pode ser eficaz no que diz respeito a lidar com os problemas decorrentes da dor musculoesquelética (ANDRADE et al., 2005; LINTON et al., 1989).

Em uma revisão sistemática sobre as Escolas de Coluna no Brasil, Noll e seus colaboradores (2013) analisaram 18 artigos para discorrer sobre os instrumentos usados para avaliação do programa, as metodologias utilizadas e os resultados alcançados. Verificou-se um predomínio de programas com cinco encontros, mas também houve estudos nos quais foram realizados de 8 a 14 encontros. A frequência dos encontros prevaleceu em uma vez por semana e com duração de 1 hora cada. A composição teórica embasou-se nos temas utilizados na Escola de Coluna sueca, citados anteriormente. A maior parte dos estudos contou com uma parte teórica e a outra prática. Além disso, os encontros eram ministrados apenas por fisioterapeutas, fisioterapeutas e médicos, e equipe multidisciplinar (NOLL et al, 2013).

Para testar a efetividade do programa usualmente aplica-se, no primeiro e último encontro, a escala visual análoga (EVA), o questionário de qualidade de vida (SF-36), e o questionário de incapacidade Roland-Morris (QRM) ou OSWESTRY, (CIEZA et al., 2004b).

A dor é mensurada a partir da aplicação da Escala Visual Análoga (EVA). Ela é representada por uma régua de 0 a 10 onde zero representa nenhuma dor e dez à dor máxima sentida e reportada pelo indivíduo (AGNE, 2005).

O questionário Roland-Morris (QRM) é composto por 24 questões relevantes para descrição da funcionalidade de pacientes com dor lombar. O indivíduo deve ler cada questão e marcar a sentença que o representa no dia em que o questionário está sendo aplicado. Para cada questão assinalada é atribuído um ponto. O escore final é pela a somatória de todos os pontos. Quanto maior a pontuação final, maior será a incapacidade do indivíduo. Assim, a pontuação zero representa nenhuma incapacidade e 24, indica incapacidade funcional total (NUSBAUM et al., 2001).

O SF-36 é um questionário multidimensional formado por 36 itens, de auto-resposta, englobados em oito domínios: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (dois itens), aspectos emocionais (três itens), dor (dois itens), estado geral de saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as

condições de saúde atual e há de um ano atrás, que é de extrema importância para o conhecimento da doença do paciente. Esse instrumento avalia tanto aspectos negativos (doença) como os aspectos positivos (bem-estar). Trata-se de um instrumento de fácil reprodutibilidade e aplicação, permitindo comparações entre diferentes patologias ou tratamentos (CICONELLI et al., 1999).

A aplicação do SF-36 acontece através de uma nota para cada questão, posteriormente transformada em uma escala de 0 a 100 por domínio, em que 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor. Cada dimensão do questionário é avaliada separadamente. Não existe um único valor que sintetize toda a avaliação (CICONELLI et al., 1999). Os instrumentos QRM, EVA e SF-36 são utilizados pelo programa em que se desenvolverá o presente estudo.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo foi de cunho quantitativo e transversal descritivo.

Estudos quantitativos podem ser caracterizados pela natureza dos protocolos de coleta, cuja análise e interpretação de dados são baseadas em variáveis numéricas que se prestam ao tratamento estatístico (LAKATOS e MARCONI, 2000).

Quanto à segunda classificação, são considerados transversais os estudos em que a aquisição dos dados e os resultados obtidos são situados em um mesmo ponto do tempo (GIL, 2010, p. 42 ; LAKATOS e MARCONI, 2000).

Por fim, consideram-se estudos descritivos os que investigam, exploram, classificam ou descrevem características de indivíduos em um determinado contexto (LAKATOS e MARCONI, 2000).

LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em um programa Escola da Coluna, sediado em uma instituição privada de ensino superior no município de Curitiba (Paraná, Brasil). O período da coleta de dados do estudo foi de Abril a Novembro de 2015.

O Programa Escola da Coluna foi implantado para a comunidade, em 2010, à partir da demanda por atendimento fisioterapêutico na Clínica-Escola e também pelos relatos de recidivas que os pacientes da Clínica-Escola apresentavam algum período após o término do tratamento. O programa consolidou-se com o intuito de aliar exercícios específicos com a educação em saúde.

Atualmente, grupos de no máximo 10 participantes realizam 10 encontros, semanais e consecutivos. O primeiro e o último encontro são destinados à avaliação e reavaliação. Os outros 8 encontros são destinados ao tratamento propriamente dito, com duração de uma hora e quinze minutos cada. Dentro desse horário, 45 minutos são destinados às atividades teórico-educativas e os outros 30 minutos às atividades terapêuticas com o Protocolo de Estabilização Segmentar (MOSER et al., 2012). Além disso, são realizados alongamentos para os membros superiores, inferiores e tronco.

O conteúdo das atividades educativas, de forma resumida, consta de:

1) Noções de anatomia, funções da coluna vertebral e postura corporal;

- 2) Fatores produtores de dor lombar e posicionamentos de proteção da coluna tanto no repouso quanto nas atividades da vida diária, além de ergonomia no trabalho e no lar;
- 3) Demonstração e treinamento dos posicionamentos adequados para as seguintes situações: a) posturas prolongadas em pé, b) posição sentada, c) levantar e sentar, d) levantar e carregar peso, e) varrer a casa;
- 4) Atividade física e mecanismos de adaptação e respostas ao exercício de acordo com a idade, benefícios, riscos, como escolher a atividade física adequada a cada perfil;
- 5) Estresse e suas implicações na saúde física e mental;
- 6) Doenças do mundo moderno (Diabetes, hipertensão) e seus impactos na saúde;
- 7) Vivência prática;
- 8) Revisão.

O programa tem como princípio norteador atender pessoas que sofrem de dor lombar na comunidade de Curitiba. As atividades são realizadas de segundas a sextas-feiras nos turnos da manhã e da tarde.

4.2 PARTICIPANTES

No presente estudo, a amostra por conveniência se compôs de voluntários adultos da comunidade, participantes do programa citado. Foi assegurado que as informações coletadas no estudo seriam armazenadas para fins científicos respeitando a resolução 466/2012. A amostra constituiu-se de 69 participantes.

4.2.1 Critérios de inclusão

- Ser do sexo masculino ou feminino;
- Ter idade mínima de 18 anos;
- Ter lombalgia há mais de três meses;
- Ter lombalgia mecânico-degenerativa;
- Apresentar quadro clínico estável;
- Aceitar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.2.2 Critérios de exclusão

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

4.3 INSTRUMENTOS

Com o intuito de verificar aspectos de dor, funcionalidade e qualidade de vida dos participantes do estudo, foram utilizados os dados referentes aos instrumentos Escala Visual Análoga (EVA), questionário Roland-Morris (QRM) e SF-36 (AGNE, 2005; NUSBAUM et al., 2001; CICONELLI et al., 1999).

Para o preenchimento do *core set* resumido da CIF para lombalgia, a autora seguiu o modelo na língua inglesa sugerido pela *ICF - RESEARCH BRANCH* (2012) e o traduziu de acordo com a descrição das categorias contidas na CIF (OMS, 2003) desenvolvendo o instrumento na versão em português intitulado: Questionário do *core set* resumido para lombalgia da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Apêndice I).

O questionário do *core set* foi aplicado através de formulações de perguntas por duas profissionais de saúde especificamente treinadas.

Para a aplicação do questionário do *core set* foi marcado um horário na mesma data da avaliação inicial do programa, de acordo com a disponibilidade de cada sujeito e das pesquisadoras. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II) e após a assinatura do TCLE responderam ao questionário do *core set*. As perguntas foram embasadas na descrição das categorias utilizadas.

Os participantes foram orientados a responder as perguntas com base nos últimos 30 dias com o apoio de duas legendas para escolher o qualificador da CIF

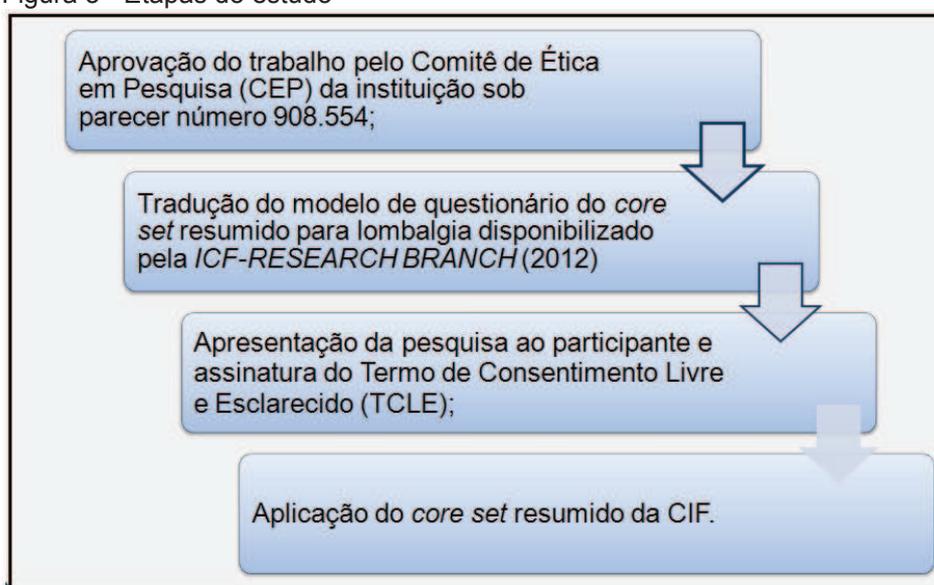
(Apêndice III). A primeira legenda foi utilizada para responder às perguntas referentes aos componentes Funções do Corpo e Atividades e Participação. A segunda legenda foi utilizada para o componente Fatores Ambientais.

4.4 PROCEDIMENTOS

O projeto do estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (CEP/PUCPR) e na data de 11/12/2014 o parecer foi liberado com a aprovação do projeto (ANEXO A).

Após falar com a coordenadora do programa e ter sido liberada a coleta, a pesquisadora entrou em contato com os participantes do programa explicou o projeto e convidou-os a participar. A pesquisadora iniciou então, o agendamento dos dias e horários para a aplicação do *core set*. A outra pesquisadora da equipe procedeu da mesma forma. A coleta foi realizada ao longo dos meses de Abril a Novembro de 2015. A figura abaixo expressa resumidamente as etapas relatadas (Figura 3).

Figura 3 - Etapas do estudo

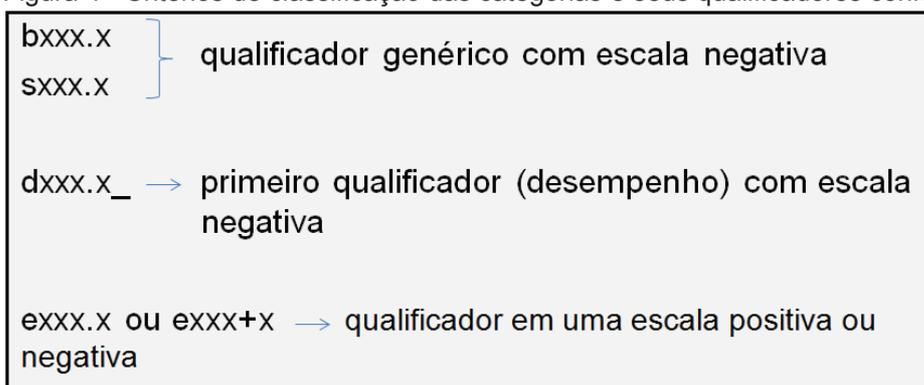


Fonte: a autora, 2016.

Em relação à classificação, as categorias do componente Funções do corpo, representado pela letra “b” e Estruturas do corpo, representado pela letra “s”, foram classificadas a partir de seus códigos acrescidos de um qualificador genérico com

escala negativa, que representa a magnitude de dificuldade ou deficiência que o sujeito apresenta na categoria. As categorias do componente Atividades e Participação, representado pela letra “d”, foram classificadas apenas com o primeiro qualificador genérico, que indica o desempenho ou a magnitude da dificuldade que a pessoa tem em executar a ação descrita pela categoria. As categorias do componente Fatores ambientais, representadas pela letra “e”, foram classificadas com cada código acrescido de um qualificador em uma escala positiva ou negativa de cada categoria. Esta escala representa em que intensidade o sujeito experimenta um fator ambiental como barreira ou facilitador (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). A figura abaixo representa os critérios de classificação das categorias e seus qualificadores conforme cada componente (Figura 4).

Figura 4 - Critérios de classificação das categorias e seus qualificadores conforme cada componente



Fonte: a autora, 2016.

A maior parte das categorias foi classificada pela resposta dada pelo participante. Apenas as três categorias de Estruturas do corpo foram classificadas a partir dos dados contidos no item de exame clínico ou complementar da avaliação fisioterapêutica. Para este componente, faz-se necessária a utilização de um teste físico ou exame complementar para classificar as categorias.

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel 2010 e tratados no IBM SPSS Statistics 20.

Os dados sócio demográficos, as características funcionais e a qualidade de vida dos participantes foram obtidos a partir da avaliação fisioterapêutica.

Como critério de validação das categorias do *core set*, foram verificadas quais delas apresentaram 20% ou mais da amostra com qualificadores que representem alguma dificuldade (JONSDOTTIR et al., 2010). Categorias com um percentual de

dificuldade acima de 20% foram consideradas representativas e validadas para o contexto da Escola da Coluna. Para as categorias do componente Fatores Ambientais foi verificada a marcação da escala positiva e negativa, que representa um facilitador ou uma barreira no dia-a-dia do sujeito. O critério para validação das categorias deste componente foi apresentar 20% da amostra que tenha considerado o fator ambiental como facilitador ou como barreira.

O qualificador 9 corresponde à categoria ser não aplicável e foi considerado neutro no estudo. As categorias que apresentaram o qualificador 8, indicam que o sujeito não conseguiu precisar qual a magnitude da dificuldade nos últimos trinta dias ou, que não foi possível quantificar a magnitude da deficiência a partir dos dados contidos na avaliação.

5 RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos participantes foi obtido a partir da avaliação fisioterapêutica realizada pelo programa Escola da Coluna.

A avaliação permitiu a obtenção de dados das variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, economicamente ativos / inativos, tempo de ocupação, morar sozinho, número de filhos e renda familiar.

Ainda, a avaliação forneceu dados sobre as seguintes condições clínicas: Escala Visual Analógica (EVA), Índice de massa corpórea (IMC), Teste de Valsalva, Teste de Lasegue, Teste distância dedo chão e Teste de Schober. Para os testes musculares de comprimento dos ísquios tibiais e de força dos abdominais superiores e inferiores (Teste de abaixamento dos membros inferiores) utilizou-se a descrição proposta por Kendall et al. (2007, p.190 e 383).

Os resultados referentes às variáveis sociodemográficas estão expostos no quadro 1 e os dados sobre as condições clínicas estão disponíveis no quadro 2.

Quadro 1 - Média \pm desvio padrão e frequência absoluta e relativa (%) das características sociodemográficas da amostra (Curitiba, 2015)

Variável	Resultado
Idade (anos)	41,78 \pm 17,09
Sexo – Feminino	45 (65,2)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	10 (14,5)
Ensino Médio	20 (28,9)
Ensino Superior/ Pós-graduação	39 (56,6)
Estado civil	
Solteiro	20 (29)
Casado	38 (55,1)
Outros	11 (15,9)
Economicamente ativos	54 (78,3)
Tempo de ocupação	
Até 4 anos	34 (49,2)
5 anos ou mais	35 (50,8)

(continua)

Quadro 1 - Média \pm desvio padrão e frequência absoluta e relativa (%) das características sociodemográficas da amostra (Curitiba, 2015) (continuação)

Variável	Resultado
Mora sozinho	7 (10,1)
Número de filhos	
0	27 (39,1)
1	9 (13)
2	20 (29)
3 ou 4	13 (18,8)
Renda familiar (salários mínimos)	
Até 2	11 (15,9)
3 a 4	26 (37,7)
5 ou mais	32 (46,4)

Fonte: a autora, 2016.

Nota: resultados descritos por média \pm desvio padrão ou por frequência absoluta (frequência relativa) (conclusão)

No quadro 1, é possível observar que a idade média dos participantes foi de 41,78 (\pm 17,09) anos e que 65,2% eram do sexo feminino. Na característica escolaridade, 14,5% estudaram o ensino fundamental (completa ou incompletamente), 28,9% estudaram o ensino médio (completa ou incompletamente) e 56,6% estudaram o ensino superior e/ou pós-graduação (completa ou incompletamente).

Em relação ao estado civil, 29% dos participantes eram solteiros, 55,1% casados e os outros 15,9% relataram ser divorciados ou viúvos. Relataram ser economicamente ativos, 78,3% da amostra. Desses, 49,2% referiram estar até 4 anos na mesma ocupação e 50,8% há 5 anos ou mais. Os sujeitos economicamente inativos (29%) eram estudantes, aposentados ou do lar. Apenas 10,1% da amostra relatou morar sozinho.

Quanto ao número de filhos, 39,1% da amostra relatou não ter filhos, enquanto 13% relatou ter apenas 1 e 29% ter 2 filhos. Relatou ter 3 ou 4, 18,8% dos participantes. A renda familiar, considerada em salários mínimos, ficou distribuída da seguinte forma: 15,9% dos sujeitos recebiam até dois salários mínimos, 37,7% recebiam de 3 a 4 salários e 46,4% recebiam 5 salários ou mais.

Esses dados apontam a prevalência de mulheres, participantes com alta escolaridade, casados, economicamente ativos, com pelo menos um filho e com renda familiar acima de três salários mínimos.

Quadro 2 - Média \pm desvio padrão e frequência absoluta e relativa (%) das condições clínicas da amostra (Curitiba, 2015)

Condição clínica	Resultado
EVA	5,10 \pm 2,19
IMC	25,98 \pm 4,55
Teste distância dedo chão	14,37 \pm 11,64
Teste de Schober	4,81 \pm 1,19
Questionário de Rolland Moris	7,8 \pm 4,10
Questionário SF-36	
Capacidade funcional	66,75 \pm 14,93
Aspectos físicos	49,28 \pm 37,37
Dor	43,28 \pm 15,24
Estado geral de saúde	66,06 \pm 16,29
Vitalidade	51,67 \pm 19,32
Aspectos sociais	65,74 \pm 23,73
Aspectos emocionais	52,65 \pm 39,77
Saúde mental	65,57 \pm 19,16
Diagnóstico clínico (sim)	44 (63,8)
Não praticar atividade física	42 (60,9)
Lombalgia com irradiação	37 (53,6)*
Teste de Valsalva (positivo)	21 (30,4)
Teste de Lasegue (positivo)	23 (33,3)**
Teste de comprimento muscular dos Ísquios tibiais - com encurtamento	45 (65,2)
Teste de força muscular dos abdominais superiores	
Grau 3 – regular	38 (55,1)
Grau 4 – bom	14 (20,3)
Grau 5 – normal	17 (24,6)

(continua)

Quadro 2 - Média \pm desvio padrão e frequência absoluta e relativa (%) das condições clínicas da amostra (Curitiba, 2015) (continuação)

Condição clínica	Resultado
Teste de força muscular dos abdominais inferiores	
Grau 3 – regular	41 (60,3)***
Grau 4 – bom	25 (36,8)***
Grau 5 – normal	2 (2,9)***

Fonte: a autora, 2016.

Nota: resultados descritos por média \pm desvio padrão ou por frequência absoluta (frequência relativa)

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

** Sujeitos que referiram dor para a elevação de um ou dos dois membros inferiores

*** Frequência absoluta e relativa referente a 68 sujeitos

(conclusão)

Os dados do quadro 2 mostram que a intensidade da dor na amostra, por meio da EVA, foi de 5,10 (\pm 2,19) e que 53,6% dos participantes relatou irradiação da dor para pelo menos um dos membros inferiores.

O IMC teve uma média de 25,9 (\pm 4,55), apontando sobrepeso. Na característica atividade física 60,9% não praticavam alguma modalidade.

Os testes de Valsalva e Lasegue tiveram resultados positivos para 30,4% e 33,3% dos participantes, respectivamente.

No que se refere aos testes musculares, o de comprimento muscular dos Ísquios tibiais indica que 65,2% dos participantes apresentaram encurtamento desta musculatura bilateralmente. Ainda, o teste de força dos abdominais superiores aponta que 55,1% da amostra apresentou grau 3 ou regular, o que corresponde à pessoa a partir da posição deitada, com os membros superiores estendidos para frente ser incapaz de realizar a flexão do tronco enquanto entra na fase de flexão do quadril. Já 20,3% dos participantes apresentaram grau 4 ou bom, no qual a pessoa realiza a flexão do tronco com os braços cruzados na frente do tórax.

Os demais 24,6% apresentaram grau 5 ou normal. Neste grau, a pessoa é capaz de realizar a flexão do tronco com os braços cruzados atrás da cabeça.

Para o teste de força dos abdominais inferiores, 60,3% dos participantes apresentaram grau 3 ou regular, correspondendo a manutenção da região lombar apoiada sobre o tatame, enquanto abaixam-se os membros inferiores até um ângulo de 60 graus em relação à mesa. O grau 4 ou bom foi alcançado por 36,8% dos participantes. Para este grau, a pessoa consegue manter o abaixamento dos

membros inferiores até um ângulo de 30 graus em relação à mesa. Os demais 2,9% da amostra alcançaram o grau 5 ou normal. Neste grau, com o braços cruzados na frente do tórax, a pessoa consegue manter a região lombar apoiada enquanto abaixa os membros inferiores até o nível da mesa.

Os testes distância dedo chão e Schober foram realizados a fim de verificar o encurtamento muscular da região posterior dos membros inferiores e a mobilidade da coluna vertebral. Na amostra, o primeiro teste apresentou uma média de 14,37 ($\pm 11,64$) e o segundo 4,81 ($\pm 1,19$).

Quanto ao questionário de funcionalidade, QRM, os sujeitos tiveram uma média de 7,80 ($\pm 4,1$). Para os oito domínios referentes ao questionário SF-36 as médias ficaram assim distribuídas: capacidade funcional 66,75 ($\pm 14,9$), aspectos físicos 49,18 ($\pm 37,37$), dor 43,28 ($\pm 15,24$), estado geral de saúde 66,06 ($\pm 16,29$), vitalidade 51,67 ($\pm 19,32$), aspectos sociais 65,74 ($\pm 23,73$), aspectos emocionais 53,65 ($\pm 39,77$) e saúde mental 65,57 ($\pm 19,16$).

Os resultados das categorias do *core set* da CIF para lombalgia foram disponibilizados em 4 quadros, segundo o componente que representam na classificação.

O quadro 3 elenca as categorias correspondentes ao componente Funções do Corpo. Nele está expresso, além do código e do nome da categoria, a frequência absoluta e relativa dos participantes em cada qualificador. A coluna “Magnitude da dificuldade” representada pelos qualificadores 1, 2, 3 e 4 indica o número de participantes que responderam ter algum nível de dificuldade para a categoria. Os qualificadores 0 e 9 correspondem, respectivamente, a nenhuma dificuldade e não aplicável. Logo, foram agrupados na coluna “sem dificuldade”.

O qualificador 8 indica que o sujeito apresentou alguma dificuldade, no entanto, não soube determinar qual a magnitude dela. Isso não ocorreu para os dados obtidos no componente Funções do Corpo.

A coluna do percentual representa a soma das porcentagens relativas dos participantes que apresentaram algum nível de dificuldade nos qualificadores da CIF em “magnitude da dificuldade”. Para todas as categorias deste componente, foi possível saber qual a magnitude da dificuldade que o participante tinha ou se ele não apresentava dificuldade. As categorias que apresentaram 20% ou mais de sujeitos com algum nível de dificuldade foram consideradas representativas na funcionalidade deles, sendo consideradas validadas para a amostra.

Quadro 3 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do componente Funções do Corpo. Percentual final referente à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores da coluna "magnitude da dificuldade" (Curitiba, 2015)

Categoria	Nome da categoria	Qualificador da CIF							% final
		Magnitude da dificuldade				Sem dificuldade			
		1	2	3	4	0	9	8	
b130	Funções da energia e de impulsos	n= 15 %= 21,7	n= 27 %= 39,1	n= 8 %= 11,6	n= 2 %= 2,9	n= 17 %= 24,6	0	0	75,4
b134	Funções do sono	n= 6 %= 8,7	n= 22 %= 31,9	n= 11 %= 15,9	n= 4 %= 5,8	n= 26 %= 37,7	0	0	62,3
b152	Funções emocionais	n= 15 %= 21,7	n= 18 %= 26,1	n= 16 %= 23,2	n= 3 %= 4,3	n= 17 %= 24,6	0	0	75,4
b280	Dor	n= 6 %= 8,7	n= 28 %= 40,6	n= 19 %= 27,5	n= 14 %= 20,3	n= 2 %= 2,9	0	0	97,1
b455	Tolerância ao exercício	n= 18 %= 26,1	n= 20 %= 29	n= 9 %= 13	n= 2 %= 2,9	n= 20 %= 29	0	0	68,2
b710	Mobilidade das articulações	n= 6 %= 8,7	n= 8 %= 11,6	n= 6 %= 8,7	n= 1 %= 1,4	n= 48 %= 69,6	0	0	30,4
b715	Estabilidade das articulações	n= 5 %= 7,2	n= 3 %= 4,3	n= 2 %= 2,9	0	n= 59 %= 85,5	0	0	14,5
b730	Força muscular	n= 6 %= 8,7	n= 13 %= 18,8	n= 8 %= 11,6	0	n= 42 %= 60,9	0	0	39,1
b735	Tônus muscular	0	0	0	0	n= 69 %=100	0	0	0
b740	Resistência muscular	n= 15 %= 21,7	n= 26 %= 37,7	n= 8 %= 11,6	n= 1 %= 1,4	n= 19 %= 27,5	0	0	72,5

Fonte: a autora, 2016.

Das 10 categorias do componente Funções do corpo, 8 tiveram resultados acima de 20%. As categorias com maior dificuldade foram: b280 (Dor) com 97,1%, b130 (Funções da energia e dos impulsos e Funções emocionais) com 75,4% ambas e b735 (Resistência muscular) com 72,5%. Apenas as categorias b715 (Estabilidade das articulações) e b730 (Tônus muscular) apresentaram

porcentagens abaixo de 20%, respectivamente 14,5 e 0%, sendo consideradas não representativas e não validadas nesta amostra.

No quadro 4, estão as categorias referentes ao componente Estruturas do Corpo.

Quadro 4 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do componente Estruturas do Corpo. Percentual final referente à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores da coluna "alguma deficiência" (Curitiba, 2015)

Categoria	Nome da categoria	Qualificador da CIF							% final
		Alguma deficiência				Sem deficiência			
		1	2	3	4	0	9	8	
s120	Medula espinhal e estruturas relacionadas	0	0	0	0	n= 22 %= 31,9	0	n= 47 %= 68,1	0
s760	Estruturas do tronco	0	0	0	0	0	n= 25 %= 36,2	n= 44 %= 63,8	0
s770	Estruturas musculoesqueléticas relacionadas ao movimento	0	0	0	0	0	0	n= 69 %= 100	0

Fonte: a autora, 2016.

Para as três categorias referentes a este componente, não foi possível identificar a magnitude da deficiência na maior parte dos participantes. Na categoria s120 (medula espinhal e estruturas relacionadas), 22 participantes (31,9%) obtiveram o qualificador 0, pois ou apresentaram exame sem alteração da medula espinhal e estruturas relacionadas, ou na avaliação o participante relatou não ter irradiação para os membros inferiores e os resultados dos testes de Valsalva e de Lasegue foram negativos.

Ainda para a categoria s120, os demais participantes (68,1%) receberam o qualificador 8, uma vez que eles apresentaram pelo menos um dos itens na avaliação acima citados positivo. Sabia-se então, que os participantes tinham alguma deficiência, no entanto, os dados obtidos por meio da avaliação fisioterapêutica não permitiram expressar a magnitude dela.

Para a categoria s760 (Estruturas do tronco) foram utilizados os qualificadores 8 e 9. O qualificador 8 foi utilizado para os participantes que tinham um exame clínico de imagem com alteração (63,8%), mas os dados contidos na avaliação

fisioterapêutica não permitiram determinar a magnitude da deficiência. E o qualificador 9 foi usado para os participantes que não tinham um exame (36,2%), sendo não aplicável a categoria para eles.

A categoria s770 (Estruturas músculo esqueléticas relacionadas ao movimento) obteve 100% da amostra com o qualificador 8. Uma vez que não foi possível quantificar o nível de deficiência dos participantes nestas três categorias, elas foram classificadas como não validadas nesta amostra.

O quadro 5 expressa as categorias referentes ao componente Atividades e Participação.

Quadro 5 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do componente Atividades e Participação. Percentual final referente à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores da coluna "magnitude da dificuldade" (Curitiba, 2015)

Categoria	Nome da categoria	Qualificador da CIF							% final
		Magnitude da dificuldade				Sem dificuldade			
		1	2	3	4	0	9	8	
d240	Lidar com o estresse e outras de mandas psicológicas	n= 19 %= 27,5	n= 13 %= 18,8	n= 8 %= 11,6	n= 2 %= 2,9	n= 27 %= 19,1	0	0	60,8
d410	Mudar a posição básica do corpo	n= 14 %= 20,3	n= 21 %= 30,4	n= 12 %= 17,4	n= 4 %= 5,8	n= 18 %= 26,1	0	0	73,9
d415	Manter a posição básica do corpo	n= 12 %= 17,4	n= 22 %= 31,9	n= 18 %= 26,1	n= 13 %= 18,8	n= 4 %= 5,8	0	0	94,2
d430	Levantar e transportar objetos	n= 10 %= 14,5	n= 17 %= 24,6	n= 6 %= 8,7	0	n= 36 %= 52,2	0	0	47,8
d450	Caminhar	n= 11 %= 15,9	n= 7 %= 10,1	n= 2 %= 2,9	n= 1 %= 1,4	n= 48 %= 69,6	0	0	30,3
d530	Cuidados relacionados com o processo de excreção	n= 4 %= 5,8	n= 4 %= 5,8	n= 2 %= 2,9	n= 1 %= 1,4	n= 58 %= 84,1	0	0	15,9
d540	Vestir-se	n= 17 %= 24,6	n= 8 %= 11,6	n= 7 %= 10,1	n= 1 %= 1,4	n= 36 %= 52,2	0	0	47,7

(continua)

Quadro 5 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do componente Atividades e Participação. Percentual final referente à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores da coluna “magnitude da dificuldade” (Curitiba, 2015) (continuação)

Categoria	Nome da categoria	Qualificador da CIF							% final
		Magnitude da dificuldade				Sem dificuldade			
		1	2	3	4	0	9	8	
d640	Realizar tarefas domésticas	n= 12 %= 17,4	n= 22 %= 31,9	n= 8 %= 11,6	n= 5 %= 7,2	n= 18 %= 26,1	n= 4 %= 5,8	0	73,9
d760	Relacionamentos familiares	n= 8 %= 11,6	n= 10 %= 14,5	n= 3 %= 4,3	n= 1 %= 1,4	n= 47 %= 68,1	0	0	31,8
d845	Obter, manter e sair de um emprego	n= 7 %= 10,1	n= 7 %= 10,1	n= 2 %= 2,9	0	n= 30 %= 43,5	n= 23 %= 33,3	0	23,1
d850	Trabalho remunerado	n= 7 %= 10,1	n= 2 %= 2,9	0	0	n= 38 %= 55,1	n= 1 %= 1,4	0	13
d859	Trabalho e emprego e outros especificados e não especificados	0	0	0	0	n= 21 %= 30,4	n= 48 %= 69,6	0	0

Fonte: a autora, 2016.

Do total de 12 categorias, 9 foram consideradas representativas. Dentre as categorias com maior nível de deficiência estão: d415 (manter a posição básica do corpo) com 94,2%, d410 (mudar a posição básica do corpo) e d640 (realizar atividades domésticas) com 73,9% ambas. Esta última categoria apresentou 4 sujeitos que relataram não ser aplicável, pois não realizavam qualquer atividade em casa. As categorias que foram consideradas não validadas foram: d530 (Cuidados relacionados com o processo de excreção) e d850 (Trabalho remunerado) com 15,9% cada e d859 (Trabalho e emprego e outros especificados e não especificados) com 0%.

No quadro 6 estão os resultados referentes ao último componente do *core set*, Fatores Ambientais.

Quadro 6 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do Componente Fatores Ambientais. Percentuais referentes à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores nas colunas "Facilitador" e "Barreira" (Curitiba, 2015)

Categoria	Nome da categoria	Facilitador					%	Barreira					Nem facilitador nem barreira		
		+1	+2	+3	+4			.1	.2	.3	.4	%	0	9	8
e110	Produtos e substâncias para consumo pessoal	n= 3 %= 4,3	n= 8 %= 11,6	n= 8 %= 11,6	n= 33 %= 47,8	75,3	n= 4 %= 5,8	n= 6 %= 8,7	0	n= 2 %= 2,9	2,9	n= 5 %= 7,2	0	0	0
d135	Produtos e tecnologia para o trabalho	n= 3 %= 4,3	n= 10 %= 14,5	n= 9 %= 13	n= 34 %= 49,3	81,1	n= 2 %= 2,9	n= 5 %= 7,2	0	0	10,1	n= 1 %= 1,4	n= 5 %= 7,2	0	0
e155	Arquitetura, construção materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado	n= 4 %= 5,8	n= 12 %= 17,4	n= 7 %= 10,1	n= 25 %= 36,2	69,5	n= 4 %= 5,8	n= 9 %= 13	n= 2 %= 2,9	0	21,7	n= 6 %= 8,7	0	0	0
e310	Família imediata	n= 4 %= 5,8	n= 15 %= 21,7	n= 10 %= 14,5	n= 34 %= 49,3	91,3	n= 2 %= 2,9	n= 1 %= 1,4	0	n= 1 %= 1,4	5,7	n= 2 %= 2,9	0	0	0
e355	Profissionais de saúde	n= 9 %= 13	n= 18 %= 26,1	n= 11 %= 15,9	n= 20 %= 29	84	n= 1 %= 1,4	n= 2 %= 2,9	n= 1 %= 1,4	n= 2 %= 2,9	8,6	n= 4 %= 5,8	n= 1 %= 1,4	0	0
e410	Atitudes individuais de membros da família próxima	n= 6 %= 8,7	n= 9 %= 13	n= 5 %= 7,2	n= 12 %= 17,4	45,3	n= 7 %= 10,1	n= 9 %= 13	n= 5 %= 7,2	n= 12 %= 17,4	47,7	n= 22 %= 31,9	0	n= 1 %= 1,4	0
e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde	n= 6 %= 8,7	n= 7 %= 10,1	n= 2 %= 2,9	n= 5 %= 7,2	28,9	0	n= 3 %= 4,3	0	n= 1 %= 1,4	5,7	n= 43 %= 62,3	n= 2 %= 2,9	0	0

(continua)

Quadro 6 - Frequência absoluta e relativa de respostas dos participantes às categorias do Componente Fatores Ambientais. Percentuais referentes à soma das frequências relativas dos participantes nos qualificadores “Facilitador” e “Barreira” (Curitiba, 2015) (continuação)

Categoria	Nome da categoria	Facilitador						Barreira				Nem facilitador nem barreira		
		+1	+2	+3	+4	%	.1	.2	.3	.4	%	0	9	8
e550	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal	n= 7 %= 10,1	n= 8 %= 11,6	n= 7 %= 10,1	n= 1 %= 1,4	33,2	n= 5 %= 7,2	n= 13 %= 18,8	n= 9 %= 13	n= 5 %= 7,2	46,2	n= 14 %= 20,3	0	0
e570	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social	n= 8 %= 11,6	n= 16 %= 23,2	0	n= 7 %= 10,1	44,9	n= 3 %= 4,3	n= 10 %= 14,5	n= 7 %= 10,1	n= 4 %= 5,8	34,7	n= 12 %= 17,4	n= 2 %= 2,9	0
e580	Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde	n= 5 %= 7,2	n= 20 %= 29	n= 7 %= 10,1	n= 9 %= 13	59,3	n= 1 %= 1,4	n= 6 %= 8,7	n= 9 %= 13	n= 6 %= 8,7	31,8	n= 6 %= 8,7	0	0

Fonte: a autora, 2016.

(conclusão)

Para as categorias deste componente, foram contabilizados os qualificadores que representam tanto facilitadores quanto barreiras na vida diária dos participantes. Todas as categorias apresentaram 20% ou mais dos participantes que as interpretaram como facilitadoras no dia-a-dia deles. As que foram mais representativas foram e310 (Família imediata) com o total de 91,3% dos participantes, e355 (Profissionais da saúde) com 84%, e135 (Produtos e tecnologia para o trabalho) com 81,1% e e110 (Produtos e substâncias para o consumo pessoal) com 75,3%.

Metade das categorias foi interpretada como barreira, sendo elas: e410 (Atitudes individuais dos membros da família próxima) com 47,7% dos participantes, e550 (Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal) com 46,2%, e570 (Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social) com 34,7%, e580 (Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde) com 31,8% e e155 (Arquitetura, construção materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado) com o menor percentual, mas não menos importante 21,7%.

Do total das 35 categorias aplicadas, 27 foram representativas para a amostra estudada. O quadro abaixo (Quadro 7) apresenta os componentes com as respectivas categorias consideradas validadas no presente estudo.

Quadro 7 – Categorias consideradas validadas para a amostra

Componente	Código da categoria	Nome da categoria
Funções do corpo	b130	Funções da energia e de impulsos
	b134	Funções do sono
	b152	Funções emocionais
	b280	Dor
	b455	Tolerância ao exercício
	b710	Mobilidade das articulações
	b730	Força muscular
	b740	Resistência muscular

(continua)

Quadro 7 – Categorias consideradas validadas para a amostra (continuação)

Atividades e participação	d240	Lidar com o estresse e outras de mandas psicológicas
	d410	Mudar a posição básica do corpo
	d415	Manter a posição básica do corpo
	d430	Levantar e transportar objetos
	d450	Caminhar
	d540	Vestir-se
	d640	Realizar tarefas domésticas
	d760	Relacionamentos familiares
	d845	Obter, manter e sair de um emprego
Fatores Ambientais	e110	Produtos e substâncias para consumo pessoal
	d135	Produtos e tecnologia para o trabalho
	e155	Arquitetura, construção materiais e tecnologias arquitetônicas em prédios para uso privado
	e310	Família imediata
	e355	Profissionais de saúde
	e410	Atitudes individuais de membros da família próxima
	e450	Atitudes individuais de profissionais de saúde
	e550	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a área jurídico-legal
	e570	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a segurança social
	e580	Serviços, sistemas e políticas relacionadas com a saúde

(conclusão)

6 DISCUSSÃO

A lombalgia crônica é um sintoma multi causal comumente acompanhado por alterações fisiológicas, estruturais e por manifestações influenciadas pelos contextos ambiental e sociocultural. Assim sendo, acredita-se na importância de se estudar esses fatores a partir de uma visão em que todos se correlacionem e permitam expressar os estados de saúde dos sujeitos com dor lombar. Esta visão, chamada biopsicossocial, é proporcionada pela CIF.

Como o uso desta classificação em situações específicas (*core sets*) e em contextos diferentes ainda requer validações (CIEZA et al., 2004b), a aplicação do referido *core set* resumido para lombalgia da CIF no contexto de uma Escola de Coluna permitiria a versão de uma tecnologia leve de classificação da funcionalidade em um contexto diferenciado do ambiente clínico e ao mesmo tempo mais abrangente quando se refere aos instrumentos utilizados atualmente.

Ressalta-se, que a CIF não é um instrumento para a avaliação da pessoa e de suas condições de saúde. Ela classifica os estados de saúde dos indivíduos em conjunto com outros instrumentos de medida e questionários.

O conjunto de categorias utilizado permitiu classificar os estados de funcionalidade e de saúde dos sujeitos. Até o momento foi a primeira vez que se aplicou o *core set* resumido para lombalgia da CIF em participantes de uma abordagem terapêutico-educativa, com o intuito de subsidiar as avaliações e utilizar os resultados para incrementar as intervenções.

Em relação aos demais questionários utilizados para verificar a funcionalidade (QRM) e a qualidade de vida (SF-36), estes também expressaram comprometimentos tanto na funcionalidade, com grau moderado, quanto na qualidade de vida, com alterações nos domínios Dor e Aspectos físicos seguidos de Vitalidade e Aspectos emocionais.

De maneira geral, as categorias do *core set* resumido para lombalgia da CIF foram consideradas representativas e validadas no contexto de uma Escola da Coluna. Do total de 35 categorias, 27 (77,1%) foram representativas para a amostra estudada. Dentre elas, 8 corresponderam ao componente Funções do corpo, 9 ao Atividades e Participação e 10 ao Fatores ambientais.

A prevalência de mulheres e de sujeitos com idade média na quarta década de vida corrobora com estudos realizados em pacientes lombálgicos e relacionados à CIF (JONSDOTTIR et al., 2010; RIBERTO et al., 2011). Ainda, a maior incidência de dor na fase economicamente produtiva e o aumento com a idade confirmam os achados do presente estudo (ANDERSSON, 1999; MOSER et al., 2012).

Em relação às condições clínicas da amostra, a intensidade da dor como moderada, verificada por meio da EVA, é relatada também em outros estudos com pacientes lombálgicos participantes de Escola da Coluna (DURMUS et al., 2014; TSUKIMOTO, 2006). A dor, sendo o principal sintoma relatado pelos sujeitos, foi o motivo pelo qual buscaram o programa.

Mais da metade da amostra (63,8%) apresentou diagnóstico clínico realizado por médico e sustentado por exames clínicos. Os demais participantes foram incluídos no programa, pois apresentaram alterações em testes específicos e em exames de força e comprimento muscular, além da história da doença atual e pregressa de cada sujeito. Alterações estas, que fundamentadas pela literatura (IMAMURA et al., 2001), caracterizam pacientes com lombalgia mecânica e degenerativa.

No que diz respeito à escolaridade, em que a maior parte da amostra cursou o ensino superior/ pós-graduação completa ou incompletamente, acredita-se que esta prevalência tenha sido favorecida pela pesquisa ter sido realizada em uma instituição de ensino superior. No entanto, o programa Escola da Coluna foi divulgado em diferentes meios de comunicação e para a comunidade em geral.

Outra hipótese para este achado é proposta a partir de uma observação ergonômica e biomecânica: um maior o tempo de estudo ou tipo de ocupação requer que os indivíduos permaneçam mais tempo na posição sentada, e a permanência em uma mesma postura é um dos fatores que pode desencadear quadros dolorosos (IMAMURA et al., 2001) e até mesmo alterações estruturais (SALVE; BANKOFF, 2003). Ainda, a escolaridade é diretamente relacionada ao autocuidado, ao entendimento e a prática de orientações sobre a saúde, além da melhor aderência ao tratamento (BARBUI; COCO, 2002).

Não foram coletados dados referentes ao tempo de queixa e tempo de busca para o cuidado com a saúde. No entanto, percebeu-se pelos relatos dos sujeitos que há uma demora em buscar atendimento após a instalação do quadro doloroso. Outro relato bastante comum foi o de os sujeitos estarem acostumados a conviver com a

dor. Sabe-se, porém, que a dor é um sintoma fisiológico de defesa que indica que algo no organismo não está bem e algo precisa ser feito (HUSH et al., 2013). No entanto, em quadros crônicos, apenas a intervenção medicamentosa muitas vezes não é mais suficiente para reduzir os sintomas (FINNERUP et al., 2015) uma vez que eles já alteraram outros aspectos de saúde anteriormente citados, precisando do apoio e acompanhamento de mais profissionais da saúde (NOLL et al., 2014).

No que se refere às demais condições físicas alteradas nos testes físicos, como encurtamento de ísquios tibiais, fraqueza da musculatura superior e inferior do abdômen, e Teste de Schober é possível observar o comprometimento das estruturas músculo-esqueléticas da amostra. Estas alterações foram encontradas e citadas por IMAMURA et al. (2001) e também por GOUVEIA; GOUVEIA (2008) quando estudaram sujeitos lombálgicos crônicos. Achados referentes à força muscular e à mobilidade das articulações foram quantificados por categorias da CIF, permitindo uma articulação entre a CIF e a avaliação fisioterapêutica do programa. Torna-se possível, à luz da CIF, que profissionais do programa incluam exercícios de fortalecimento e alongamento das estruturas comprometidas.

Com relação à média do IMC, a amostra apresentou condição de sobrepeso, corroborando a realidade da população brasileira (BRASIL, 2010, p. 34, apud BRASIL, 2011) e com resultados de outros estudos sobre lombalgia (RIBERTO et al., 2011; SMUCK et al., 2014). Acredita-se em uma associação entre o sobrepeso e a baixa prática de atividade física encontrada na amostra, achada também em outros estudos (MENDONÇA; DOS ANJOS, 2004; THOMAZ et al., 2010). Dentre os motivos elencados à baixa prática de atividade física estiveram as limitações físicas, a dor e a falta de ânimo.

Esse relato pode ser corroborado com a dificuldade expressiva dos sujeitos (75,4%) na categoria b130, descrita como “Funções mentais gerais dos mecanismos fisiológicos e psicológicos que estimulam o indivíduo a agir de modo persistente para satisfazer suas necessidades específicas e seus objetivos”, “inclui: função do nível de energia, motivação, apetite, desejo, e controle dos impulsos” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Este resultado nos remete à interdependência entre os componentes Funções do corpo e Atividades e Participação da CIF, a qual pode ser acentuada em sujeitos lombálgicos crônicos impactando na qualidade de vida (SMUCK et al., 2014).

Dos quatro componentes que compõem o *core set* resumido para lombalgia da CIF, o componente Funções do corpo foi o que mais apresentou categorias com importantes níveis de dificuldade para os sujeitos. As categorias desse componente relacionadas à energia, funções emocionais, dor, tolerância a exercícios e resistência muscular são bastante típicas nessa população (WEIGL et al., 2007). Não obstante, vinculam-se com principais motivos relatados para não realização de uma atividade física, citados anteriormente.

O componente Atividades e Participação foi o segundo que mais apresentou categorias representativas para a amostra. Neste componente, interpretam-se as atividades dos sujeitos como as ações executadas na vida diária e a participação, como o envolvimento nas diferentes situações da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Este é um componente bastante vasto quanto às características típicas dos sujeitos com lombalgia, pois retrata estados de funcionalidade relacionados aos aspectos do dia-a-dia, profissional, relacionamento e demandas psicológicas (CIEZA et al., 2004b).

Dentre as categorias com maior comprometimento nesse componente, estão às de manutenção de postura, mudança de postura, realização das atividades diárias e lidar com o estresse e outras demandas psicológicas. Infere-se que as três primeiras categorias demandam o envolvimento das estruturas do tronco, que por sua vez, também se apresentaram alteradas tanto nos testes físicos quanto no componente Estruturas do corpo. Riberto e colaboradores (2011), ao avaliar sujeitos lombálgicos crônicos em ambulatório, também constataram maiores comprometimentos nas categorias acima citadas.

Com relação ao estresse e outras demandas psicológicas, acredita-se que o estresse também se relacione diretamente com alterações nas estruturas do corpo (KOZLOWSKA, 2013), uma vez que ocorre o aumento geral do tônus e das tensões musculares, alterando momentaneamente ou cronicamente as estruturas. Referente às demandas psicológicas, segundo a própria descrição da categoria, envolve o lidar com responsabilidades, estresse e crise (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Os fatores mais comumente citados pelos sujeitos foram relacionados à pressão do trabalho e do dia-a-dia e à jornada de trabalho. Assim, percebe-se que estas alterações podem comprometer as atividades e participações dos sujeitos da amostra, possibilitando que as intervenções adequem temas e vivências com enfoque direcionado aos fatores citados. Outros estudos também citam as

alterações psicológicas como um fator que pode estar associado a dor lombar crônica (CRUZ et al., 2003; VAN TULDER, 2001).

Quatro categorias do componente Atividades e participação apresentaram valores distintos entre a amostra do presente estudo e a amostra do de Riberto e colaboradores (2011). A categoria de relacionamentos familiares (d760) foi representativa no presente estudo, enquanto no outro não. Por outro lado, as categorias d530 (Cuidados relacionados ao processo de excreção), d850 (Trabalho remunerado), d855 (Trabalho não remunerado) não foram representativas no presente estudo e foram para o outro. Acredita-se que o nível de escolaridade e/ ou a escolha da profissão, somados à interpretação dos fatores ambientais relacionados ao trabalho como facilitadores contribuam para a redução do comprometimento da categoria d850, na amostra do presente estudo. Apesar de se perceber a diferença entre as outras duas categorias há dificuldade em inferir o porquê das diferenças nos resultados.

No que diz respeito ao componente Fatores ambientais, todas as categorias no presente estudo tiveram um percentual acima de 20% para a interpretação do ambiente como facilitador. Este achado corrobora com outros estudos em que há relato de grande importância dos fatores ambientais interpretados como facilitadores nesta população (JONSDOTTIR et al., 2010). No entanto, houve mais categorias interpretadas como barreira quando comparadas ao estudo citado, realizado na Alemanha, no qual encontraram apenas o clima como barreira. Apesar da categoria Clima não estar contida no *core set* resumido para lombalgia, este foi um item relatado para a piora do quadro doloroso nos sujeitos. Salienta-se também que as demais categorias destacadas como barreira no presente estudo são relacionadas aos serviços, sistemas e políticas e que as interpretações como barreiras ou facilitadores podem diferir de um país para o outro (CIEZA et al., 2004b).

Segundo Brockow et al. (2004), as categorias da CIF com maior relevância para sujeitos com lombalgia concentram-se nos componentes Atividades e Participação e nos Fatores ambientais. Araújo relata que a intervenção embasada nos componentes da CIF deve iniciar pelas alterações no ambiente em que o indivíduo está (ARAÚJO, 2013). Esta informação é bastante relevante quando se pensa em programas terapêuticos educativos, como a Escola da Coluna, pois há uma abordagem teórica para reduzir dúvidas e informar os sujeitos quanto aos

aspectos a serem modificados em seu dia-a-dia (ANDRADE et al., 2005; MOSER et al., 2012).

No que se refere ao componente Estruturas do corpo, houve uma limitação do estudo quanto aos dados obtidos por meio da avaliação. Isto não permitiu quantificar a magnitude das alterações neste componente. No entanto, foi possível perceber que há alterações das estruturas, corroborando o fato que muitos dos sintomas relacionados à lombar advêm de alterações várias estruturas da coluna, incluindo músculos, ligamentos, fáscias, vasos, ossos (CIEZA et al., 2004b; CRUZ et al., 2003).

Em relação a CIF, políticas públicas embasadas nessa classificação, como a Política Nacional de Saúde Funcional, vêm sendo desenvolvidas no sentido de avaliar, orientar e tratar os indivíduos de uma maneira mais ampla. Contudo, a operacionalização dessas políticas ainda é incipiente, não havendo clareza na metodologia para uso da classificação nos serviços de saúde e nem para a análise dos resultados obtidos a partir de sua aplicação. A importância de utilizar a CIF é de aprimorar o tratamento das doenças, compreendendo os fatores que podem estar associados a elas e preveni-las (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Além disso, seu uso pode reduzir gastos relacionados com seguridade social e demanda de profissionais específicos, uma vez que a ênfase da CIF encontra-se na atenção básica. Portanto, reforça-se a importância do uso da classificação nesses contextos (POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL, 2011; BRASIL, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível elaborar um questionário do *core set* resumido para lombalgia da CIF a partir do modelo proposto pela ICF- RESEARCH BRANCH, aplicá-lo no contexto de uma Escola da Coluna e utilizar os dados obtidos para acessar os estados de saúde dos participantes como forma de validação das categorias do *core set*.

Acredita-se que os achados do presente estudo possibilitarão a utilização deste subsídio junto à avaliação fisioterapêutica permitindo que ajustes e adequações da abordagem utilizada na Escola da Coluna sejam feitas pelos profissionais do programa.

A utilização de parâmetros da Organização Mundial da Saúde para o critério de validação das categorias viabiliza comparações em estudos futuros e referencia os profissionais que trabalham com esta abordagem. No presente estudo foram validadas 27 (77,1%) das 35 categorias do *core set*. No entanto, sugere-se que mais estudos sejam feitos, a fim de complementar estes resultados.

A experiência desta validação utilizando a CIF para acessar os aspectos funcionais dos participantes da Escola da Coluna é única até o presente momento. Além disso, os aspectos biopsicossociais contemplados pela classificação se mostraram pertinentes junto aos demais instrumentos utilizados pelo programa. É possível inferir que as categorias validadas possibilitam a geração de uma ferramenta leve de classificação para o contexto da Escola da Coluna. Ressalta-se, que as demais categorias devem ser contempladas em estudos futuros, com o intuito de verificar sua validade.

Cabe ressaltar também que para a abrangência da aplicação e a operacionalização da classificação por profissionais de diferentes áreas e em diferentes contextos, há necessidade de estratégias que padronizem sua aplicação.

Espera-se que este estudo auxilie outros pesquisadores a compreender melhor os aspectos multifatoriais da lombalgia utilizando a CIF, bem como a replicação do estudo em outras Escolas de Coluna, em diferentes regiões ou contextos.

Sugere-se que outros estudos apliquem a classificação como forma de monitorar os desfechos do programa e que acompanhem a médio e longo prazo a

funcionalidade dos participantes do programa. Assim, abrange-se o entendimento da lombalgia, favorecendo uma melhor atuação dos profissionais da saúde envolvidos neste processo de reabilitação, principalmente no que se refere à educação em saúde. Essas informações, traduzidas para a linguagem da CIF, permitirão avanços na linguagem mundial no que se refere à dor lombar. Além disso, o uso de uma ferramenta leve pode motivar estudantes e pesquisadores a gerar um programa computacional embasado na CIF, que possibilite o gerenciamento de dados para estudos com esta classificação.

O presente estudo apresentou algumas limitações como: insuficiência de dados extraídos da avaliação para quantificar as categorias do componente Estruturas do corpo; abrangência das categorias e pouca especificidade delas principalmente nos componentes Atividades e participação e Fatores ambientais. Estes componentes contêm uma gama de exemplos em cada categoria. Alguns sujeitos relataram que em algumas situações há certa dificuldade em escolher um qualificador que seja representado para toda a categoria. Assim sendo, é necessário anotar qual é o exemplo que o sujeito tem dificuldade para que a intervenção seja a mais direcionada possível.

Acredita-se que a validação do *core set* resumido para lombalgia poderá ser uma contribuição para futuras comparações com os atuais instrumentos utilizados pelo programa reforçando o seu poder de evidência.

REFERÊNCIAS

ANDERSSON, G. B. Epidemiological features of chronic low-back pain. **The lancet**. v. 354, n. 9178, p. 581-585, 1999. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01312-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01312-4).

ARAÚJO, E. S. D. CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v.2, n.1, p. 6-13, 2013. Disponível em: <<http://www.fisioterapiaesaudefuncional.ufc.br/index.php/fisioterapia/article/view/313>> Acesso em: 15 jan 2016.

ANDRADE, S. C. D.; ARAÚJO, A. G. R. D.; VILAR, M. J. P. Back School: historical revision and its application in chronic low back pain. **Revista Brasileira de Reumatologia**. v. 45, n. 4, p. 224-228, 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042005000400006>.

BARBUI, E. C.; COCCO M. I. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 1, p. 97-103, 2002. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41278/44836>> Acesso em: 15 jan 2016.

BATTISTELLA, L. R.; DE BRITO, C. M. M. E REFLEXÕES Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). **Acta Fisiátrica**. v. 8, n. 1, p. 18-23, 2002. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br/edicoes.asp?vol=9&ano=2002>> Acesso em: 15 jan 2016.

BIGOS, S. J.; BATTIE, M. C.; SPENGLER, D. M.; FISHER, L. D.; FORDYCE, W. E.; HANSSON, T.; NACHEMSON, A. L.; ZEH, J. A longitudinal, prospective study of industrial back injury reporting. **Clinical orthopaedics and related research**. v. 279, p. 21-34, 1992. Disponível em: <http://journals.lww.com/corr/Abstract/1992/06000/A_Longitudinal,_Prospective_Study_of_Industrial.4.aspx> Acesso em: 15 jan 2016.

BRASIL, Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012- 2015. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>> Acesso em: 15 jan 2016.

BROCKOW, T.; CIEZA, A.; KUHLOW, H.; SIGL, T.; FRANKE, T.; HARDER, M.; STUCKI, G. Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on musculoskeletal disorders and chronic widespread pain using the International Classification of Functioning, Disability and Health as a reference. **J of Rehab Med.** v. 36, p. 30-36, 2004. doi: 10.1080/16501960410015371.

BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Acta Fisiátrica.** v. 10, n. 1, p. 29-31, 2003. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br/edicoes.asp?vol=10&ano=2003>> Acesso em: 15 jan 2016.

CASTANEDA, L.; CASTRO, S. S. D. Brazilian publications on the International Classification of Functioning. **Acta Fisiátrica.** v. 20, n. 1, p. 29-36, 2013. Disponível em: <<http://www.actafisiatrica.org.br/default.asp?ed=77>> Acesso em: 15 jan 2016.

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). **Revista Brasileira de Reumatologia.** v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

CIEZA, A.; EWERT, T.; USTUN, T. B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N.; STUCKI, G. Development of ICF *Core sets* for patients with chronic conditions. **J Rehabil Med.** suppl. 44 p. 9-11, 2004a. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15370742>> Acesso em: 15 jan 2016.

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. **J Rehabil Med.** v. 36, p. 69-74, 2004b. doi: 10.1080/16501960410016037.

CRUZ, M.; MATOS, A.; BRANCO, J. A Metrologia no estudo das lombalgias. **Acta Reumatológica Portuguesa.** v. 28, n. 3, p. 157-164, 2003. Disponível em :

<http://www.actareumatologica.pt/archive_detail.php?id=40> Acesso em: 15 jan 2016.

DI NUBILA, H. B. Uma introdução à CIF–Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 35, n. 121, p. 122-123, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100013>.

DURMUS, D.; UNAL, M.; KURU, O. How effective is a modified exercise program on its own or with back school in chronic low back pain? A randomized-controlled clinical trial. **J Back Musculoskelet Rehabil** v. 27, n. 4, p. 553-561, 2014. doi: [10.3233/BMR-140481](https://doi.org/10.3233/BMR-140481).

EWERT, T.; FUESSL, M.; CIEZA, A.; ANDERSEN, C.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, N.; STUCKI, G. Identification of the most common patient problems in patients with chronic conditions using the ICF checklist. **J Rehabil Med**. v. 36, p. 22-29, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15370744>> Acesso em: 15 jan 2016.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**. v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011>.

FINNERUP, N. B.; ATTAL, N.; HAROUTOUNIAN, S.; MCNICOL, E.; BARON, R.; DWORKIN, R. H.; GILRON, I.; HAANPÄÄ, M.; HANSSON, P.; JENSEN, T. S.; KAMERMAN, P. R.; LUND, K.; MOORE, A.; RAJA, S. N.; RICE, A. S. C.; ROWBOTHAM, M.; SENA, E.; SIDDALL, P.; SMITH, B. H.; WALLACE, M. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Neurology**. v. 14, n. 2, p. 162-173, 2015. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70251-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70251-0).

FORSSELL, M. Z. The back school. **Spine**. v. 6, n. 1, p. 104-106, 1981.

FURLAN, A. D.; CASTRO, A. W. D.; CHUNG, T. M.; IMAMURA, S. T.; CAMANHO, G. L. Escola de Coluna: Programa desenvolvido no Instituto de Ortopedia e

Traumatologia do HC/FMUSP. **Acta ortopédica brasileira**. v. 6, n. 2, p. 55-60, 1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=225345&indexSearch=ID>> Acesso em: 15 jan 2016.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ªed. São Paulo: Atlas, 2008. p.138.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ªed. São Paulo: Atlas, 2010. p.42.

GLOCKER, C.; KIRCHBERGER, I.; GLÄßEL, A.; FINCZICZKI, A.; STUCKI, G.; CIEZA, A. Content validity of the comprehensive international classification of functioning, disability and health (ICF) core set for low back pain from the perspective of physicians: a Delphi survey. **J Chronic Illness**. v.9 n.1 p.57-62, 2012. doi: 10.1177/1742395312451280.

GOUVEIA, K. M. C.; GOUVEIA, E. C. O músculo transverso abdominal e sua função de estabilização da coluna lombar. **Fisioterapia e Movimento**. v. 21, n. 3, p. 45-50, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=530574&indexSearch=ID>> Acesso em: 15 jan 2016.

HALBERTSMA, J. The ICIDH: health problems in a medical and social perspective. **Disability & Rehabilitation**. v. 17, n. 3-4, p. 128-134, 1995. doi: 10.3109/09638289509166707

HALL, H.; ICETON, J. A. Back school: An overview with specific reference to the Canadian back education units. **Clinical orthopaedics and related research**. v. 179, n. p. 10-17, 1983. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6225591>> Acesso em: 15 jan 2016.

HUSH, J. M.; STANTON, T. R.; SIDDALL, P.; MARCUZZI, A.; ATTAL, N. Untangling nociceptive, neuropathic and neuroplastic mechanisms underlying the biological

domain of back pain. **Pain management**. v. 3, n. 3, p. 223-236, 2013. doi: 10.2217/pmt.13.11

ICF RESEARCH-BRANCH. **ICF Documentation form**. Alemanha, 2012. Disponível em: < <http://www.icf-core-sets.org/en/page4.php>>. Acesso em: 16 dez 2015.

IMAMURA, S. T.; KAZIYAMA, H. H. S.; IMAMURA, M. Lombalgia. **Revista de Medicina**. v. 80, n. 2, p. 375-390, 2001. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/70000>> Acesso em: 15 jan 2016.

JONSDOTTIR, J.; RAINERO, G.; RACCA, V.; GLÄSSEL, A.; CIEZA, A. Functioning and disability in persons with low back pain. **Disability and Rehabilitation**. v. 32, suppl. 1, p. 78-84, 2010. doi: 10.3109/09638288.2010.514970.

KOZLOWSKA, K. Stress, Distress, and Bodytalk: Co-constructing Formulations with Patients Who Present with Somatic Symptoms. **Harvard Review of Psychiatry**. v. 21, n. 6, p. 314-333, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24196431>> Acesso em: 15 jan 2016.

LAKATUS, E. M.; MARCONI, M. A. Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LEITÃO A., LEITÃO V.A. Lombalgias. In: LEITÃO, A. **Clínica de reabilitação**. São Paulo, Atheneu, 1995, p.179-95.

LIMA, D. S. N., OLIVEIRA, L. M., FONSECA, K. S., ARAÚJO, P. M. P., NATOUR J. Escola de Coluna no Tratamento da Dor Lombar. **Sinopse Reumatol**. v. 3, p. 67-8, 1999.

LINTON, S. J.; BRADLEY, L. A.; JENSEN, I.; SPANGFORT, E.; SUNDELL, L. The secondary prevention of low back pain: a controlled study with follow-up. **Pain**. v. 36,

n. 2, p. 197-207, 1989. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2521930>> Acesso em: 15 jan 2016.

MATTMILLER, A. The California back school. **Physiotherapy**. v. 66, n. 4, p. 118, 1980. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6449022>> Acesso em: 15 jan 2016.

MOSER, A. D.; SCHARAN, K. O.; PEREIRA, P. A.; PASSINI, C. Escola da coluna associada a estabilização segmentar na lombalgia mecânico-degenerativa. **Revista Terapia Manual**. v.1 n.1 p. 364-373, 2012.

NOLL, M.; VIEIRA, A.; DARSKI, C.; CANDOTTI, C. T. Escolas posturais desenvolvidas no Brasil: revisão sobre os instrumentos de avaliação, as metodologias de intervenção e seus resultados. **Revista Brasileira De Reumatologia**. v. 54, n. 1, p. 51-58, 2013. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2013.04.007>.

NUSBAUM, L.; NATOUR, J.; FERRAZ, M.; GOLDENBERG, J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire-Brazil Roland-Morris. **Braz J Med Biol Res**. v. 34, n. 2, p. 203-210, 2001. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-879X2001000200007>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP; 2003.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE FUNCIONAL (PNSF). Ministério da Saúde (BR), **Política Nacional de Saúde Funcional: Construindo MAIS saúde para a população brasileira**. Brasília, 2011. Disponível em: <<https://xa.yimg.com/kq/groups/18516898/.../PNSF+-+18.11.2010.doc>> Acesso em: 15 jan 2016.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje—Estudos e debates em linguística, literatura e língua portuguesa**, v. 44, n. 3, 2009. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fale/issue/view/390>> Acesso em: 15 jan 2016.

RIBERTO, M. *Core sets* da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 5, p. 938-946, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500021>.

RIBERTO, M.; CHIAPPETTA, L. M.; LOPES, K. A. T.; BATTISTELLA, L. R. A experiência brasileira com o *core set* da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde para lombalgia. **Coluna/Columna**. v. 10, n. 2, p. 121-126, 2011. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512011000200008>.

SALVE, M. G. C.; BANKOFF, A. D. P. Postura corporal: um problema que aflige os trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 28, n. p. 91-103, 2003. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572003000100010>.

SELB, M.; ESCORPIZO, R.; KOSTANJSEK, N.; STUCKI, G.; USTÜN, B.; CIEZA, A. A guide on how to develop an international classification of functioning, disability and health core set. **Eur J Phys Rehab Med**. v. n. p. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24686893>> Acesso em: 15 jan 2016.

STUCKI, G.; GRIMBY, G. Applying the ICF in medicine. **Eur J Phys Rehab Med** v. n. 44 Suppl, p. 5, 2004. doi: 10.1080/16501960410022300

STUCKI, G.; CIEZA, A.; MELVIN, J. The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. **J Rehab Med**. v. 39, n. 4, p. 279-285, 2007. doi: 10.2340/16501977-0041.

TSUKIMOTO G. R.; RIBERTO M.; BRITO C. A.; BATTISTELLA L. R. Avaliação longitudinal da Escola de Postura para dor lombar crônica através da aplicação dos questionários Roland Morris e Short Form Health Survey (SF-36). **Acta Fisiátrica**. v.13, n.2, p. 63-69, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p
&nextAction=lnk&exprSearch=483873&indexSearch=ID> Acesso: 15 jan 2016.

VAN MIDDELKOOP, M.; RUBINSTEIN, S. M.; KUIJPERS, T.; VERHAGEN, A. P.;
OSTELO, R.; KOES, B. W.; VAN TULDER, M. W. A systematic review on the
effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low
back pain. **Eur Spine J.** v. 20, n. 1, p. 19-39, 2011. doi: 10.1007/s00586-010-1518-3.

VAN TULDER, M. Treatment of low back pain: myths and facts. **Schmerz.
Germany.** v. 15, n. 6, p. 499-503, 2001. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11793157>> Acesso em: 15 jan 2016.

VOLINN, E. The Epidemiology of Low Back Pain in the Rest of the World: A Review
of Surveys in Low-and Middle-Income Countries. **Spine.** v. 22, n. 15, p. 1747-1754,
1997. Disponível em:
<[http://journals.lww.com/spinejournal/pages/articleviewer.aspx?year=1997&issue=08
010&article=00013&type=abstract](http://journals.lww.com/spinejournal/pages/articleviewer.aspx?year=1997&issue=08010&article=00013&type=abstract)> Acesso em: 15 jan 2016.

VOS, T.; FLAXMAN, A. D.; NAGHAVI, M.; LOZANO, R.; MICHAUD, C.; EZZATI, M.;
SHIBUYA, K.; SALOMON, J. A.; ABDALLA, S.; ABOYANS, V. Years lived with
disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a
systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The lancet.** v.
380, n. 9859, p. 2163-2196, 2013. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.

WEIGL, M.; CIEZA, A.; ANDERSEN, C.; KOLLERITS, B.; AMANN, E.; STUCKI, G.
Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a
Delphi exercise. **J Rehabil Med.** v. n. 44 Suppl, p. 12-21, 2004. doi:
10.1080/16501960410015443

WEIGL, M.; CIEZA, A.; CANTISTA, P.; STUCKI, G. Physical disability due to
musculoskeletal conditions. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology.** v.
21, n. 1, p. 167-190, 2007. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17350551>> Acesso em: 15 jan 2016.

WOELLNER, Adélia Maria. **Infinito em mim**. Curitiba: Edição artesanal, 1997 p.90.

WOOLF, A. D.; ERWIN, J.; MARCH, L. The need to address the burden of musculoskeletal conditions. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**. v. 26, n. 2, p. 183-224, 2012. doi: 10.1016/j.berh.2012.03.005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International classification of functioning, disability and health: ICF**. Geneva, 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icf/en/>> Acesso em: 15 jan 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Technological report series. The burden of musculoskeletal conditions at the start of a new millennium**. Geneva, 2003. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42721>> Acesso em: 15 jan 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**. Geneva, Out 2013. Disponível em: <www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf> Acesso em: 15 jan 2016.

**APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO DO CORE SET RESUMIDO PARA LOMBALGIA
DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DA FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE
E SAÚDE (CIF)**

Informação do Paciente

FUNÇÕES DO CORPO Funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)		Sem dificuldade	Dificuldade leve	Dificuldade moderada	Dificuldade grave	Dificuldade completa	Não especificado	Não aplicável
Qual a magnitude da deficiência que a pessoa tem nas...		0	1	2	3	4	8	9
b130	Funções de energia e de impulsos							
	Funções mentais gerais dos mecanismos fisiológicos e psicológicos que estimulam o indivíduo a agir de modo persistente para satisfazer necessidades específicas e objetivos. <i>Inclui: função do nível de energia, motivação, apetite, desejo (incluindo desejo por substâncias que produzem dependência) e controle de impulsos</i> <i>Exclui: funções da consciência (b110); funções do temperamento e da personalidade (b126); funções do sono (b134); funções psicomotoras (b147); funções emocionais (b152)</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
b134	Funções do sono							
	Funções mentais gerais de desconexão física e mental do ambiente imediato, de caráter periódica, reversível e seletiva, acompanhada por mudanças fisiológicas características. <i>Inclui: funções da quantidade, início, manutenção e qualidade do sono; funções relacionadas com o ciclo do sono, como insônia, hiperinsônia e narcolepsia</i> <i>Exclui: funções da consciência (b110); funções da energia e dos impulsos (b130); funções da atenção (b140); funções psicomotoras (b147)</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
b152	Funções emocionais							
	Funções mentais específicas relacionadas ao sentimento e aos componentes afetivos dos processos mentais. <i>Inclui: funções de adequação da emoção, regulação e faixa de emoções; afeto, tristeza, felicidade, amor, medo, raiva, ódio, tensão, ansiedade, alegria, pesar, labilidade emocional, apatia afetiva</i> <i>Exclui: funções do temperamento e da personalidade (b126); funções da energia e dos impulsos (b130);</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9

b280	Funções da dor								
	Sensação desagradável que indica lesão potencial ou real em alguma estrutura do corpo. <i>Inclui: sensações de dor generalizada ou localizada, em uma ou em mais partes do corpo, dor num dermatomo, dor aguda, dor em queimação, dor imprecisa, dor contínua e localizada; deficiências, como, mialgia, analgesia e hiperalgisia</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
b455	Funções de tolerância ao exercício								
	Funções relacionadas à capacidade respiratória e cardiovascular necessárias para suportar esforços físicos. <i>Inclui: funções de resistência física, capacidade aeróbica, vigor e fadiga</i> <i>Exclui: funções do aparelho cardiovascular (b410-429); funções do sistema hematológico (b430); funções respiratórias (b440); funções dos músculos respiratórios (b445); funções respiratórias adicionais (b450)</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
b710	Funções relacionadas à mobilidade das articulações								
	Funções relacionadas à amplitude e a facilidade de movimento de uma articulação. <i>Inclui: funções de mobilidade de uma ou várias articulações, coluna vertebral, ombro, cotovelo, punho, anca, joelho, tornozelo, pequenas articulações das mãos e pés; mobilidade generalizada das articulações; deficiências como hiper mobilidade das articulações, rigidez articular, ombro "congelado", artrite</i> <i>Exclui: funções relacionadas à estabilidade das articulações (b715); funções relacionadas ao controle dos movimentos voluntários (b760)</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
b715	Funções relacionadas à da estabilidade das articulações								
	Funções de manutenção da integridade estrutural das articulações. <i>Inclui: funções relacionadas com a estabilidade de uma única articulação, várias articulações e as articulações em geral; deficiências, tais como, ombro instável, luxação de uma articulação, luxação do ombro e do quadril</i> <i>Exclui: funções relacionadas à mobilidade das articulações (b710)</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
b730	Funções relacionadas à força muscular								
	Funções relacionadas à força gerada pela contração de um músculo ou de grupos de músculos. <i>Inclui: funções associadas com a força de músculos específicos e grupos de músculos, músculos de um membro, de um lado do corpo, da parte inferior do corpo, de todos os membros, do peito e do corpo como um todo; deficiências como fraqueza dos pequenos músculos dos pés e das mãos, paresia muscular, paralisia muscular, monoplegia, hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e mutismo acinético</i>								

	<i>Exclui: funções relacionadas ao tônus muscular (b735); funções de resistência muscular (b740), funções das estruturas adjacentes ao olho (b215)</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
	0	1	2	3	4	8	9	
b735	Funções relacionadas ao tônus muscular							
	Funções relacionadas à tensão presente nos músculos em repouso e à resistência oferecida quando se tenta mover os músculos passivamente. <i>Inclui: funções associadas à tensão de músculos isolados e grupos de músculos, músculos de um membro, de um lado do corpo e da metade inferior do corpo, músculos de todos os membros, músculos do tronco, e todos os músculos do corpo; deficiências, tais como, hipotonia, hipertonia e espasticidade muscular</i> <i>Exclui: funções relacionadas à força muscular (b730); funções de resistência muscular (b740)</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
	0	1	2	3	4	8	9	
b740	Funções de resistência muscular							
	Funções relacionadas à sustentação da contração do músculo pelo período de tempo necessário. <i>Inclui: funções associadas à sustentação da contração de músculos isolados, de grupos de músculos e todos os músculos do corpo; deficiências como miastenia gravis</i> <i>Exclui: funções de tolerância ao exercício (b455); funções relacionadas à força muscular (b730); funções relacionadas ao tônus muscular (b735)</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							

ESTRUTURAS DO CORPO		Sem dificuldade	Dificuldade leve	Dificuldade moderada	Dificuldade grave	Dificuldade completa	Não especificado	Não aplicável
Partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes		0	1	2	3	4	8	9
Qual a magnitude da deficiência que a pessoa tem nas...								
s120	Medula espinhal e estruturas relacionadas	Extensão						
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
s760	Estruturas do tronco	Extensão						
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
s770	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas ao movimento	Extensão						
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO Execução de uma tarefa ou ação de um indivíduo e seu envolvimento na vida real		Sem dificuldade	Dificuldade leve	Dificuldade moderada	Dificuldade grave	Dificuldade completa	Não especificado	Não aplicável
Qual a magnitude da dificuldade que a pessoa tem em...		0	1	2	3	4	8	9
d240	Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas							
	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para gerenciar e controlar as demandas psicológicas necessárias à execução de tarefas que exigem responsabilidades significativas e que envolvem estresse, distração, ou crise, como dirigir um veículo no trânsito pesado ou tomar conta de muitas crianças. <i>Inclui: lidar com responsabilidades; lidar com estresse e crise</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
d410	Mudar a posição básica do corpo							
	Adotar e abandonar de uma posição corporal e mover-se de um local para outro, como levantar-se de uma cadeira para se deitar na cama, e adotar e abandonar posições como ajoelhado ou agachado. <i>Inclui: mudar a posição do corpo de deitado, agachado, ajoelhado, sentado ou em pé, curvado ou mudar o centro de gravidade do corpo</i> <i>Exclui: transferir a própria posição (d420)</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
d415	Manter a posição básica do corpo							
	Manter o corpo na mesma posição durante o tempo necessário, como permanecer sentado ou de pé no trabalho ou na escola. <i>Inclui: manter uma posição de deitada, agachada, ajoelhada, sentada ou em pé.</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
d430	Levantar e carregar objetos							
	Levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro, como levantar uma xícara ou transportar uma criança de um local para outro. <i>Inclui: levantar objetos, carregar nas mãos ou nos braços ou sobre os ombros, quadril, costas ou cabeça; abaixar os objetos.</i>							
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica							
	Descrição do problema:							
		0	1	2	3	4	8	9
d450	Andar							
	Mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para frente, para trás ou para o lado.							

	<i>Inclui: andar distâncias curtas ou longas; andar sobre superfícies diferentes; andar evitando os obstáculos</i> <i>Exclui: transferir a própria posição (d420); deslocar-se (d455)</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d455	Deslocar-se								
	Mover todo o corpo de um lugar para outro por meios que não andando, como escalar uma rocha ou correr por uma rua, saltar, correr em disparada, pular, dar salto mortal ou correr evitando obstáculos. <i>Inclui: engatinhar, subir, correr, pular e nadar.</i> <i>Exclui: transferir a própria posição (d420); andar (d450)</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d530	Cuidados relacionados ao processo de excreção								
	Planejamento e execução da eliminação da excreção (menstruação, micção e defecação) e posterior limpeza. <i>Inclui: regulação da micção, defecação e cuidado menstrual</i> <i>Exclui: lavar-se (d510); cuidar das partes do corpo (d520)</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d540	Vestir-se								
	Realizar ações coordenadas e tarefas de vestir e tirar as roupas e os sapatos, em sequência e de acordo com as condições climáticas e sociais, como vestir, ajustar e tirar camisas, blusas, calças, roupas íntimas, sáris, quimonos, meias, chapéus, luvas, casacos, botas, sandálias e chinelos. <i>Inclui: vestir ou tirar roupas e calçados e escolher as roupas apropriadas</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d640	Realização das tarefas domésticas								
	Administrar a casa: limpar a casa, lavar roupa, utilizar utensílios domésticos, armazenar alimentos e remover o lixo, como varrer, passar pano, lavar mesas, paredes e outras superfícies; coletar e remover o lixo doméstico, arrumar quartos, armários e gavetas; coletar, lavar, secar, dobrar e passar roupas; limpar sapatos; utilizar espanador, vassoura e aspirador de pó; utilizar máquinas de lavar, secadora e ferro de passar. <i>Inclui: lavar e secar roupas; limpar a cozinha e os utensílios; limpar a casa; utilizar aparelhos domésticos, armazenar as necessidades diárias e remover o lixo.</i> <i>Exclui: aquisição de um lugar para morar (d610); aquisição de bens e serviços (d620); preparação de refeições (d630); cuidar dos objetos da casa (d650); ajudar dos outros (d660).</i>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								

	Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d760	Relações familiares								
	<p>Criar e manter relações de parentesco, como com membros do núcleo familiar, parentes, da família adotiva e de criação, e parentes não consanguíneos, relações mais distantes como primos de segundo grau ou tutores legais.</p> <p><i>Inclui: relação entre pais e filhos e filhos e pais, entre irmãos e com outros membros familiares.</i></p>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d845	Conseguir, manter e sair de um emprego								
	<p>Procurar, encontrar e escolher um emprego, ser contratado e aceitar o emprego, manter-se e progredir no trabalho, negócio, ocupação ou profissão, e sair de um emprego de maneira apropriada.</p> <p><i>Inclui: procurar emprego; preparar um currículo; contatar empregadores e preparar entrevistas; manter um emprego; monitorar o próprio desempenho profissional; dar aviso prévio; e sair de um emprego.</i></p>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d850	Trabalho remunerado								
	<p>Participar em todos os aspectos do trabalho, seja uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em troca de pagamento, como empregado, a tempo integral ou parcial, ou como autônomo, como procurar trabalho e conseguir um emprego, realizar as tarefas necessárias do trabalho, chegar pontualmente ao trabalho, supervisionar outros empregados ou ser supervisionado e realizar as tarefas necessárias sozinho ou em grupo.</p> <p><i>Inclui: trabalho autônomo, trabalho em tempo integral ou parcial.</i></p>								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								
		0	1	2	3	4	8	9	
d859	Trabalho e emprego e outros especificados e não especificados								
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica								
	Descrição do problema:								

FATORES AMBIENTAIS Constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas conduzem suas vidas Em que intensidade a pessoa experimenta um fator ambiental como barreira ou facilitador como em...		Facilitador completo	Facilitador grave	Facilitador moderado	Facilitador leve	Nem facilitador nem barreira	Obstáculo leve	Obstáculo moderado	Obstáculo grave	Obstáculo completo	Não especificado	Não aplicável
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e110	Produtos ou substâncias para consumo pessoal											
	Substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para ser ingerida. <i>Inclui: alimentos, bebidas e medicamentos</i>											
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica											
	Descrição do problema:											
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e135	Produtos e tecnologias para o trabalho											
	Equipamentos, produtos e tecnologia utilizados no trabalho para facilitar as atividades profissionais. <i>Inclui: produtos e tecnologias gerais e de assistência para o trabalho</i>											
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica											
	Descrição do problema:											
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e155	Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado											
	Produtos e tecnologia que constituem os espaços interno e externo do ambiente planejado e construído pelo homem para uso privado, incluindo aqueles adaptados ou especialmente projetados. <i>Inclui: produtos e tecnologia usados em projeto arquitetura e construção de entradas e saídas, instalações e indicadores de direção</i>											
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica											
	Descrição do problema:											
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e310	Família imediata											
	Indivíduos relacionados por nascimento, casamento ou outros relacionamentos reconhecidos pela cultura, como família imediata, cônjuges, parceiros, pais, irmãos, filhos, pais de criação, pais adotivos e avós. <i>Exclui: outros parentes (e315); cuidadores e assistentes pessoais (e340)</i>											
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica											
	Descrição do problema:											
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e355	Profissionais de saúde											
	Todos os fornecedores de serviços que trabalham no contexto do sistema de saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, audiologistas, protético, assistentes sociais da área médica.											

	<i>Exclui: outros profissionais (e360)</i>												
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica												
	Descrição do problema:												
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata												
	Opiniões e crenças gerais ou específicas dos membros familiares imediatos sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.												
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica												
	Descrição do problema:												
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
e450	Atitudes individuais dos profissionais de saúde												
	Opiniões e crenças gerais ou específicas de profissionais de saúde, sobre a pessoa ou sobre outras questões (e.g., questões sociais, políticas e econômicas) que influenciam o comportamento e as ações individuais.												
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica												
	Descrição do problema:												
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
e550	Serviços, sistemas e políticas legais												
	Serviços, sistemas e políticas relacionados com a legislação de um país												
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica												
	Descrição do problema:												
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social												
	Serviços, sistemas e políticas voltadas para o fornecimento do suporte econômico às pessoas que, devido à idade, pobreza, desemprego, condição de saúde ou incapacidade, precisam de assistência pública financiada pela receita fiscal tributária ou por esquemas de contribuição.												
	<i>Exclui: serviços, sistemas e políticas econômicas (e565)</i>												
	Tipo da informação: () História de caso () Questionário respondido pelo paciente () Exame clínico () Investigação técnica												
	Descrição do problema:												
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9	
e580	Serviços, sistemas e políticas de saúde												
	Serviços, sistemas e políticas de prevenção e tratamento de problemas de saúde, fornecimento de reabilitação médica e promoção de um estilo de vida saudável.												
	<i>Exclui: serviços, sistemas e políticas de apoio social geral (e575)</i>												

Fonte: adaptado de ICF RESEARCH-BRANCH (2012).

APÊNDICE II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado VALIDAÇÃO DO CORE SET RESUMIDO PARA LOMBALGIA DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) EM UMA ESCOLA DE COLUNA, cujos objetivos e justificativas são: testar um conjunto de questões recomendadas pela Organização Mundial de Saúde para investigar as condições físicas, mentais e sociais dos participantes do programa de Escola da Coluna da PUCPR no qual estou inscrito. O estudo está sendo realizado para verificar se as questões contempladas no core set são capazes de mostrar os estados de saúde dos participantes do programa, contribuindo conseqüentemente para que os pesquisadores compreendam melhor nosso perfil de saúde e para que aperfeiçoem as intervenções da Escola da Coluna.

A minha participação no referido estudo será no sentido de responder 41 questões feitas por uma das pesquisadoras no início do programa. Dez questões serão a respeito das minhas funções físicas (exemplos: nível de energia, qualidade do sono, intensidade da dor e da força muscular); dezoito delas serão a respeito das minhas atividades e participações na sociedade (exemplos: nível de dificuldade para organização da rotina diária, lidar com o estresse, manter e mudar a posição do corpo, caminhar, realizar atividades diárias, etc.); outras 10 serão sobre fatores ambientais, que constituem o ambiente em que eu vivo. Para estas últimas 10 questões deverei considerar se o que está sendo perguntado facilita ou dificulta a minha vida. Exemplos: a utilização de produtos para uso pessoal, o uso de tecnologias para o trabalho, os serviços de saúde, entre outros. Além disso, 3 questões serão a respeito da integridade das estruturas do meu corpo.

Fui alertado de que, da pesquisa a se realizar, posso esperar alguns benefícios, tais como: ao levantar os dados sobre o meu estado de saúde e dos demais participantes, os pesquisadores compreenderão melhor o perfil de saúde dos participantes do programa e esse entendimento contribuirá para melhor direcionar as intervenções.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre os possíveis riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Ao responder

este questionário, não será acarretado nenhum risco na minha integridade física ou mental. 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 meu estado de saúde e se eu sentir falta de algum item a respeito da minha saúde posso sugerir à pesquisadora para que ela tome nota.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Foi-me esclarecido, igualmente, que eu posso optar por métodos alternativos, que são: não responder ao questionário e mesmo assim continuar participando do programa da Escola da Coluna sem qualquer prejuízo no meu atendimento.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Karoleen O. Scharan e Auristela D. L. Moser e Barbara C. Santos vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia em Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, com quem posso entrar em contato a qualquer hora pelos respectivos telefones (41) 9994-9114 e (41) 9962-6963 (41) 9908-0932.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

A minha participação no estudo é voluntária e a minha participação na Escola da Coluna não terá custo algum. Porém eu me responsabilizarei pelos gastos de transporte até o local da pesquisa. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo

ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um *email* para nep@pucpr.br

Curitiba, ... de ... de 2015.

APÊNDICE III - ESCALAS DE QUALIFICADORES

Escala 1 - para os componentes Funções do Corpo, Estruturas do Corpo e Atividades e Participação

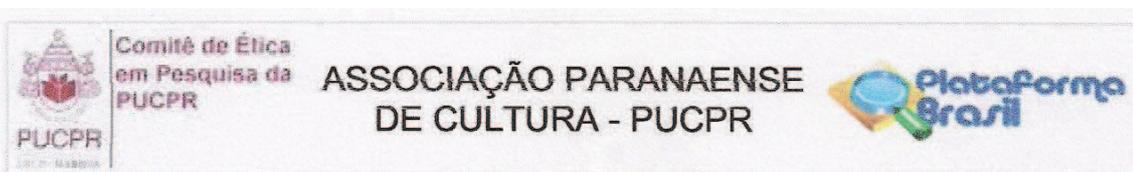
0	Sem dificuldade
1	Dificuldade leve (esteve presente raramente nos últimos 30 dias)
2	Dificuldade moderada (esteve presente ocasionalmente nos últimos 30 dias)
3	Dificuldade grave (esteve presente frequentemente nos últimos 30 dias)
4	Dificuldade completa (esteve presente diariamente nos últimos 30 dias)
9	Não se aplica

Escala 2 - para o componente Fatores Ambientais

0	Nem facilitador nem barreira
.1	Barreira leve (esteve presente raramente nos últimos 30 dias)
.2	Barreira moderada (esteve presente ocasionalmente nos últimos 30 dias)
.3	Barreira grave (esteve presente frequentemente nos últimos 30 dias)
.4	Barreira completa (esteve presente diariamente nos últimos 30 dias)
+1	Facilitador leve (esteve presente raramente nos últimos 30 dias)
+2	Facilitador moderado (esteve presente ocasionalmente nos últimos 30 dias)
+3	Facilitador grave (esteve presente frequentemente nos últimos 30 dias)
+4	Facilitador completo (esteve presente diariamente nos últimos 30 dias)
9	Não se aplica

Fonte: adaptado de ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003.

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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: 3

CAAE: 37962214.0.0000.0020

Instituição Proponente: ASSOCIACAO PARANAENSE DE CULTURA - APC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 908.554

Data da Relatoria: 09/12/2014

Apresentação do Projeto:

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

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

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



Comitê de Ética
em Pesquisa da
PUCPR

ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE CULTURA - PUCPR



Continuação do Parecer: 908.554

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. 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:

questionário será testado e pode haver o risco de constrangimento e desconforto emocional durante sua aplicação.

Benefícios:

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

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80.215-901

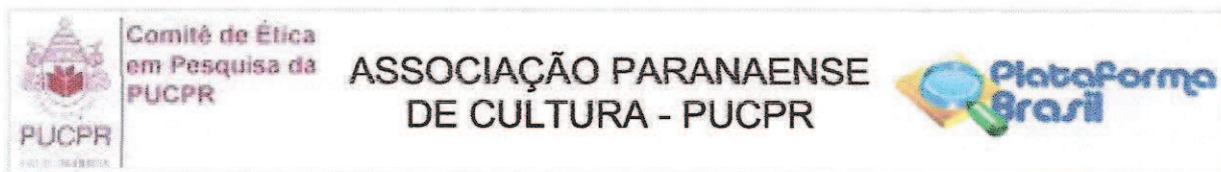
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3271-2103

Fax: (41)3271-2103

E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 908.554

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 11 de Dezembro de 2014

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