



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**ANTONIA THAIS GUIMARÃES GOMES**

**AUTOPERCEPÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR E OS FATORES**  
**BIOPSISSOCIAIS ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR**  
**CRÔNICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**FORTALEZA**  
**2022**

ANTONIA THAIS GUIMARÃES GOMES

AUTOPERCEPÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR E OS FATORES  
BIOPSIKOSSOCIAIS ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR  
CRÔNICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharelado em Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Carla Lima Nunes;

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fabianna Rezende de Jesus Moraleida.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

Guimarães Gomes, Antonia Thais.

Autopercepção da intensidade da dor e os fatores biopsicossociais associados em indivíduos com dor lombar crônica : um estudo transversal / Antonia Thais Guimarães Gomes. – 2022.  
20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Curso de Fisioterapia, Fortaleza, 2022.

Orientação: Profa. Dra. Ana Carla Lima Nunes.

Coorientação: Profa. Dra. Fabianna Rezende de Jesus Moraleida.

1. dor lombar. 2. percepção da dor . 3. modelo biopsicossocial. I. Título.

CDD 615.82

---

ANTONIA THAIS GUIMARÃES GOMES

AUTOPERCEPÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR E OS FATORES  
BIOPSIKOSSOCIAIS ASSOCIADOS EM INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR  
CRÔNICA: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharelado em Fisioterapia.

Aprovada em: 21/01/2022

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Carla Lima Nunes (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Bernardo Diniz Coutinho  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Dra. Ana Ellen do Nascimento Santos  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## RESUMO

A dor lombar é uma das condições musculoesqueléticas mais comuns e incapacitantes em todo o mundo. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como experiência pessoal influenciada, em graus variáveis, por fatores biopsicossociais. Entretanto, ainda não existe clareza sobre o grau de influência desses fatores na dor lombar crônica (DLC). Entender esses fatores pode facilitar o manejo dessa população. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é investigar quais fatores biopsicossociais estão associados à intensidade da dor autopercebida em indivíduos com DLC de origem inespecífica. Este é um estudo transversal com indivíduos com DLC. A intensidade da dor foi avaliada usando a Escala Numérica de dor (END), a incapacidade foi medida usando o Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ), a autoeficácia foi avaliada usando a Escala de autoeficácia em dor crônica, o comportamento sedentário usando o subitem tempo sentado do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), o uso de medicamentos e Índice de Massa Corporal (IMC) por meio de um questionário elaborado pelos pesquisadores. A mobilidade da coluna foi avaliada através do teste de dedos ao solo. A análise uni e multivariada foi realizada considerando a intensidade de dor como variável dependente. A amostra foi composta por 251 indivíduos. A intensidade da dor foi relacionada a incapacidade ( $r=0,37$ ), número de medicamentos ( $r=0,29$ ), autoeficácia ( $r=-0,21$ ), comportamento sedentário ( $r=-0,22$ ) e mobilidade da coluna ( $r=0,13$ ). Na análise multivariada, as variáveis incapacidade, número de medicamentos e comportamento sedentário foram associadas com a intensidade e foram responsáveis por explicar 18,2% da mesma ( $p < 0,001$ ). Conclui-se que a incapacidade, o número de medicamentos e o comportamento sedentário estão associadas a intensidade da dor. A incapacidade foi a variável que mais se associou com a intensidade da dor.

**Palavras-chave:** Dor Lombar; Percepção da Dor; Modelo Biopsicossocial.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Critérios de elegibilidade</b> .....	<b>7</b>
<b>2.2</b>	<b>Procedimentos</b> .....	<b>7</b>
<b>2.3</b>	<b>Medidas de desfecho</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3.1</b>	<b>Intensidade da dor</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3.2</b>	<b>Índice de massa corporal (IMC)</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3.3</b>	<b>Uso de medicamentos</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3.4</b>	<b>Incapacidade</b> .....	<b>8</b>
<b>2.3.5</b>	<b>Autoeficácia</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3.6</b>	<b>Comportamento sedentário</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3.7</b>	<b>Mobilidade da coluna</b> .....	<b>9</b>
<b>2.4</b>	<b>Análise Estatística</b> .....	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>20</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dor lombar é uma das condições musculoesqueléticas mais comuns em todo o mundo (WU et al., 2020). A prevalência global da dor lombar em um período médio de um ano é de 37%, sendo mais comum em mulheres do que em homens (VOS et al., 2016). Estima-se que 80% dos adultos terão pelo menos um episódio de dor lombar em algum momento da vida, e destes, 40% poderá desenvolver sintomas crônicos (RUBIN, 2007). Atualmente, a dor lombar é considerada a principal causa de anos vividos com incapacidade em todo o mundo (WU et al., 2020).

Cerca de metade das pessoas atendidas com dor lombar na atenção primária apresentam uma trajetória de dor contínua ou flutuante de intensidade baixa a moderada, algumas se recuperam, e algumas têm dor lombar persistente (DUNN; HESTBAEK; CASSIDY, 2013). No Brasil, a prevalência anual de Dor Lombar Crônica (DLC) atinge entre 4,2% a 14,7% da população (DO NASCIMENTO; PENA COSTA, 2015). O impacto socioeconômico gerado pela dor lombar persistente está associado a custos médicos diretos (cuidados de saúde) e indiretos (absenteísmo no trabalho e perda da produtividade) (DUNN; HESTBAEK; CASSIDY, 2013).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), em sua última revisão, realizada em 2020, enfatiza que a dor é uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais (DESANTANA et al., 2020). Nesse sentido, uma mesma condição de saúde diagnosticada em pessoas diferentes não causará o mesmo impacto (SAMPAIO et al., 2005). Em indivíduos com DLC, a mensuração da intensidade da dor continua sendo o principal desfecho avaliado em estudos de intervenções e na prática clínica (MANNION et al., 2007).

As recomendações para o manejo da DLC incluem o uso de uma abordagem biopsicossocial na avaliação e tratamento, onde a persistência da dor está associada à fatores comportamentais, psicológicos e sociais (NATIONAL GUIDELINE CENTRE (UK), 2020). Estudos apontam associação entre níveis crescentes da dor lombar e a incapacidade (SADOSKY et al., 2013), a autoeficácia (JACKSON et al., 2014), o uso de medicamentos (TAYLOR-STOKES et al., 2011), o Índice de Massa Corporal (IMC) (SADOSKY et al., 2013) e o comportamento sedentário (SRIBASTAV et al., 2018). Na literatura não existem relatos acerca da associação entre a mobilidade da coluna e a intensidade da dor em indivíduos com DLC.

A adoção do modelo de funcionalidade e incapacidade humana, o qual possibilita a formação de um perfil funcional específico para cada indivíduo, pode facilitar o entendimento dos fatores contribuintes para a experiência de dor (SAMPAIO et al., 2005). A avaliação deve ser voltada para o paciente, considerando, com o mesmo grau de importância, todas as dimensões da saúde (WALSH et al., 2004). A habilidade de caracterizar a dor lombar e suas manifestações associadas pode ser benéfica em fornecer um contexto dentro do qual as estratégias de gestão podem ser determinadas e os resultados terapêuticos avaliados (SADOSKY et al., 2013).

Embora já existam estudos que apontem a associação entre a intensidade da dor e alguns desfechos mencionados anteriormente, os autores desconhecem estudos que analisaram a relação entre um conjunto de variáveis biopsicossociais e a intensidade da dor em indivíduos com DLC da atenção primária à saúde. Além disso, a maioria das evidências são de países de alta renda e podem ou não ser generalizadas para países de baixa e média renda, tendo em vista que a intensidade da dor é subjetiva e pode ser influenciada por fatores biopsicossociais.

Entender esses fatores poderá trazer contribuições no direcionamento da prática clínica, incluindo a avaliação e tratamento dessa população de pacientes, bem como implicações nos resultados terapêuticos ao se dar ênfase na modificação dos desfechos relacionados à intensidade da dor. Portanto, o objetivo deste estudo é investigar quais fatores biopsicossociais estão associados à intensidade da dor autopercebida em indivíduos com dor lombar crônica de origem inespecífica. A nossa hipótese é que a maior intensidade da dor autopercebida esteja associada com maior incapacidade, maior consumo de medicamentos, maior tempo sentado, maior IMC, menor autoeficácia e menor mobilidade da coluna de indivíduos com DLC.



## 2 MÉTODOS

Este estudo observacional transversal incluiu indivíduos com queixa principal de dor lombar crônica de origem inespecífica e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Número do Parecer: 3.232.102. A amostra foi por conveniência e composta pelo banco de dados do projeto de extensão e pesquisa Movimento vinculado ao departamento de fisioterapia da Universidade Federal do Ceará, o qual atua no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Fortaleza-CE. referente aos anos de 2016 a 2019. A análise dos dados foi feita em dezembro de 2021. Todos os participantes preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes da inserção no estudo. Este artigo seguiu a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) (MALTA et al., 2010).

### 2.1 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 18 anos; com queixa principal de dor lombar crônica, definida como a dor sentida entre as margens das costelas inferiores e as nádegas, acompanhada ou não por dor em uma ou ambas as pernas, com duração de no mínimo 3 meses; classificada como de origem inespecífica, ou seja, aquela que não está associada a patologias específicas, como por exemplo malignidade, infecção ou síndrome da cauda equina (DIONNE et al., 2008). Foram excluídos indivíduos com suspeita ou confirmação de gravidez.

### 2.2 Procedimentos

Após o preenchimento do TCLE, os indivíduos elegíveis para o estudo participaram da avaliação. A caracterização das variáveis no modelo da CIF está descrita na tabela 1. Os participantes forneceram dados sociodemográficos, incluindo o sexo, a idade, o grau de escolaridade, o estado civil, a ocupação e a renda familiar, e dados clínicos de base, incluindo o número de comorbidades, nível de atividade física, Índice de Massa Corporal (IMC) e uso de medicamentos para dor. Além disso, foram aplicados escalas e questionários no momento da avaliação, incluindo a Escala Numérica de Dor (END) (BOONSTRA et al., 2016), Roland

Morris Disability Questionnaire (RMDQ) (NUSBAUM et al., 2001), Escala de Autoeficácia de Dor Crônica (AEDC) (ANDERSON et al., 1995), e o subitem tempo sentado do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta (BRAGGION, 1998). Foi realizado ainda o teste de dedos ao solo com o objetivo de avaliar a mobilidade da coluna (PERRET et al., 2001). Todos os avaliadores responsáveis pela avaliação receberam treinamento adequado.

## **2.3 Medidas de desfecho**

### ***2.3.1 Intensidade da dor***

A intensidade da dor foi avaliada por meio da Escala Numérica de Dor (END). Esta é uma escala numérica de 11 pontos, variando de 0 a 10, sendo 0 (ausência de dor) e 10 (dor insuportável), a qual classifica a dor em leve (pontuação na escala de dor de 1 a 3), moderada (pontuação na escala de dor de 4 a 6) ou grave (pontuação na escala de dor de 7 a 10). Foi solicitado ao paciente a pontuação de dor atual no momento da avaliação (BOONSTRA et al., 2016).

### ***2.3.2 Índice de massa corporal (IMC)***

O Índice de massa corporal (IMC) foi avaliado a partir dos dados de peso e altura fornecidos pelos participantes, a partir disso o IMC foi calculado pela fórmula: peso em quilogramas (kg) dividido pela altura em metros ao quadrado (m)<sup>2</sup>.

### ***2.3.3 Uso de medicamentos***

O uso de medicamentos foi avaliado por meio de um questionário elaborado pela equipe de pesquisadores do estudo. O mesmo incluiu perguntas relacionadas ao uso ou não de medicamentos para dor lombar e a quantidade.

### ***2.3.4 Incapacidade***

A incapacidade foi avaliada por meio do Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ). É um questionário desenvolvido e validado para avaliação de incapacidade em pacientes com dor lombar. O mesmo consiste em 24 questões relacionadas às atividades de vida

diária. Os pacientes respondem as perguntas indicando quais funções eles têm problemas, gerando uma pontuação de incapacidade variando de 0 (nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade total) (NUSBAUM et al., 2001).

### ***2.3.5 Autoeficácia***

A autoeficácia foi avaliada por meio da Escala de Autoeficácia de Dor Crônica (AEDC). Esta é uma escala específica para medir a percepção de auto-eficácia e a capacidade para lidar com as consequências da dor, em pacientes com dor crônica. É composta por 22 itens e dividida em três fatores ou domínios: autoeficácia para o controle da dor (PSE), autoeficácia para função física (FSE) e autoeficácia para controle dos sintomas (CSE). Cada crença é avaliada em uma escala tipo Likert que varia de 10 a 100 e corresponde à certeza que se tem em relação a cada item. É possível obter-se um escore para cada fator e a soma de todos os fatores fornece o escore total da escala. O escore máximo possível é de 300 e o mínimo é de 30 (ANDERSON et al., 1995).

### ***2.3.6 Comportamento sedentário***

O comportamento sedentário foi avaliado por meio do subitem tempo sentado do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta. Este subitem consiste em estimar o tempo semanal em horas gasto em atividades passivas realizadas na posição sentada (BRAGGION, 1998).

### ***2.3.7 Mobilidade da coluna***

A mobilidade da coluna foi avaliada por meio do teste de dedos ao solo. Este teste é validado para pacientes com dor lombar e avalia a mobilidade do tronco. O teste é realizado com o indivíduo em pé e com os pés juntos, a partir disso é solicitado inclinação do tronco para frente o máximo possível, enquanto mantém os joelhos, braços e dedos estendidos. A distância vertical em centímetros entre a ponta do dedo médio e o chão é medida com uma fita métrica flexível (PERRET et al., 2001).

## 2.4 Análise Estatística

Na análise estatística descritiva utilizamos medidas de tendência central e dispersão (média e desvio padrão (DP)) para as variáveis quantitativas, e medidas de frequência para as variáveis categóricas. O teste de normalidade da amostra de Shapiro Wilk foi realizado para verificar a normalidade da amostra. Todas as variáveis apresentaram distribuição não normal. O Teste de correlação de Spearman foi utilizado para analisar as correlações entre a intensidade da dor e as outras variáveis biopsicossociais (IMC, uso de medicamentos, incapacidade, autoeficácia, comportamento sedentário e mobilidade da coluna). Os seguintes pontos de corte foram usados para classificar as correlações: 0,10 fraco, 0,3 moderado e 0,5 forte (JACOB COHEN, 1988). Os desfechos com  $p < 0,2$  na análise univariada foram incluídos na análise multivariada. A análise de regressão linear múltipla, método stepwise, foi realizada para estimar a força das associações entre a intensidade da dor autopercebida (variável dependente) e as variáveis independentes (número de medicamentos, incapacidade, autoeficácia, comportamento sedentário e mobilidade da coluna). A força da associação foi examinada usando o coeficiente de regressão ( $\beta$ ) e o coeficiente padronizado (b), valores de p e o ajuste R<sup>2</sup>. A significância para todos os testes foi aceita em  $p \leq 0,05$ . A análise estatística foi realizada por meio do programa Statistical Package for Social Sciences 2.0 (SPSS).

### 3 RESULTADOS

Este estudo avaliou 251 indivíduos (179 do sexo feminino e 72 do sexo masculino) com DLC, que relataram uma média de dor na END de 5,17 ( $\pm 0,168$ ) pontos, sendo 25 pacientes (9,96%) com ausência de dor no momento da avaliação, 38 (15,14%) com dor leve, 100 (39,84%) com dor moderada e 88 (35,06%) com dor severa. A tabela 1 mostra as características sociodemográficas da população de estudo, e suas pontuações de intensidade da dor, IMC, uso de medicamentos, incapacidade, autoeficácia, tempo sentado e mobilidade da coluna.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (N=251).

(continua)

Variável	Valores
Sexo	
Feminino/Masculino - n (%)	179 (71.3%) / 72 (28.7%)
Idade - média ( $\pm$ DP)	
	45.6 ( $\pm 16.6$ )
Grau de escolaridade	
Sem escolaridade - n (%)	6 (2.39%)
Ensino fundamental - n (%)	74 (29.48%)
Ensino médio - n (%)	75 (29.88%)
Ensino superior - n (%)	96 (38.25%)
Estado civil	
Solteiro - n (%)	111 (44.4%)
Casado - n (%)	99 (39.6%)
Divorciado - n (%)	28 (11.2%)

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (N=251).

(continua)

<b>Variável</b>	<b>Valores</b>
Estado civil	
Viúvo - n (%)	12 (4.8%)
Ocupação	
Desempregado - n (%)	68 (27.42%)
Aposentado ou pensionista - n (%)	24 (9.68%)
Trabalho doméstico - n (%)	52 (20.97%)
Empregado - n (%)	104 (41.94%)
Renda	
1 salário ou menos - n (%)	92 (37.1%)
Entre mais de 1 e 3 salários - n (%)	129 (52.02%)
Mais de 3 salários - n (%)	27 (10.89%)
END - média ( $\pm$ DP)	5.13 ( $\pm$ 2.62)
IMC - média ( $\pm$ DP)	27.68 ( $\pm$ 5.01)
Uso de medicamentos - média ( $\pm$ DP)	
Sim/Não	152 (60.56%) / 99 (39.44%)
Número de medicamentos	0.91 ( $\pm$ 0.92)
Incapacidade (0-24) -média ( $\pm$ DP)	13.81 ( $\pm$ 5.77)
Autoeficácia para controle da dor (10-100) (PSE) - média ( $\pm$ DP)	59.38 ( $\pm$ 20.88)

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas dos participantes (N=251).

(conclusão)

Variável	Valores
Autoeficácia para função física (FSE) - média ( $\pm$ DP)	63.37 ( $\pm$ 22.58)
Autoeficácia para controle dos sintomas (CSE) - média ( $\pm$ DP)	56.78 ( $\pm$ 19.20)
Autoeficácia geral (30-300) média ( $\pm$ DP)	179.78 ( $\pm$ 54.52)
Comportamento sedentário - média ( $\pm$ DP)	5.31 ( $\pm$ 3.46)
Mobilidade da coluna - média ( $\pm$ DP)	21.93 ( $\pm$ 13.70)

n: valor absoluto; DP: desvio padrão.

A Tabela 2 mostra as correlações entre a intensidade da dor e as variáveis biopsicossociais em estudo. A intensidade da dor apresentou uma correlação positiva e fraca com o número de medicamentos ( $p < 0.001$ ), com a incapacidade ( $p < 0.001$ ) e com a mobilidade da coluna ( $p = 0,037$ ); uma correlação negativa e fraca com a autoeficácia ( $p < 0.001$ ) e com o tempo sentado ( $p = 0.001$ ). A correlação entre a intensidade da dor e o IMC não foi significativa ( $p = 0,73$ ).

Tabela 2 - Correlação entre a intensidade da dor e as variáveis biopsicossociais

(continua)

	Intensidade da dor	
	r	p
IMC	0.12	0.73
Número de medicamentos	0.29*	$< 0.001$

Tabela 2 – Correlação entre a intensidade da dor e as variáveis biopsicossociais

(conclusão)

	<b>Intensidade da dor</b>	
	<b>r</b>	<b>p</b>
Incapacidade	0.37**	<0.001
Autoeficácia para controle da dor (PSE)	-0.13*	0.030
Autoeficácia para função física (FSE)	-0.22**	<0.001
Autoeficácia para controle dos sintomas (CSE)	0.18**	0.004
Autoeficácia geral	-0.21*	<0.001
Comportamento sedentário	-0.22*	0.001
Mobilidade da coluna	0.13*	0.037

r: rô de Spearman, \* significativo,  $p < 0,05$ , \*\* $p < 0.001$ .

A Tabela 3 mostra a análise de regressão linear múltipla para a avaliação da intensidade da dor autopercebida. O modelo proposto na análise multivariada explicou 18,2% da variância da intensidade de dor autopercebida ( $p < 0.001$ ). Maior incapacidade, maior número de medicamentos e menor tempo sentado foram associados com a maior intensidade da dor autopercebida do paciente com DLC.



Tabela 3 - Análise de regressão linear múltipla para avaliação da intensidade da dor autopercebida

Variáveis preditoras	Coeficiente de regressão ( $\beta$ ) padronizado	95,0% Intervalo de Confiança para o $\beta$		p
		Limite inferior	Limite superior	
Número de medicamentos	0.154	0.082	0.774	0.015
Incapacidade	0.272	0.065	0.177	<0.001
Comportamento sedentário	-0.175	-0.218	-0.041	0.004

## 4 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi investigar os fatores biopsicossociais que estão relacionados à intensidade da dor autopercebida em indivíduos com DLC inespecífica. Nossos resultados sugerem que a intensidade da dor autopercebida está relacionada de forma significativa e fraca com a incapacidade, número de medicamentos, a autoeficácia, o comportamento sedentário e a mobilidade da coluna. Além disso, numa análise multivariada, as variáveis incapacidade, número de medicamentos e comportamento sedentário foram associadas com a intensidade da dor autopercebida no paciente com DLC, as quais foram responsáveis por explicar 18,2% da mesma.

A incapacidade relacionada à DLC foi a principal variável explicativa no modelo proposto para a intensidade da dor na população analisada. Corroborando com nosso achado, um estudo transversal realizado nos Estados Unidos mostrou que em cada nível crescente de gravidade da DLC, avaliada segundo a percepção do paciente em leve, moderada ou grave, existem aumentos significativos na incapacidade (SADOSKY et al., 2013). Em contrapartida, um estudo retrospectivo que analisou a correlação entre a intensidade da dor e a incapacidade demonstrou uma correlação fraca entre essas duas variáveis (PIEROBON et al., 2020).

O maior uso de medicamentos também ajudou a explicar a maior intensidade da dor lombar percebida pelo paciente. Este achado está de acordo com um estudo que analisou a associação entre os recursos de medicação do paciente e a intensidade leve, moderada ou grave autorrelatada da DLC. Os seus resultados demonstraram relação entre o número de medicamentos atualmente prescritos e a maior gravidade da DLC (TAYLOR-STOKES et al., 2011).

Em relação ao comportamento sedentário apresentado pelo paciente com DLC e sua relação com a intensidade da dor autopercebida, encontramos resultados intrigantes. Indivíduos com DLC que passaram maior tempo sentado por dia estavam associados a uma menor intensidade da dor autopercebida. Em contrapartida, um estudo que buscou identificar os fatores de risco associados ao aumento da dor em indivíduos com DLC no sul da China, mostrou que pacientes que sentaram por mais de 8 horas por dia tiveram um escore de dor na Escala Visual Analógica (EVA) mais alto (SRIBASTAV et al., 2018). Semelhante a isto, um estudo transversal realizado na Coreia também mostrou relação entre o maior tempo sentado e a DLC, o tempo sentado maior que 7 horas por dia foi significativamente associado à dor lombar (PARK et al., 2018). Os nossos resultados podem estar diferentes considerando que a população

analisada obteve uma média de tempo sentado mais baixa (5.31), podendo não representar as mesmas características da amostra do estudo citado acima.

A autoeficácia apresentou relação negativa e fraca com a intensidade da dor autopercebida pelo paciente com DLC. Corroborando com este achado, uma meta-análise desenvolvida para analisar a relação entre autoeficácia e outros parâmetros, incluindo a intensidade da dor, em amostras de dor crônica, abrangendo a DLC, encontrou que pacientes que relataram níveis mais elevados de autoeficácia experimentaram menos dor intensa comparado a coortes que relataram níveis mais baixos de autoeficácia (JACKSON et al., 2014). Entretanto, é válido enfatizar que esta variável quando colocada junto com as outras variáveis estudadas na nossa investigação, não foi associada a intensidade da dor autopercebida como nós hipotetizamos.

Nossa pesquisa investigou a influência de fatores biopsicossociais na intensidade da dor autopercebida pelo paciente com DLC, porém é importante considerar a existência de algumas limitações. Por se tratar de um estudo secundário a um estudo maior, não foi possível a inclusão de outras variáveis psicológicas, visto que este domínio é complexo e contempla fatores além da autoeficácia. Além disso, não foi possível adicionar testes de capacidade funcional nesta população. O ponto forte da presente investigação é a análise da relação entre um conjunto de variáveis biopsicossociais e a intensidade da dor em uma amostra de atenção primária à saúde de um país de baixa renda com um número amostral expressivo. Este estudo também destaca a necessidade de investigação de novas variáveis que melhor expliquem a intensidade da dor, principal foco de mudança em intervenções nessa população.

Os achados deste estudo reforçam a importância de focar na redução da incapacidade no paciente com DLC, pois esta influencia na intensidade da dor. Estes resultados podem contribuir no direcionamento da prática clínica e de novas pesquisas relacionadas à autopercepção da intensidade da dor pelo paciente com DLC, buscando entender os fatores contribuintes para essa experiência de dor e posteriormente inseri-los de forma sólida no manejo desse paciente.

## 5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostram que a incapacidade, número de medicamentos e o comportamento sedentário foram responsáveis por explicar 18,2% da intensidade da dor. A incapacidade foi a variável que mais se associou com a intensidade da dor. Estes dados reforçam a importância do foco na redução da incapacidade nesta população. Novas pesquisas são necessárias para entender quais variáveis biopsicossociais se relacionam de forma mais forte com a intensidade da dor lombar

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, K. O. et al. Development and initial validation of a scale to measure self-efficacy beliefs in patients with chronic pain. **Pain**, v. 63, n. 1, p. 77–83, 1995.

BOONSTRA, A. M. et al. Cut-offpoints for mild, moderate, and severe pain on the numeric rating scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain: Variability and influence of sex and catastrophizing. **Frontiers in Psychology**, v. 7, n. SEP, p. 1–9, 2016.

BRAGGION, S. M. T. A. V. M. D. A. E. A. L. C. O. G. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUDO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. **Atividade Física & Saúde**, 1998.

DESANTANA, J. M. et al. Definition of pain revised after four decades. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 3, n. 3, p. 197–198, 2020.

DIONNE, C. E. et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. **Spine**, v. 33, n. 1, p. 95–103, 2008.

DO NASCIMENTO, P. R. C.; PENA COSTA, L. O. Low back pain prevalence in Brazil: A systematic review. **Cadernos de Saude Publica**, v. 31, n. 6, p. 1141–1156, 2015.

DUNN, K. M.; HESTBAEK, L.; CASSIDY, J. D. Low back pain across the life course. **Best Practice and Research: Clinical Rheumatology**, v. 27, n. 5, p. 591–600, 2013.

JACKSON, T. et al. Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. **Journal of Pain**, 2014.

JACOB COHEN. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. Second Edi ed. [s.l.] LAWRENCE ERLBAUM ASSOCIATES, 1988.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 559–565, 2010.

MANNION, A. F. et al. Pain measurement in patients with low back pain. **Nature Clinical Practice Rheumatology**, v. 3, n. 11, p. 610–618, 2007.

NATIONAL GUIDELINE CENTRE (UK). Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management Assessment and non- nvasive treatments. In: **London: National Institute for Health and Care Excellence (UK)**. [s.l.: s.n.].

NUSBAUM, L. et al. Translation , adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. v. 34, p. 203–210, 2001.

PARK, S. M. et al. Longer sitting time and low physical activity are closely associated with chronic low back pain in population over 50 years of age: a cross-sectional study using the sixth Korea National Health and Nutrition Examination Survey. **Spine Journal**, v. 18, n. 11,

p. 2051–2058, 2018.

PERRET, C. et al. Validity, reliability, and responsiveness of the fingertip-to-floor test. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 82, n. 11, p. 1566–1570, 2001.

PIEROBON, A. et al. Disability is associated with catastrophizing and not with pain intensity in patients with low back pain: A retrospective study. **Physiotherapy Research International**, v. 25, n. 4, 2020.

RUBIN, D. I. Epidemiology and Risk Factors for Spine Pain. **Neurologic Clinics**, v. 25, n. 2, p. 353–371, 2007.

SADOSKY, A. B. et al. Relationship between self-reported low-back pain severity and other patient-reported outcomes: Results from an observational study. **Journal of Spinal Disorders and Techniques**, v. 26, n. 1, p. 8–14, 2013.

SAMPAIO, R. et al. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 129–136, 2005.

SRIBASTAV, S. SEN et al. Risk Factors Associated with Pain Severity in Patients. **Asian Spine Journal**, v. 12, n. 3, p. 533–543, 2018.

TAYLOR-STOKES, G. et al. Relationship between patient-reported chronic low back pain severity and medication resources. **Clinical Therapeutics**, v. 33, n. 11, p. 1739–1748, 2011.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 388, n. 10053, p. 1545–1602, 2016.

WALSH, D. A. et al. Performance Problems of Patients with Chronic Low-Back Pain and the Measurement of Patient-Centered Outcome. **Spine**, v. 29, n. 1, p. 87–93, 2004.

WU, A. et al. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. **Annals of Translational Medicine**, v. 8, n. 6, p. 299–299, 2020.