



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO-  
FUNDAP



GUILHERME AUGUSTO PAIVA CUSTÓDIO

ANÁLISE DE PACIENTES COM LOMBALGIA CRÔNICA NA CLASSIFICAÇÃO DE  
SUBGRUPOS DE DOR LOMBAR

RIBEIRÃO PRETO

2015



PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO-  
FUNDAP



GUILHERME AUGUSTO PAIVA CUSTÓDIO

ANÁLISE DE PACIENTES COM LOMBALGIA CRÔNICA NA CLASSIFICAÇÃO DE  
SUBGRUPOS DE DOR LOMBAR

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Instituto de Reabilitação Lucy Montoro – IRLM.

**Área:** Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia

**Orientador:** Ft. Ms. Daniel Martins Coelho

**Supervisor Titular:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa de Cassia Registro Fonseca

RIBEIRÃO PRETO

2015

## RESUMO

### **Análise de pacientes com lombalgia crônica na classificação de subgrupos de dor lombar**

CUSTÓDIO, G. A. P.

**Introdução:** A dor lombar é uma das principais, senão a mais frequente, causa de dor, incapacidade funcional e laboral. Há grande dificuldade em manejar pacientes com dor lombar devido à complexidade em identificar o agente causador e/ou um tratamento eficaz. Foi desenvolvida uma abordagem conservadora na tentativa de conduzir os pacientes para subgrupos que contêm um conjunto de critérios dentro do exame para direcionar às estratégias de intervenção que se acreditava levar a melhores resultados para esses pacientes. Na lombalgia crônica há escassez de estudos dentro do algoritmo, já que o sistema de classificação foi primordialmente feito para paciente com dor aguda e subaguda. Fatores como confiabilidade entre examinadores e outras abordagens fisioterapêuticas dentro do sistema ainda necessitam ser pesquisadas. **Objetivo:** analisar a aplicação do sistema de classificação em subgrupos na lombalgia crônica e a concordância entre examinadores (com tempos diferentes de formação em fisioterapia entre eles) nos pacientes do serviço de fisioterapia do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro. **Materiais e métodos:** Foram utilizados: ficha de avaliação fisioterapêutica específica, questionário de incapacidade física de Oswestry, questionário de crença de medo e evitação de atividades (FABQ-Brasil), escala visual analógica de dor e o algoritmo do sistema de classificação de dor lombar. Dois terapeutas realizaram as classificações dos pacientes de forma cega um do outro. **Resultados:** Na amostra composta por 7 pacientes foi encontrada baixa incapacidade física, maior média de crença de medo e evitação em atividades físicas e média de dor de 4cm. Na classificação dos pacientes foi apontada predominância do subgrupo estabilização e de pacientes que não se encaixavam em nenhum subgrupo. A concordância entre terapeutas foi considerada boa na classificação. **Conclusão:** a classificação de dor lombar em subgrupos não engloba todas as afecções e sintomatologia relacionadas à lombalgia, em especial na dor crônica. Neste cenário, há necessidade de desenvolver novas abordagens de avaliação e de tratamento no sistema a fim de englobar pacientes nessa situação, além de um refinamento da confiabilidade entre examinadores, possivelmente acessado através da melhor elucidação do quadro clínico apresentado e dos critérios de classificação.

**Palavras-chaves:** subgrupos; dor lombar crônica; confiabilidade.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 01 – Critérios de classificação dos pacientes nos subgrupos.....	10
Figura 01 – Pontuação no Fear Avoidance Beliefes Questionnaire – Brasil.....	13
Tabela 02 – Classificação dos pacientes.....	14

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>09</b>
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>10</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>7. LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A lombalgia é definida como um conjunto de patologias dolorosas que acometem a região lombar da coluna vertebral, decorrente de alguma anormalidade nessa ou outra região (VASCELAI, 2009). Algumas causas são conhecidas, como: tumores, doenças abdominais, lesão no sistema nervoso, hérnia de disco e osteoartrose (LIZIER; PEREZ; SAKATA, 2012). Ela pode ser classificada, de acordo com sua duração, em aguda, subaguda ou crônica, variando de menos de seis semanas até maior que doze semanas com períodos de melhora e piora.

A dor lombar é uma das principais, senão a mais frequente, causa de dor, incapacidade funcional e laboral (MACHADO; BIGOLIN, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ela é considerada a mais prevalente das doenças músculo-esqueléticas, atingindo quase todos os indivíduos em algum ponto de suas vidas. Além do que, mais de 90% das pessoas que já apresentaram dor lombar estão propensos a ter recidivas (DELITTO et al., 1995). Isso representa um grande fardo sobre os indivíduos, sistemas de saúde e sistemas de cuidados sociais (WOOLF; PFLEGER, 2003).

A grande dificuldade em manejar pacientes com dor lombar está na inabilidade de identificar o agente causador e/ou um diagnóstico específico, o que limita o direcionamento correto à causa do problema. Para isso, Delitto et al. (1995) propuseram uma abordagem conservadora para a síndrome lombar onde, inicialmente, é definido se os pacientes podem ser geridos pela fisioterapia. Os indivíduos são excluídos se as “red flags” (câncer, infecção, fratura) ou “yellow flags” (necessidade de outros serviços: psicológico, p. ex.) estiverem presentes ou se apenas os cuidados domiciliares e independentes são suficientes para resolução do problema. Do contrário, dentro da avaliação fisioterapêutica são analisadas as seguintes variáveis dos indivíduos incluídos nesta abordagem: história do paciente, testes com movimentos e observação dos sinais e sintomas, e sinais aparentes nos testes palpatórios, medidas e observações; assim, conforme os achados do exame os pacientes são alocados em subclassificações. Ainda, são propostos 3 estágios da condição do paciente: 1-Fase aguda: objetivo terapêutico é o alívio dos sintomas; 2-Fase subaguda: visa alívio dos sintomas e o retorno rápido às funções; e 3-Retorno às atividades de alta demanda física prevenindo recidivas da dor lombar. A opinião e

experiência de especialistas, entre fisioterapeutas, médicos e quiropraxistas somadas às evidências de pesquisas disponíveis até aquele momento foi o que baseou este sistema de classificação que se focou, inicialmente, na fase aguda. Então, cada classificação vai ser identificada por um conjunto de critérios dentro do exame e ser associada às estratégias de intervenção que se acredita levar a melhores resultados para os pacientes (DELITTO et al., 1995)

Existem quatro subgrupos de tratamento de acordo com os achados na avaliação, são eles: Manipulação/mobilização (englobam hipomobilidade lombar e início recente da dor), Estabilização/“imobilização” (sinais e sintomas de instabilidade/hipermobilidade lombar), Exercícios específicos – flexão (centralização dos sintomas na flexão do tronco), extensão (centralização dos sintomas na extensão do tronco), inclinação lateral (desvio visível dos ombros com relação a pelve no plano frontal) – e Tração (sinais e sintomas de compressão da raiz nervosa) (FRITZ et al., 2007).

Delitto et al. (2012) expressaram que a dor lombar, quase sempre é tratada com uma entidade homogênea, uma vez que fatores como compressão nervosa são descartados. Muitos fisioterapeutas e médicos reconhecem que a classificação em subgrupos, quando bem realizada, pode melhorar os resultados do tratamento conservador.

Hebert et al. (2011) relataram que, embora pesquisas adicionais são necessárias para melhor elucidar este método, a abordagem de classificação baseada em tratamento (CBT) melhora a tomada de decisão clínica, como evidenciado pelos melhores resultados clínicos experimentados por pacientes com lombalgia, pois permite uma maior identificação daqueles que têm mais probabilidade de experimentar o sucesso clínico com determinada terapia.

Na lombalgia crônica inespecífica, grande parte da literatura não suporta fortemente um modelo de sub-agrupamento (WAND; O'CONNELL, 2008). Para os pacientes com dor lombar aguda, relacionada ao trabalho, o uso desta abordagem parece ser mais eficiente na redução da incapacidade e retorno mais rápido ao trabalho, em comparação com a terapia com base em diretrizes de prática clínica, como destacam Fritz et al. (2003).

Desde a introdução deste sistema de subclassificação, vários estudos surgiram nos anos subsequentes incluindo o desenvolvimento das regras de predição clínica, fornecendo novas evidências que modificam a inclusão dos

pacientes em uma classificação e as estratégias de intervenção ideais para o quadro clínico. Além do mais, evidências mais recentes afetam a classificação de Delitto et al. (1995) e trazem implicações na gestão dos pacientes com lombalgia. Isso justifica a necessidade de novas evidências a serem incorporadas continuamente neste sistema de classificação (FRITZ et al., 2007).

Kamper et al. (2010) propuseram que os estudos que avaliam os subgrupos baseados em tratamento possam ser interpretados dentro do contexto de um processo de três fases: (1) geração hipótese-proposta de características clínicas para definir subgrupos; (2) testes de hipótese de um estudo clínico randomizado (ECR) para testar que a adesão ao subgrupo modifica o efeito de um tratamento; e (3) replicação de outro ECR para confirmar os resultados da fase 2 e garantir conclusões seguras. Até então, verificaram que a maior parte da evidência de pesquisa na definição de subgrupos de pacientes com dor lombar está em fase de geração de hipóteses e nenhum sistema de classificação é apoiada por evidência suficiente para recomendar a implementação total na prática clínica.

Brennan et al. (2006) em seu estudo com lombalgia aguda e subaguda e um programa geral de exercícios ativos e multimodais, excluíram pessoas que se encaixavam no subgrupo de tração utilizando, portanto, apenas 3 subgrupos em seu algoritmo. Constataram que, a interação da classificação com o programa mais geral de exercícios foi o que trouxe uma melhora funcional maior dos pacientes, quando comparadas às abordagens isoladamente, sugerindo que o sistema de classificação traz melhores resultados clínicos quando utilizado para guiar as decisões de tratamento. Já Apeldoorn et al. (2012) utilizando o mesmo algoritmo com 3 subgrupos, estudaram dor lombar subaguda e crônica e relataram que não houve, em seu estudo, melhora dos resultados clínicos da população estudada quando utilizado o sistema de classificação para tratamento dos pacientes. Apontaram que estes pacientes geralmente têm alta prevalência de fatores psicológicos e que são necessárias mais pesquisas para elucidar se a incorporação destes fatores na abordagem baseada em classificação pode levar a resultados mais positivos.

Stanton et al. (2011) utilizaram em seu estudo pacientes com dor lombar aguda e subaguda, aplicando uma versão do subgrupo de tratamento com 4 classificações e obtiveram resultados onde parte dos indivíduos ou cumpriram os critérios para mais de um subgrupo ou não preencheram os critérios para qualquer subgrupo. Segundo os autores, há na literatura relatos de que já houve este tipo de

classificação, mas não de pesquisas adicionais de qualidade a respeito. Além disso, outra parte da amostra apresentou uma classificação não clara, isto é, que não se encaixaram em um subgrupo diretamente necessitando de informações adicionais ao algoritmo para tal. Essa demonstrativa explora, portanto, como a classificação ainda é falha em grande parte de uma amostra, e isso quando ampliado para uma população também acaba por ser representativo. Outro ponto que atinge a classificação de subgrupos está relacionado a evidências conflitantes existentes para a eficácia da tração lombar intermitente para pacientes com dor lombar, havendo evidência moderada de que os terapeutas não devem utilizar tração lombar intermitente ou estática para reduzir os sintomas em pacientes com dor aguda ou subaguda, dor lombar não radicular ou em pacientes com dor lombar crônica (DELITTO et al., 2012).

Henry et al. (2012), sugeriram que terapeutas inexperientes/novatos apresentam boa confiabilidade entre examinadores, encontrando pouca diferença de classificação relacionado a terapeutas mais experientes. No entanto, erros persistiram na tomada de decisão de classificação dentro do sistema sugerindo uma necessidade de identificação de características adicionais dos pacientes para melhorar a utilidade clínica do esquema de CBT.

## **2. OBJETIVOS**

O presente estudo visou analisar a aplicação do sistema de classificação em subgrupos na lombalgia crônica e a concordância entre examinadores (com tempo de graduação diferente entre eles).

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

Os pacientes e/ou funcionários do serviço de fisioterapia do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro (IRLM)– Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) que apresentavam dor lombar foram submetidos a uma avaliação contendo: ficha de avaliação fisioterapêutica específica para estes pacientes (Apêndice A), Escala visual analógica de dor de 10cm – EVA (Anexo A), *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire* – versão português do Brasil - FABQ-Brasil (Anexo B) e o Índice de Incapacidade de Oswestry (Anexo C). A avaliação, que foi feita no primeiro e único contato entre o paciente e cada terapeuta, contém diversos aspectos referentes à história da dor, intensidade, localização e respostas dos sinais e sintomas aos testes (que auxiliaram na exclusão de possíveis red flags e/ou yellow flags) e na condição geral dos pacientes.

As escolhas das classificações seguiram os resultados das avaliações e os critérios da tabela 01.

Tabela 01 – Critérios de classificação dos pacientes nos subgrupos	
Classificação	Sinais e sintomas
MANIPULAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipomobilidade lombar segmentar (PAC)</li> <li>Dor irradiada até o joelho (sem sintomas distais ao joelho)</li> <li>FABQW: ≤19</li> <li>Início dos sintomas ≤16 dias</li> <li>Rotação interna do quadril &gt;35° (pelo menos um quadril)</li> </ul>
ESTABILIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idade &lt;40 anos</li> <li>Frouxidão ligamentar generalizada (pós parto, ADM média SLR &gt;90°)</li> <li>“Instabilidade no alcance” ou movimentos aberrantes durante a flexão/ extensão lombar</li> <li>Teste de instabilidade em prono positivo</li> <li>Frequência alta de recidivas</li> <li>Hipermobilidade lombar segmentar (PAC)</li> </ul>
EXERCÍCIO ESPECÍFICO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas centralizam com a flexão lombar e periferizam com a extensão</li> <li>Evidência de imagem de estenose lombar</li> <li>Idade &gt;50 anos</li> <li>Preferência direcional para flexão (ficar sentado)</li> </ul>
FLEXÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas até os glúteos</li> <li>Sintomas centralizam com a extensão lombar e periferizam com a flexão</li> <li>Preferência direcional para extensão (ficar em pé, decúbito dorsal)</li> </ul>
EXTENSÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas até os glúteos</li> <li>Sintomas centralizam com a extensão lombar e periferizam com a flexão</li> <li>Preferência direcional para extensão (ficar em pé, decúbito dorsal)</li> </ul>
INCLINAÇÃO LATERAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desvio visível no plano frontal dos ombros em relação a pelve</li> <li>Preferência direcional para translação lateral da pelve</li> </ul>
TRAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas de compressão de raiz nervosa</li> <li>Sintomas não centralizam com movimentos</li> </ul>
Abreviações: ADM: amplitude de movimento; DL: dor lombar; MMII: membros inferiores; PAC: pressão pósterio anterior central; FABQ: Fear Avoidance Beliefs Questionnaire-Work subscale; SLR: straight-leg raise (FRITZ et al., 2007)	

Nos casos de suspeita de presença de patologia séria ativa (red flags: fratura, tumor, compressão da cauda equina, radiculopatia severa, espondilolistese, AIDS, AVC, p. ex.) os pacientes seriam alocados em um subgrupo, o “Não Classificável”, e encaminhados para o profissional competente. Aqueles que não preencheram os critérios para nenhum dos 4 subgrupos pré-determinados foram encaixados no subgrupo “Sem Classificação”. No caso de suspeita de forte influência de outros fatores que trariam prejuízos à saúde, como as yellow flags (fatores psicológicos, p. ex.), os pacientes também seriam encaminhados para o profissional competente e classificados dentro do subgrupo conforme avaliação.

Cada avaliação foi realizada por um fisioterapeuta, e o paciente em questão, avaliado por dois terapeutas em momentos diferentes, sem intervenção/tratamento entre as avaliações. Ou seja, o paciente foi avaliado em um dia por um terapeuta mais experiente (T1; 10 anos de formação) e por outro com menos de um ano de formação (T2), em outro dia, de forma cega para o manejo da avaliação nos seguintes itens: mapa corporal, postura, sintomas nos movimentos do tronco, amplitude de movimento (ADM) do quadril, marcha, teste de instabilidade em prono, teste de Laségue, mobilidade segmentar da coluna lombar, testes da articulação sacroilíaca, reflexos e análise de exames complementares. Os dados pessoais do paciente: queixa principal, patologias associadas, situação profissional, EVA (pior dor já apresentada nos 2 últimos dias ou durante avaliação), pontuações nos questionários Oswestry e FABQ-Brasil, fatores agravantes e de alívio da dor foram coletados uma única vez por um dos dois terapeutas da coleta sendo de conhecimento mútuo entre eles para realizar a classificação. Um fisioterapeuta desconhecia em qual subgrupo o paciente foi classificado pelo outro fisioterapeuta antes de realizar sua própria avaliação e definir em qual subgrupo ele classificou o paciente.

Para participação no estudo, os indivíduos apresentavam dor lombar, sacral, nas nádegas ou referida para a área da coxa e joelho que se pensava ser de origem espinhal, sintomas e sinais radiculares: dor, parestesias ou outras sensações cutâneas diferentes na perna ou pé, alterações nos reflexos ou diminuição da função motora dos membros inferiores também com origem espinhal; afastados ou não do trabalho, com idade entre 18 e 65 anos. Como maioria dos pacientes que chegam ao nosso serviço, foi abordada a lombalgia crônica, caracterizada por dor que perdura por mais de 12 semanas.

Os critérios de exclusão do estudo foram: pacientes com cirurgia ou artrodese lombar prévia, gravidez em curso ou recente (6 meses antes), escoliose grave, infiltração prévia (6 meses), psicopatologia, incapacidade para demonstrar quaisquer sintomas de lombalgia durante a avaliação física.

## 4. RESULTADOS

A amostra foi composta por 7 voluntários (pacientes e funcionários do Instituto de Reabilitação Lucy Montoro - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - HCFMRP-USP), sendo 6 do sexo feminino e 1 do masculino que apresentaram idade média de  $44,28 \pm 10,83$  anos.

O estudo analisou, entre outros quesitos, a intensidade da dor lombar mensurada através da Escala Visual Analógica de Dor de 10cm (EVA), o nível incapacidade física pelo Índice Oswestry de Incapacidade, e a crença de medo e evitação de atividades físicas e laborais pelo *Fear Avoidance Beliefes Questionnaire* – versão português do Brasil.

A intensidade da dor, utilizando a EVA, apontou uma média de  $4,41 \pm 1,93$ cm entre os 7 indivíduos, onde a EVA máxima encontrada foi de 8,1cm e mínima de 1,4cm.

Com relação ao questionário de incapacidade física de Oswestry, 5 voluntários, sendo 4 mulheres e um homem, se enquadraram na Incapacidade mínima e as outras 2 voluntárias na incapacidade moderada.

No questionário *Fear Avoidance Beliefes Questionnaire* – versão português do Brasil, três dos pacientes deste estudo apresentaram maiores pontuações na subescala física (FABQ-P) e quatro pacientes na subescala laboral (FABQ-W). No entanto, as pontuações médias foram FABQ-P:  $16,42 \pm 5,03$  e FABQ-W:  $15,71 \pm 8,51$ , configurando em um indicador maior para crença de medo e evitação em atividades físicas (FABQ-P >15) dentro da média da amostra estudada (Figura 1).

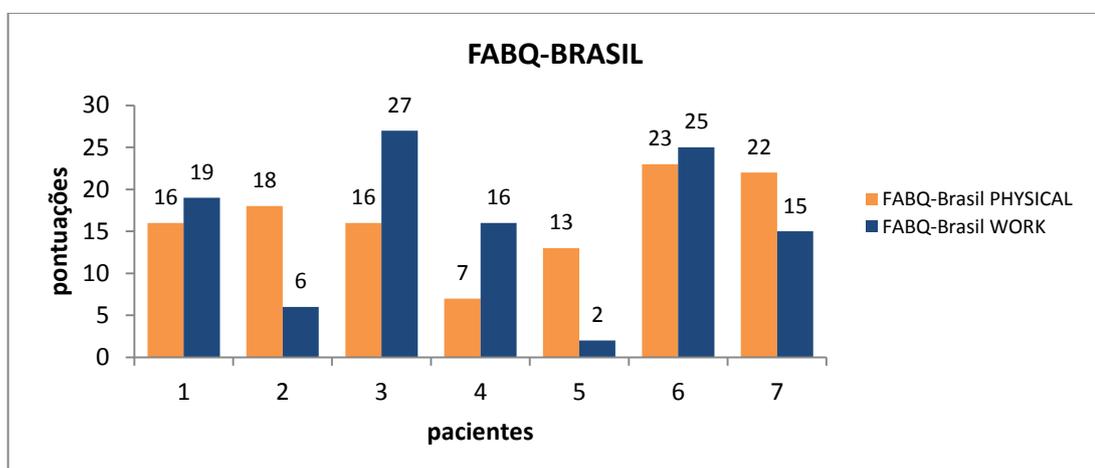


Figura 01 - Fear Avoidance Beliefes Questionnaire – versão português do Brasil na amostra estudada

A partir dos achados das avaliações e confronto de informações com o algoritmo do sistema de subgrupos o terapeuta 1 (T1, mais experiente) classificou 3 pacientes para o subgrupo estabilização e 4 não classificáveis, assim como o terapeuta 2 (T2, menos experiente) mas não sendo, necessariamente, os mesmos pacientes (Tabela 1). A porcentagem de concordância na classificação foi de 71,42% entre os terapeutas. Nenhum paciente apresentou *red flags*.

<b>Tabela 02: Classificação dos pacientes nos subgrupos de dor lombar</b>							
Pacientes Terapeuta	1	2	3	4	5	6	7
T1	E	SC	SC	SC	SC	E	E
T2	E	SC	E	SC	SC	SC	E
Abreviações: T1: terapeuta mais experiente; T2: menos experiente; SC: sem classificação; E: estabilização							

## 5. DISCUSSÃO

Nenhum paciente foi classificado em dois subgrupos simultâneos ou nos subgrupos de exercícios específicos, tração ou manipulação. Não houve *red flags* que classificassem os pacientes como *não classificáveis*, porém a falta de critérios do sistema de classificação levaram os terapeutas a catalogar alguns pacientes como *sem classificação*.

Alguns fatores que poderiam ser fontes de dor dos pacientes *sem classificação* não foram abordados em nossa avaliação, como disfunção miofascial ou neural, por exemplo, já que seguimos o modelo atual descrito nos estudos. Esse é um detalhe importante, principalmente na nossa amostra, pois pacientes com lombalgia crônica geralmente têm acometimentos nesses tecidos. Além disso, sugere-se avaliar a articulação sacroilíaca mesmo que não se tenha definido abordagem com relação a ela, no modelo atual. Ou seja, mesmo com resultados positivos para os testes irritativos não existe critérios para alocar os pacientes em determinado subgrupo.

Em uma análise secundária a três estudos prévios, Stanton et al. (2013) verificaram a presença de 'classificação não clara/pouco clara' (que não se encaixava em um subgrupo claramente) de pacientes dentro do algoritmo de classificação e o que era comum entre estes indivíduos. Utilizaram como base a versão com quatro subclassificações, idem a este estudo, porque ela continha informações dos subgrupos usados atualmente. Na lombalgia crônica obtiveram 62,7% de pacientes nesta classificação (não clara), 39% na lombalgia aguda/subaguda e 42,7% do total de 529 pacientes quando independente da duração da dor, mostrando alta porcentagem deste tipo de classificação. Puderam notar que, idade mais avançada, maior duração da dor lombar, episódios prévios de lombalgia, pontuações mais baixas no Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) para atividades físicas e laborais e menor incapacidade relacionada à dor lombar são mais comumente encontrados neste grupo de pacientes. Em certo grau, essas pessoas são menos afetadas funcionalmente pela lombalgia e parecem ser bons candidatos para um programa de exercícios mais geral (de média/alta intensidade e longa duração) e que vem a corroborar com as diretrizes de prática clínica que recomendam uma intervenção primária com programa de exercícios supervisionados

para pacientes que expressam esta persistência da dor. Deve-se considerar que estes pacientes também se beneficiariam com abordagens diferentes das definidas no algoritmo de classificação.

Dentro da análise de Stanton et al. (2013), as limitações foram: um dos estudos não incluiu a classificação de tração (necessitando ajustamento na análise) e quando analisados os pacientes com dor crônica, o critério de duração no subgrupo manipulação não foi considerado. Assim, os estudos tiveram uma diferença nos critérios de inclusão e foram realizados em diferentes contextos o que pode influenciar os resultados da análise e prejudicar uma padronização deste método de tratamento. Ao examinar os achados da pesquisa de Stanton et al. (2013) verificamos que, assim como no nosso estudo, na lombalgia crônica há uma tendência maior à dificuldade de classificação do indivíduo em um subgrupo e que a falta de critérios que abordem outros causadores de dor lombar deixa estes pacientes, em parte, numa situação fora do contexto do sistema de classificação. A abordagem neurodinâmica, por exemplo, não é presente no atual algoritmo. Além disso, estes pacientes geralmente já experimentaram a dor por longo período e isso pode influenciar na percepção da dor e de suas causas.

Pudemos observar nos nossos resultados, uma boa concordância (71%) na tomada de decisão para classificação dos pacientes entre os 2 terapeutas. Davies e Howell (2012) também analisaram a tomada de decisão clínica de fisioterapeutas e encontraram que mesmo com um bom entendimento do sistema de classificação por parte destes, fatores como experiência, formação e aspectos de conhecimentos adquiridos tiveram influência no estilo de tomada de decisão preferido.

Stanton et al. (2011) avaliaram 31 pacientes que apresentavam dor lombar aguda e subaguda para analisar a confiabilidade na decisão de classificação entre examinadores. Obtiveram boa confiabilidade quando pesquisadas as classificações claras (realizadas sem dificuldades apenas com os critérios da cada grupo), confiabilidade pobre na investigação das classificações pouco claras e confiabilidade geral moderada de decisão para classificação. Identificaram que 25,2% dos indivíduos não se encaixaram nos critérios de nenhum grupo, e que isso pode estar relacionado com a 'classificação pouco clara' (34% no estudo) onde a classificação necessita de uma maior reflexão de toda avaliação; 25,2% se encaixaram nos critérios de mais de um subgrupo, sugerindo possível sucesso de qualquer um dos dois para o paciente situado nesta classificação e que há necessidade de se

hierarquizar melhor os critérios; o restante, 49,6% se encaixaram em apenas um subgrupo. Adicionar mais formas de tratamentos no algoritmo foi uma indicação, no estudo Stanton et al. (2011), para evitar classificações imprecisas ou inexistentes, assim como abordar todos pacientes lombálgicos.

A confiabilidade entre terapeutas no sistema de classificação já foi relatada como baixa na literatura, conforme estudos de George e Delitto (2005), e erros de tomada de decisão na inclusão dos pacientes nos subgrupos persistem atualmente mesmo sendo relatada uma confiabilidade boa nos estudos mais recentes, como destacam Henry et al. (2012). Estes últimos autores, analisaram dados de 24 pacientes randomicamente selecionados de um estudo prévio com dor aguda e subaguda para avaliar a confiabilidade entre examinadores. Os terapeutas que participaram tinham entre 4 e 27 anos de bacharelado em fisioterapia e eram cegos nos julgamentos alheios para classificação. Encontraram uma boa confiabilidade entre os terapeutas novatos (ainda que estes tenham tido contato com o sistema apenas durante o estudo) e pouca diferença com relação aos mais experientes, relatando que o algoritmo de classificação é de fácil aprendizado e manejo. Justificam que, se a confiabilidade de um esquema de classificação é mostrada como pobre e há uma alta porcentagem de divergências nos julgamentos de classificação, isso possa ser devido a uma falta de robustez do determinado algoritmo ou à baixa confiabilidade dos números dos estudos.

Em parte dos estudos são utilizados somente os dados colhidos dos pacientes para a classificação e, não necessariamente, são as mesmas pessoas que avaliam estes pacientes, isto é, os pesquisadores têm que confiar nos dados obtidos por outrem. Além do que, nem sempre é fidedigno o contexto em que foi feita a avaliação dependendo, neste caso, como foram coletadas a anamnese e exame físico.

As limitações no estudo de Henry et al. (2012) mostram que foram utilizados apenas os dados arquivados dos pacientes e, portanto, não foram efetivamente avaliados pelos terapeutas do estudo, e ainda, foi utilizado o esquema com três subgrupos sem o subgrupo de tração, não sendo fidedigno ao atual e mais utilizado. Isto pode ser devido, a evidências na literatura que conflitam sobre a eficácia da tração lombar em pacientes com dor aguda ou subaguda, dor lombar não radicular ou em pacientes com dor lombar crônica (DELITTO et al., 2012).

Notamos em nosso estudo, um direcionamento dos pacientes (quando classificados dentro do sistema) para o subgrupo de estabilização. A taxa de prevalência geral na literatura sugere 23 a 59% para manipulação, 24 a 26% para estabilização, 21 a 74% para exercícios específicos e 9% para tração (STANTON et al., 2011). Quando relacionada à nossa pesquisa, a taxa de prevalência foi de 42,85% para o subgrupo de estabilização, já que os demais pacientes foram os *não classificáveis*. Sugere-se que, possivelmente por terem dor crônica essas pessoas possam obter alguma disfunção musculoesquelética decorrente de determinado problema físico e psicossocial de longa data.

Apeldoorn et al. (2012) comparam o sistema de classificação com cuidados fisioterápicos de guias de prática clínica em pacientes com lombalgia subaguda e crônica. Sugeriram que, o sistema de classificação não foi mais efetivo que as diretrizes quando analisados os resultados após classificação e tratamento.

Na dor lombar crônica inespecífica, Wand e O'Connell (2008) referem que a perspectiva de sub-agrupamento não é consistentemente apoiada pelos dados disponíveis, onde grande parte da literatura não apoia este modelo nesta amostra de pacientes. Defendem que a lombalgia crônica inespecífica pode ser um problema da função cortical que se apresenta anormal e, desta maneira, somente exercícios não seriam adequados na resolução de dor.

## 6. CONCLUSÃO

Considerando os relatos dos autores citados e os dados obtidos neste estudo, constatamos que a classificação de dor lombar em subgrupos não engloba todas as afecções e sinais e sintomas relacionados à lombalgia, principalmente crônica, porém representa um grande passo para o avanço do tratamento fisioterapêutico desses pacientes. A concordância de classificação entre os terapeutas foi considerada boa, em acordo com os achados na literatura.

A partir das análises recentes de subgrupos realizadas em estudos de lombalgia, notam-se apenas resultados exploratórios ou insuficientes. Assim, há necessidade de desenvolver novas abordagens para a identificação de subgrupos na investigação da dor lombar.

Em cenários clínicos onde existem vários tratamentos eficazes disponíveis, a seleção do tratamento pode ser baseada em consideração a fatores como: as preferências do paciente, disponibilidade de tratamento, custo provável e a inconveniência de tratamentos concorrentes. Com intervenções complexas, como o tratamento cognitivo-comportamental ou exercício de controle motor, a experiência dos terapeutas também deve ser levada em conta. Os profissionais de saúde podem utilizar esse método de classificação na avaliação e seguimento dos pacientes, contudo devem continuar a confiar em seu julgamento clínico na tomada de decisão em gestão de pacientes com lombalgia, especialmente na crônica. Mais estudos são necessários para a realização de análises de confiabilidade e validade dos métodos propostos para cada subgrupo.

## **7. LIMITAÇÃO DO ESTUDO**

No nosso estudo, a amostra foi pequena devido à maioria dos pacientes portadores de lombalgia chegar ao nosso setor em um estado bem avançado de acometimentos físicos ou com alguma intervenção cirúrgica lombar prévia. Isso pode limitar a confiabilidade e a tornar pouco precisa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, A. M.; FARIA, C. D. C. M.; CARDOSO, S. M. V.; SALMELA, L. F. T. Versão brasileira do fear avoidance beliefs questionnaire. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 615-623, 2008.

APELDOORN, A. T.; OSTELO, R. W.; van HELVOIRT, H.; FRITZ, J. M.; KNOL, D. L.; van TULDER, M. W.; de VET, H. C. W. A randomized controlled trial on the effectiveness of a classification-based system for subacute and chronic low back pain. **Spine**, Phila Pa 1976, v. 37, n. 16, p. 1347–1356, 2012.

DAVIES, C.; HOWELL, D. A qualitative study: clinical decision making in low back pain. **Physiotherapy Theory and Practice**, Oakland, v. 28, n. 2, p. 95–107, 2012.

DELITTO, A.; ERHARD, R. E.; BOWLING, R. W. A treatment-based classification approach to low back syndrome: identifying and staging patients for conservative treatment. **Phys Ther.**, Phila Pa 1976, v. 75, n. 6, p. 470-485, jun 1995.

DELITTO, A.; GEORGE, S. Z.; DILLEN, L. V.; WHITMAN, J. M.; SOWA, G.; SHEKELLE, P.; DENNINGER, T. R.; GODGES, J. J. Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines. **J Orthop Sports Phys Ther**, La Crosse, v. 42, n. 4: A1-A57, 2012. Disponível em: <[www.jospt.org/members/getfile.asp?id=5620](http://www.jospt.org/members/getfile.asp?id=5620)> Acesso em: 09 abr 2013.

FRITZ, J. M.; CLELAND, J. A.; CHILDS, J. D. Subgrouping patients with low back pain: evolution of a classification approach to physical therapy. **J Orthop Sports Phys Ther**, La Crosse, v. 37, n. 6, p.290-302, jun 2007.

FRITZ, J. M.; DELITTO, A.; ERHARD, R. E. Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain: a randomized clinical trial. **Spine**, Phila Pa 1976, v. 28, n. 13, p-1363-1371, 2003.

GEORGE, S. Z.; DELITTO, A. Clinical examination variables discriminate among treatment-based classification groups: a study of construct validity in patients with acute low back pain. **Phys ther**, Phila Pa 1976, v. 85, p. 306-314, 2005.

HEBERT, J. J.; KOPPENHAVER, S. L.; WALKER, B. F. Subgrouping patients with low back pain: a treatment-based approach to classification. **Sports Health**, London, v. 3, n. 6, p. 534-542, 2011.

HENRY, S. M.; FRITZ, J. M.; TROMBLEY, A. R.; BUNN, J. Y. Reliability of a treatment-based classification system for subgrouping people with low back pain. **J Orthop Sports Phys Ther.**, La Crosse, v. 42, n. 9, p.797-805, 2012.

KAMPER, S.J.; MAHER, C.G.; HANCOCK, M. J.; KOES, B. W.; CROFT, P. R.; HAY, E. Treatment-based subgroups of low back pain: a guide to appraisal of research studies and a summary of current evidence. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, England, v. 24, n. 2, p.181-191, 2010.

LIZIER, D. T.; PEREZ, M. V.; SAKATA, R. K. Exercícios para tratamento de lombalgia inespecífica. **Rev. Bras. de Anestesiol.** Campinas, v. 62, n. 6, dez. 2012. Disponível em: <[scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-70942012000600008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942012000600008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 19 mar 2013.

MACEDO, C. S. G.; SOUZA, P. R.; ALVES, P. M.; CARDOSO, J. R. Estudo da validade e confiabilidade intra e interobservador da versão modificada do teste de Schöber modificado em indivíduos com lombalgia. **Fisioter. Pesq.** São Paulo, v. 16, n. 3, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502009000300008&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502009000300008&script=sci_abstract&lng=es)>. Acesso em: 31 out 2009.

MACHADO, G. F.; BIGOLIN, S. E. Estudo comparativo de casos entre a mobilização neural e um programa de alongamento muscular em lombálgicos crônicos. **Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 23, n. 4, 2010. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-51502010000400005&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502010000400005&lang=pt)>. Acesso em: 02 abr 2013.

MAGEE, D. J. Coluna lombar. In:\_\_\_\_. **Avaliação musculoesquelética**. 4. ed. Barueri: Manole, 2005. Cap. 9, p. 463-563.

MISTRY, D.; PATEL, S.; HEE, S. W.; STALLARD, N.; UNDERWOOD, M. Evaluating the quality of subgroup analyses in randomized controlled trials of therapist-delivered interventions for nonspecific low back pain: a systematic review. **Spine**, Phila Pa 1976, v. 39, n. 7, p. 618-629, 2014.

POWELL, R. A.; DOWNING, J.; DDUNGU, H. Guide to pain management in low-resource settings: pain history and pain assessment. **IASP**, Seattle, p. 67-78, 2010.

RIDDLE, D. L. Classification and low back pain: a review of the literature and critical analysis of selected systems. **Phys Ther.**, Phila Pa 1976, v. 78, p. 708-737, 1998.

STANTON, T. R.; FRITZ, J. M.; HANCOCK, M. J.; LATIMER, J.; MAHER, C. G.; WAND, B. M.; PARENT, E. C. Evaluation of a treatment-based classification algorithm for low back pain: a cross-sectional study. **Phys Ther**, Phila Pa 1976, v. 91, p. 496-509, 2011.

STANTON, T. R.; HANCOCK, M. J.; APELDOORN, A. T.; WAND, B. M.; FRITZ, J. M. What characterizes people who have an unclear classification using a treatment-based classification algorithm for low back pain? a cross-sectional study. **Phys Ther.**, Phila Pa 1976, v. 93, n. 3, p. 345-355, 2013.

VASCELAI, A. Lombalgias: mecanismo anátomo-funcional e tratamento. **I Congresso Sulbrasileiro de dor**, Itajaí, 2009. Disponível em: <[www.alefisio.com.br/wp-content/uploads/Alessandra\\_Vascelai\\_Lombalgias.pdf](http://www.alefisio.com.br/wp-content/uploads/Alessandra_Vascelai_Lombalgias.pdf)>. Acesso em: 04 abr 2013.

WAND, B. M.; O'CONNELL, N. E. Chronic non-specific low back pain - sub-groups or a single mechanism? **BMC Musculoskelet Disord**, Bethesda, v. 9, n. 11, jan 2008.

WOOLF, A. D.; PFLEGER, B. Burden of major musculoskeletal conditions. **Bulletin World Health Organ.**, Geneva, v. 81, n. 9, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572542/>>. Acesso em: 02 abr 2013.

## APÊNDICE A

### FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA CLASSIFICAÇÃO DE LOMBALGIA

Nome: \_\_\_\_\_ Registro HC: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

QP: \_\_\_\_\_

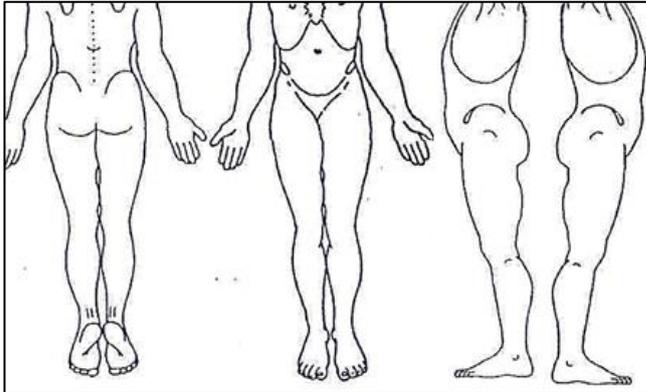
HMA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Patologias Associadas: \_\_\_\_\_

Situação Profissional: ( )Trabalhando ( )Afastado ( )Aposentado ( )Outros: \_\_\_\_\_

Mapa corporal: Dor: (X) Parestesia: (//)



Fator Perpetuante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fator de alívio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Postura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Movimentos ativos do tronco até o fim da ADM / Sintomas	ADM Quadril (a/p)	D	E
Flexão:	Flexão	/	/
Extensão:	Extensão	/	/
Rotação Direita:	Rotação Interna	/	/
Rotação Esquerda:	Rotação Externa	/	/
Inclinação Direita:			
Inclinação Esquerda:			

Marcha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Teste de instabilidade em prono: L1( ) / L2( ) / L3( ) / L4( ) / L5( )

Teste de Laségue: ( ) Direita \_\_\_° / ( ) Esquerda \_\_\_°      Obs.: (+)= positivo / (-)= negativo

Mobilidade segmentar: (PAC)

L1\_\_\_\_\_ / L2\_\_\_\_\_ / L3\_\_\_\_\_ / L4\_\_\_\_\_ / L5\_\_\_\_\_  
          dor( )                    dor( )                    dor( )                    dor( )                    dor( )

Testes da articulação Sacroilíaca:

Thrust PA ( )

Compressão ( )

FABER: D( ) E( )

Gaenslen: D( ) E( )

Thrust AP: D( ) E( )

Gillet: D( ) E( )

Obs.: (+)= positivo / (-)= negativo

Reflexos:

	D	E
Patelar	( )Normal ( )Hiporreflexo ( )Hiperreflexo	( )Normal ( )Hiporreflexo ( )Hiperreflexo
Aquileu	( )Normal ( )Hiporreflexo ( )Hiperreflexo	( )Normal ( )Hiporreflexo ( )Hiperreflexo

Exames complementares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Subgrupo de classificação: \_\_\_\_\_

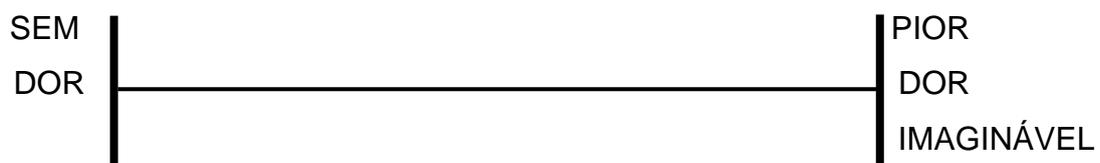
\_\_\_\_\_   
 Avaliador

## ANEXO A

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE DOR (EVA)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Registro HC: \_\_\_\_\_



## ANEXO B

### Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – versão português do Brasil (FABQ-Brasil)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Registro HC: \_\_\_\_\_

Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto as <u>atividades físicas</u> como fletir o tronco, levantar, caminhar ou dirigir, afetam ou afetariam sua dor nas costas	
	Pontuação
1. Minha dor foi causada por atividade física	0 1 2 3 4 5 6
2. A atividade física faz minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
3. A atividade física pode afetar minhas costas	0 1 2 3 4 5 6
4. Eu não deveria realizar atividades físicas que poderiam fazer a minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
5. Eu não posso realizar atividades físicas que poderiam fazer minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto o seu <u>trabalho</u> normal afeta ou afetaria sua dor nas costas	
6. Minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho	0 1 2 3 4 5 6
7. Meu trabalho agravou minha dor	0 1 2 3 4 5 6
8. Eu tenho uma reivindicação de pensão em virtude da minha dor	0 1 2 3 4 5 6
9. Meu trabalho é muito pesado para mim	0 1 2 3 4 5 6
10. Meu trabalho faz ou poderia fazer minha dor piorar	0 1 2 3 4 5 6
11. Meu trabalho pode prejudicar minhas costas	0 1 2 3 4 5 6
12. Eu não deveria realizar meu trabalho normal com minha dor atual	0 1 2 3 4 5 6
13. Eu não posso realizar meu trabalho normal com minha dor atual	0 1 2 3 4 5 6
14. Eu não posso realizar meu trabalho normal até que minha dor seja tratada	0 1 2 3 4 5 6
15. Eu não acho que estarei de volta ao trabalho normal dentro de três meses	0 1 2 3 4 5 6
16. Eu não acho que algum dia estarei apto para retornar ao meu trabalho	0 1 2 3 4 5 6

Instruções: 0 = discordo completamente; 1 = discordo razoavelmente; 2 = discordo ligeiramente; 3 = não sei dizer; 4 = concordo ligeiramente; 5 = concordo razoavelmente; 6 = concordo completamente.

Pontuação: FABQ-Phys: \_\_\_\_\_ FABQ-Work: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

## ANEXO C

### Índice de Incapacidade de Oswestry

Nome: \_\_\_\_\_ Registro HC: \_\_\_\_\_

Marque apenas um quadrado em cada seção, aquele que mais de perto descreve você hoje.

#### Seção 1: Intensidade da dor.

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

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

<input type="checkbox"/>	Consigo me cuidar normalmente sem sentir mais dor
<input type="checkbox"/>	Consigo me cuidar, mas sinto mais dor
<input type="checkbox"/>	Sinto dor ao realizar os cuidados pessoais e sou lento e cuidadoso
<input type="checkbox"/>	Preciso de alguma ajuda, mas consigo realizar a maior parte dos cuidados pessoais
<input type="checkbox"/>	Preciso de ajuda diariamente para realizar a maioria dos cuidados pessoais
<input type="checkbox"/>	Não consigo me vestir, tomo banho com dificuldade e fico na cama.

#### Seção 3: Levantamento de Pesos

<input type="checkbox"/>	Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra
<input type="checkbox"/>	Se levantar coisas pesadas sinto dor extra
<input type="checkbox"/>	A dor impede que eu levante cargas pesadas do chão, mas eu consigo fazê-lo quando elas estão adequadamente posicionadas (p. ex., sobre uma mesa)
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas consigo levantar coisas leves ou pouco pesadas se estiverem bem posicionadas.
<input type="checkbox"/>	Só consigo levantar coisas muito leves
<input type="checkbox"/>	Não posso levantar nem carregar nada.

#### Seção 4: Andar

<input type="checkbox"/>	A dor não me impede de andar qualquer distância
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais de 1600 metros
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais de 400 metros
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de andar mais que 100 metros
<input type="checkbox"/>	Só posso andar com bengala ou muleta
<input type="checkbox"/>	Fico na cama a maior parte do tempo e tenho que arrastar para o banheiro

#### Seção 5: Permanecer sentado

<input type="checkbox"/>	Consigo permanecer sentado em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser
<input type="checkbox"/>	Consigo permanecer sentado em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de ficar sentado por mais que 10 minutos
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de ficar sentado

#### Seção 6- Permanecer em pé

<input type="checkbox"/>	Posso permanecer de pé pelo tempo que quiser sem dor extra
<input type="checkbox"/>	Posso permanecer de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de permanecer de pé por mais de 1 hora
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de permanecer de pé por mais meia hora
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de permanecer de pé por mais de 10 minutos
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de permanecer de pé

#### Seção 7: Sono

<input type="checkbox"/>	Meu sono não é perturbado por dor
<input type="checkbox"/>	Meu sono é ocasionalmente perturbado por dor
<input type="checkbox"/>	Por causa da dor durmo menos de 6 horas
<input type="checkbox"/>	Por causa da dor durmo menos de 4 horas
<input type="checkbox"/>	Por causa da dor durmo menos de 2 horas
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de dormir.

#### Seção 8: Vida sexual (se aplicável)

<input type="checkbox"/>	Minha vida sexual é normal e não me causa mais dor
<input type="checkbox"/>	Minha vida sexual é normal, mas me causa mais dor
<input type="checkbox"/>	Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa
<input type="checkbox"/>	Minha vida sexual é muito restringida devido à dor
<input type="checkbox"/>	Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de ter atividade sexual.

#### Seção 9: Vida social

<input type="checkbox"/>	Minha vida social é normal e eu não sinto mais dor
<input type="checkbox"/>	Minha vida social é normal, mas aumenta a intensidade de minha dor.
<input type="checkbox"/>	A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc
<input type="checkbox"/>	A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa
<input type="checkbox"/>	A dor restringiu minha vida social a minha casa
<input type="checkbox"/>	Não tenho vida social devido a minha dor.

#### Seção 10: Viagens

<input type="checkbox"/>	Posso viajar para qualquer lugar sem dor.
<input type="checkbox"/>	Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto mais dor
<input type="checkbox"/>	A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas
<input type="checkbox"/>	A dor restringe minhas viagens de menos de hora
<input type="checkbox"/>	A dor restringe minhas viagens para as necessárias e curtas, menores de 30 minutos
<input type="checkbox"/>	A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.

Pontuação: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_