



**UNILEÃO – CENTRO UNIVERSITÁRIO DR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE FISIOTERAPIA**

TEÓGENES NOGUEIRA VIEIRA DE CARVALHO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CINESIOFÓBICO DOS PACIENTES COM
OSTEOARTROSE ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DE
UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NO INTERIOR DO CEARÁ**

**JUAZEIRO DO NORTE
2019**

TEÓGENES NOGUEIRA VIEIRA DE CARVALHO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CINESIOFÓBICO DOS PACIENTES COM
OSTEOARTROSE ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DE
UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NO INTERIOR DO CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Dr.
Leão Sampaio (Campus Saúde), como requisito para
obtenção do Grau de Bacharelado.

Orientador: Prof. Esp. Thiago Santos Batista.

TEÓGENES NOGUEIRA VIEIRA DE CARVALHO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CINESIOFÓBICO DOS PACIENTES COM
OSTEOARTROSE ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DE
UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NO INTERIOR DO CEARÁ.**

DATA DA APROVAÇÃO: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA:

Professor(a) Esp. Thiago Santos Batista
Orientador

Professor(a) Ma. Ana Geórgia Amaro Alencar Bezerra
Avaliador

Professor(a) Ma. Rebeka Boaventura Guimarães
Avaliador

JUAZEIRO DO NORTE
2019

AGRADECIMENTOS

Início o processo de agradecimento com o sentimento de gratidão ao Senhor Jesus Cristo, meu pai todo poderoso, aquele sem o qual eu não seria nada, pois é por intermédio dele que recebo bênçãos que me levam a superar obstáculos e atingir todos os objetivos almejados. Tenho total convicção que se não fosse à presença do Senhor Jesus Cristo em minha vida nada eu seria, pois a tua palavra e presença é fonte de luz, determinação e coragem. É através dos teus ensinamentos que eu aprendo a ser cada vez melhor. Obrigado por estar sempre me abençoando. Eu sou iluminado!

Também gostaria de agradecer a minha mãe, Francisca de Fátima Vieira. Obrigado por todo o apoio, carinho, cuidado e dedicação. Obrigado por ser todos os substantivos que nomeiam um ser familiar. Obrigado por sempre ter sido tudo pra mim e nunca ter me deixado sentir a falta dos demais familiares, pois você estava ali suprimindo a ausência de todos eles. Obrigado por ser minha mãe e pai. Obrigado por ser essa mãe guerreira, determinada, honesta, bondosa e acima de tudo: mulher de coragem. Sou extremamente grato por tudo, minha mãe e ainda ressalto que eu tenho muito orgulho de você. É relevante destacar que minha mãe é uma pessoa que veio de baixo. Moradora da área rural, filha de agricultores que de forma simples e justa criaram 9 filhos com total empenho e dedicação, proporcionando-lhes educação, formando todos aquele que quiseram e os que não tiveram interesses em estudar, tornaram-se desde pequenos a grandes empreendedores. Mesmo diante da dificuldade da vida no campo, minha mãe conseguiu estudar, concluir faculdade, pós-graduação e criar sozinha dois filhos e um neto. Não há palavras para descrever o orgulho que eu tenho de ser filho de uma mulher como minha mãe. Obrigado por tudo!!

Por último e não menos importante, pelo contrário, a peça-chave para a produção deste trabalho, fica o meu agradecimento ao meu orientador prof. Thiago Santos Batista. Um jovem altamente profissional, competente, inteligente e humano. Obrigado por todo o seu apoio, orientações, ensinamentos e ajuda. Sem você este trabalho jamais sairia da mente, pois foi por seu intermédio que eu consegui desenvolver as diversas laudas que nele contém. Obrigado por tudo e parabéns por ser esse rapaz que mesmo ainda muito jovem já dispõe de um currículo admirável e goza de uma maturidade e conduta ética tanto no âmbito humano assim como perante a ciência. Parabéns por ser quem é e obrigado por tudo.

ARTIGO ORIGINAL

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL CINESIOFÓBICO DOS PACIENTES COM OSTEOARTROSE ATENDIDOS NA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NO INTERIOR DO CEARÁ

Autores: Teógenes Nogueira Vieira de Carvalho¹ e Thiago Santos Batista².

Formação dos autores

1 — Acadêmico do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio.

2 — Docente do Departamento de Fisioterapia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio. Especialista em Fisioterapia Musculoesquelética pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia, São Paulo-SP.

Correspondência: teogenessegurancadotrabalho@hotmail.com

Palavras-chave: Fisioterapia; Osteoartrose; Cinesiofobia; Exercício.

RESUMO

Introdução: A osteoartrose é uma doença degenerativa crônica que acomete as estruturas articulares do corpo. É uma das patologias mais incapacitantes em todo o mundo. O acometimento leva à disfunção física, podendo os sintomas ir além da dor, resultando no desenvolvimento de patologias secundárias como depressão, estresse, ansiedade e uma síndrome chamada cinesiofobia. É uma condição de medo-evitação onde o paciente passa a ter medo de executar atividades por acreditar que resultará em dor e desenvolvimento negativo do quadro clínico. **Objetivo:** Avaliar o perfil cinesiofóbico dos pacientes com osteoartrose atendidos no setor de traumatologia da Clínica Escola de uma instituição privada no interior do Ceará, assim podendo identificar, mensurar e quantificar o nível de comprometimento destes pacientes e quais as regiões mais acometidas, sexo com maior incidência e idade mais prevalente. **Método:** Trata-se de um estudo observacional de caráter exploratório e quantitativo. Foram recrutados 22 pacientes de forma mistificada, com idade entre 19 a 82 anos. Foram submetidos à explanação acerca do estudo e, após o entendimento e aceitação voluntária, lhes foi aplicado os questionários de ansiedade e depressão de Beck, inventário breve de dor, escala de TAMPA para cinesiofobia, escala de pensamentos catastróficos sobre dor, questionário de percepção de doenças e o questionário de incapacidade de Roland Morris para dor em geral. **Resultados:** Evidenciou-se que o público apresentam resultados acima dos pontos de corte dos questionários, logo há comprometimento funcional, dor, depressivo, humor e psicológico, sendo o público feminino com maior índice de acometimento. A idade média ficou em 52 anos, contudo para os homens foi de 47 anos, quanto que as mulheres de 60 anos. As articulações mais acometidas foram o joelho, seguida de coluna lombar e cervical, ficando por último os punhos e tornozelos. Houve significância plausível entre os resultados dos questionários entre homens e mulheres. **Conclusão:** Concluiu-se que pacientes com OA tem predisposição ao desenvolvimento de cinesiofobia devido ao medo-evitação em conjunto aos pensamentos catastróficos. A articulação do joelho foi a mais prevalente e o sexo feminino apresentou maior índice de osteoartrose e cinesiofobia. Os pacientes apresentaram índices de dor moderados ficando explícito que o desenvolvimento dos níveis cinesiofóbicos, catastróficos e de ansiedade estão relacionados ao fator biopsicossocial.

Palavras-chave: Fisioterapia; Osteoartrose; Cinesiofobia; Exercício.

RESUMO

Introduction: Osteoarthritis is a chronic degenerative disease that affects the body's joint structures. It is one of the most disabling pathologies in the world. Involvement leads to physical dysfunction, and symptoms may go beyond pain, resulting in the development of secondary pathologies such as depression, stress, anxiety and a syndrome called kinesiophobia. It is a condition of fear-avoidance where the patient becomes afraid to perform activities because he believes it will result in pain and negative development of the clinical picture. **Objective:** To evaluate the kinesiophobic profile of patients with osteoarthritis treated in the traumatology sector of the Escola Clinic of a private institution in the interior of Ceará, thus being able to identify, measure and quantify the level of impairment of these patients and which regions are most affected, sex with higher incidence and most prevalent age. **Method:** This is an observational study of exploratory and quantitative character. Twenty-two patients were recruited in a mystified manner, aged between 19 and 82 years. They were submitted to the explanation about the study and, after understanding and voluntary acceptance, Beck anxiety and depression questionnaires, brief pain inventory, TAMP scale for kinesiophobia, catastrophic thought scale were applied about pain, disease perception questionnaire and Roland Morris' inability questionnaire for pain in general. **Results:** It was evidenced that the public presented results above the cutoff points of the questionnaires, so there is functional impairment, pain, depressive, mood and psychological, being the female audience with higher attendance rate. The average age was 52 years, but for men it was 47 years, and women 60 years old. The most affected joints were the knee, followed by a lumbar and cervical spine, lastly the wrists and ankles. There was plausible significance between the results of the questionnaires between men and women. **Conclusion:** It was concluded that patients with OA are predisposed to the development of kinesiophobia due to fear-avoidance together with catastrophic thoughts. The knee joint was the most prevalent and females presented higher osteoarthritis and kinesiophobic index. Patients presented moderate pain indices and it is explicit that the development of kinesiophobic, catastrophic and anxiety levels are related to the biopsychosocial factor.

Keywords: Physiotherapy; Osteoarthritis; Kinesiophobia; Exercise.

INTRODUÇÃO

A osteoartrose (OA) é uma doença reumática crônica responsável pela degeneração articular de vários segmentos articulares do corpo humano. Sua principal manifestação clínica é a identificação, por meio de exames de imagem, da degeneração da cartilagem que reveste a articulação. Por ter caráter crônico, ao longo do tempo promove disfunção física, acarretando em sequelas de cunho psicológico, social e econômico. Além disso, resulta em quadros álgicos constantes que levam a disfunções (LAST, 2017; ZACHARIAS, 2014; ANNA, 2013; CRAWFORD, 2013).

Todavia, o seu desenvolvimento não fica restrito somente ao comprometimento articular. Afeta de forma direta o sistema musculoesquelético como um todo, ou seja, o componente ósseo e muscular, especificamente o grupo muscular que se insere em torno da articulação afetada. Esta musculatura a qual teria função de auxiliar na estabilidade articular, acaba sendo comprometida pela osteoartrose o que leva ao enfraquecimento e comprometimento junto ao desgaste das estruturas ósseas presentes na articulação (ZACHARIAS, 2014).

Nas últimas décadas, a osteoartrose vem sendo considerada como uma condição incapacitante de forma globalizada e um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Além disso, vem tendo um crescimento considerável diante do contexto mundial. Sendo assim, considera-se uma das patologias responsáveis por causar grande sofrimento. Manifesta-se por intensos quadros dolorosos de origem musculoesquelética e resulta em deficiência global (PEREIRA, 2011; KIADALIRI, 2017; CROSS *et al.*, 2014).

O seu crescimento está diretamente correlacionado ao aumento da expectativa de vida, visto que a osteoartrose é comum em adultos mais velhos. Pessoas com idade acima dos 75 anos têm uma maior predisposição a desenvolver a doença. Logo, quanto maior e mais velho for à população, maior o número de pessoas afetadas pela doença (KIADALIRI, 2017; PEREIRA, 2011; NETO, 2011).

O desenvolvimento da osteoartrose leva a quadros agonizantes de dor, com isso, os pacientes passam a ter quadros corriqueiros de crise álgica. A dor leva ao desenvolvimento de uma condição anormal de medo/evitação ao movimento denominado de cinesiofobia. É uma situação onde o paciente passa da situação normal de medo, que é a fisiológica, para uma patológica que é a cinesiofobia, sendo esta uma manifestação psicológica anormal de repúdio

a realização do movimento por insegurança e sensação de vulnerabilidade ao movimento por acreditar que acarretará em lesões posteriores (BÄCK, 2018).

O paciente passa a desenvolver um comportamento de medo/evitação que é resultado de medo de realizar movimentos ativos ou passivos associado a pensamentos catastróficos fazendo com que o paciente passe a ser contra qualquer atividade física. Este comportamento leva a consequências maléficas para a saúde do paciente, como é o caso da depressão, bloqueios articulares, encurtamentos, perda da amplitude de movimento de dependência (HERLITZ, 2018).

A cinesiofobia leva a complicações funcionais, visto que o medo do movimento faz com que haja isolamento da estrutura articular comprometida. Este isolamento leva ao desuso que resultará em perda de tônus e avanço da progressão da incapacidade de movimentos ativos. Contudo, pode-se levar em consideração que a dor está intimamente ligada a confiança do paciente, fazendo com que a pessoa desenvolva restrições que leva a incapacidades (HOUBEN, 2015; SÁNCHEZ, 2016).

Contudo, o medo é um fator importante para mensurar a incapacidade do paciente, bem como as suas ações e comportamentos que vão influenciar na tomada de decisões para qual a melhor reabilitação para aquele paciente (ISHAK, 2017). Visto isso, se faz necessário um melhor entendimento acerca de uma população atendida em um centro de reabilitação com inúmeras queixas, medos e crenças, em especial em uma cidade com cultura muito religiosa e de pessoas com nível socioeconômico limitado para receberem atendimento especializado. Portanto, o objetivo primário deste estudo é investigar o perfil cinesiofóbico dos pacientes com osteoartrose atendidos no setor de reabilitação física da clínica escola de uma instituição privada do interior do Ceará; bem como interpretar o comprometimento destes pacientes nos mais diversos níveis.

MÉTODO

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo do tipo observacional de caráter exploratório e quantitativo.

A amostra foi composta por uma população total de 22 pacientes ($N=22$) com idades de 19 à 82 anos e de ambos os gêneros, devidamente diagnosticados com osteoartrose por um médico, sendo em uma ou mais articulações. Os mesmos foram recrutados e participaram da

pesquisa nas dependências da Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio (UNILEÃO) localizada na cidade de Juazeiro do Norte, Ceará, sendo esta a unidade de maior referência na região por ofertar serviços em várias especialidades, em especial ortopedia e traumatologia a toda a população.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – CEP/UNILEÃO e aprovado sob o CAAE 16261519.5.0000.5048 parecer 3.486.766 em 05 de Agosto de 2019.

Critérios de inclusão e exclusão:

Para a realização do presente estudo, foram incluídos os sujeitos com idade superior a 18 anos, com diagnóstico médico comprovado de osteoartrose em uma ou mais articulações do corpo independente do grau de degeneração articular, que não apresentassem problemas neurológicos ou cognitivos associados, e não apresentar histórico de fratura nos últimos 03 meses. Consequentemente, foram excluídos aqueles que não atenderam os critérios de inclusão propostos nesse estudo.

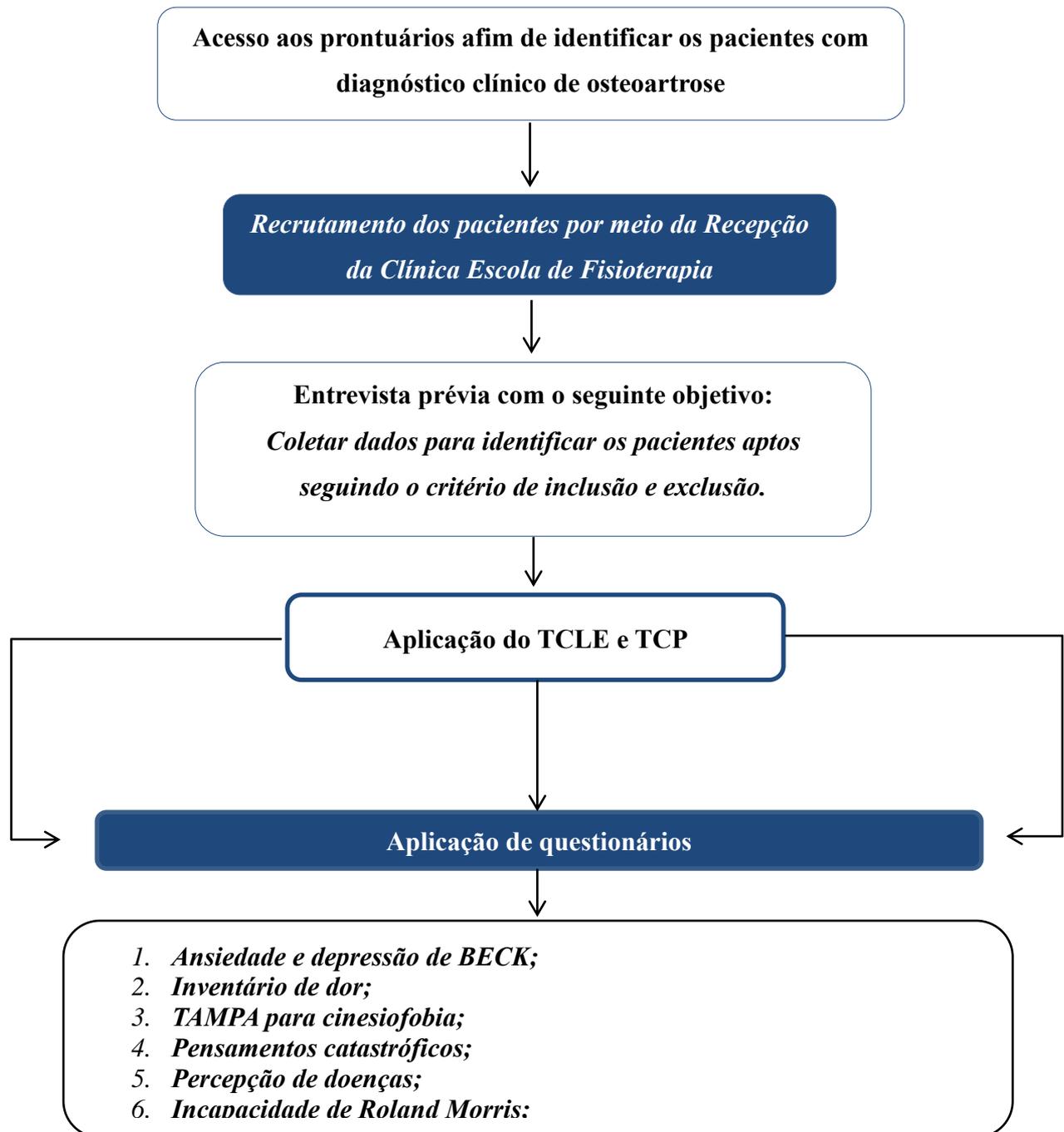
Procedimentos de coleta de dados:

A coleta de dados foi delineada e tratada por meio de acesso aos prontuários dos pacientes, onde foram selecionados aqueles que apresentaram diagnóstico médico de osteoartrose comprovado por meio de exames de imagem e anexados aos prontuários.

Os pacientes foram recrutados por meio de contato telefônico pela secretaria de agendamentos do setor de reabilitação da instituição para entrevista prévia, buscando coletar dados que atendessem os critérios de inclusão e exclusão propostos nesse estudo. Em seu primeiro contato, os mesmos foram orientados acerca do respectivo estudo e após aceitação voluntária e consciente, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após definição e registros dos pacientes, os mesmos foram agendados em um dia específico de sua preferência entre os períodos da manhã, tarde ou noite para participar das coletas referentes ao presente estudo, sendo, portanto, o preenchimento de 06 questionários validados que pudessem quantificar os desfechos acerca do desenvolvimento das síndromes, níveis de saúde funcional e mental, sendo eles: *Questionário de Ansiedade e Depressão de Beck*; *Inventário Breve de Dor*; *Escala de TAMPA para Cinesiofobia*; *Escala de*

Pensamentos Catastróficos sobre Dor; Questionário de Percepção de Doenças e por fim, o Questionário de Incapacidade de Roland Morris para dor em geral.



Análise de dados:

Os resultados deste estudo foram analisados por meio de tabelas e gráficos com o auxílio do *Software Microsoft Excel 2010* onde foi possível fazer um levantamento estatístico, podendo ter resultados da média e percentual da população com base no gênero, idade e os valores obtidos nos questionários aplicados comparados às pontes de corte de cada um e a sua classificação.

RESULTADOS

Tabela 1 – Características demográficas e condições clínicas da amostra com osteoatrose.

Variável	Categoria			
	<i>n</i>			
Sexo	Masculino	03		
	Feminino	19		
Idades	Mínima	19 anos	Média = 56,2	
	Máxima	82 anos		
	<i>% amostra total</i>			
Segmentos Acometidos	Joelhos	19	86%	F=90% M=10%
	Lombar	14	64%	F=86% M=14%
	Cervical	07	32%	F=86% M=14%
	Punhos	03	14%	F=100% M=0%
	Tornozelos	02	10%	F=100% M=0%
	<i>Média (M/F)</i>			
Escala de Dor	Joelho	46,99	44,98	
	Lombar	40,53	41,35	
	Cervical	45,33	53,00	
	Punhos	--	58,80	
	Tornozelos	--	62,60	

Tabela 02 – Perfil cinesiofóbico obtida pela escala de TAMPA.

Indicador	Sexo	Grau de cinesiofobia	Média geral	Referencia
Joelho	M	44	47	<i>Pontuação mínima = 17 Pontuação máxima = 63</i>
	F	48		
Lombar	M	51	48	
	F	48		
Cervical	M	63	54	
	F	52		
Punhos	M	--	55	
	F	55		
Tornozelos	M	--	52	
	F	52		

M = sexo masculino // F = sexo feminino.

CARVALHO, 2019.

Tabela 03 – Pontuação dos níveis de pensamentos catastróficos sobre dor.

Indicador	Sexo	Grau de catastrofização	Média geral	Referencia
Joelho	M	35	37	<i>Score de alto nível de pensamentos catastróficos obtidos pelos valores maiores da escala</i>
	F	37		
Lombar	M	36	37	
	F	37		
Cervical	M	40	36	
	F	36		
Punhos	M	--	40	
	F	40		
Tornozelos	M	--	45	
	F	45		

M = sexo masculino // F = sexo feminino.

CARVALHO, 2019.

Tabela 04 – Pontuação dos níveis de ansiedade e depressão.

Indicador	Sexo	Grau de ansie/depre	Média geral	Referencia
Joelho	M	15	25	<i>0 – 10 = mínimo</i>
	F	26		
Lombar	M	10	23	
	F	26		
Cervical	M	0	19	<i>20 – 30 = moderado</i>
	F	23		
Punhos	M	0	39	
	F	39		
Tornozelos	M	0	52	
	F	52		

M = sexo masculino // F = sexo feminino // ansie = ansiedade // depre = depressão.

CARVALHO, 2019.

Tabela 05 – Apresentação dos scores obtidos quanto a percepção de doenças sob o entedimento o paciente com osteoartrose.

Indicador	Sexo	Grau de Percepção	Média geral	Referencia
Joelho	M	54	57	<i>0 – 32 = não preocupante</i>
	F	57		
Lombar	M	70	60	
	F	59		
Cervical	M	73	62	<i>33 – 50 = preocupante</i>
	F	61		
Punhos	M	--	58	
	F	58		
Tornozelos	M	--	55	<i>alerta total</i>
	F	55		

M = sexo masculino // F = sexo feminino.

CARVALHO, 2019.

Tabela 06 – Apresentação dos scores obtidos quanto a incapacidade física referente as doenças musculoesqueléticas que acometem a coluna vertebral.

Indicador	Sexo	Grau de Incapacidade	Média geral	Referencia
Joelho	M	Não se aplica	--	
	F	Não se aplica		
Lombar	M	14	19	< 14 = leve
	F	20		
Cervical	M	21	20	> 14 = moderado
	F	20		
Punhos	M	Não se aplica	--	Quanto mais próximo de 24 = grave
	F	Não se aplica		
Tornozelos	M	Não se aplica	--	
	F	Não se aplica		

M = sexo masculino // F = sexo feminino.

CARVALHO, 2019.

DISCUSSÃO

O objetivo geral do presente estudo foi avaliar o perfil cinesiofóbico dos pacientes com osteoartrose atendidos no setor de reabilitação física da Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, ainda tendo como objetivos específicos mensurar os níveis cinesiofóbicos dos pacientes com osteoartrose, identificando e quantificando o perfil destes, além de poder classificar qual a região articular e o gênero com maior incidência de AO, e mensurar o nível de dor destes pacientes. Por conseguinte, obteve-se como principal hipótese a necessidade de identificar se o quadro doloroso desenvolvido pela OA é um fator que determina o desenvolvimento da cinesiofobia destes pacientes.

De acordo com os dados coletados, observaram-se dentro da amostra que o perfil dos pacientes com maior índice de desenvolvimento de OA são as mulheres, estas também sendo responsáveis por grande parte dos resultados dos questionários aplicados, estes contendo informações de relevância para mensurar os níveis não apenas cinesiofóbicos, mas depressivos,

grau de dor, articulações mais acometidas, dentre outros. A idade com maior predisposição para o desenvolvimento para OA no contexto geral ficou na faixa de 56 anos.

Levando em consideração a tabela 01 que se trata de uma visão ampla acerca características demográficas e condições clínicas da amostra com osteoartrose, nela constando população, porcentagem do gênero com maior incidência por articulação, média das idades, segmentos mais acometidos e a mensuração do quadro álgico com base na escala de dor, pôde-se notar que as regiões avaliadas foram joelhos, coluna lombar e cervical, punhos e tornozelos. Na amostra houve um quantitativo de 22 pacientes, onde 19 eram mulheres e 3 homens. A região com maior destaque foi o joelho, este compondo 86% da amostra total, sendo que dessa porcentagem 90% dela é composta pelo público feminino, sendo os homens responsáveis por apenas 10%.

Levando em consideração o aspecto segmento mais acometido, estudos trazem que o joelho é o mais susceptível ao desenvolvimento de OA. Pôde-se observar que na revisão de literatura de SOUZA DUARTE, 2017, o mesmo relatou que o joelho é a articulação mais acometida com base nos dados obtidos. Assim como, VIEIRA, 2017 também percebeu uma maior prevalência na articulação do joelho, além de se apresentar com maior grau de comprometimento da estrutura, justificada pela função deste segmento que é uma das principais na sustentação de peso, favorecendo uma maior predisposição e conseqüentemente o aparecimento da OA. Deste modo, é notória a relação do surgimento da OA com a sobrecarga constante imposta sobre esta articulação, favorecendo o aparecimento de diversas desordens a partir desta condição. Tendo em vista estas afirmações, ambos os autores corroboram com os mesmos resultados obtidos no presente estudo, expostos na tabela 1, onde o joelho foi o segmento com maior relato pelos pacientes, sendo responsável por 86% das queixas da amostra.

Em segundo plano, a coluna lombar obteve o segundo maior índice, sendo esta responsável por abarcar 64% do total da amostra, sendo que destes (64%), 86% foram relatados pelos indivíduos do gênero feminino. Na sequência, a região mais acometida esta ligada a coluna cervical, representando 32% da amostra, onde quase no todo, o público feminino encontra-se com esta queixa. Por fim, as articulações de punho e tornozelo apresentaram um percentual de 14% e 10%, respectivamente, o que foi relatado por todas as mulheres deste estudo.

Neste contexto, é nítido o maior aparecimento das queixas de OA no gênero feminino, isto vai de encontro com os dados do autor KAWANO, 2015 onde pode perceber em seu

estudo, um maior aparecimento de osteoartrose em mulheres, totalizando 74,2% do total da sua amostra, corroborando diretamente com outros autores que investigam as consequências advindas da OA na população, como ALVES JC, 2013 e BATSIS, 2014. Além disso, KAWANO, 2015 pode evidenciar que a população que pertenceu a sua amostra apresentava uma média de 61,2 anos para o gênero feminino, corroborando mais uma vez com o presente estudo, onde foram obtidas médias de idades na casa dos 60 anos para as mulheres. Em contrapartida, SOUZA RAIMUNDO, 2017 relatou que sujeitos do gênero masculino com idades entre 40 e 50 anos são mais acometidos pela OA, corroborando com o perfil da amostra deste estudo.

Tendo em vista os diversos desfechos da OA na população mundial, a variável dor é principal queixa relatada pelos pacientes, com base nisso, o Inventário Breve de Dor (BPI) é uma ferramenta importante para quantificar os níveis de dor apresentados por esta população (FERREIRA *et al.*, 2011; LEME, 2014). Uma vez aplicada em nossa amostra, à média de dor de forma isolada informada por articulação, demonstra que em relação aos segmentos: joelho, lombar, cervical e punhos, tanto homens quanto mulheres descreveram níveis classificados em dor leve, exceto na articulação do tornozelo onde houve evidencia de dor moderada. Outro aspecto relevante é quanto à melhora percebida obtida pelo BPI, uma vez que os homens aparentemente obtêm resultados mais satisfatórios quando comparado às mulheres, em especial no tratamento da OA de joelhos ou coluna lombar. Isso pode ser justificado pelas inúmeras terapêuticas a qual os pacientes passam no dia a dia, sendo: uso de medicamentos, repouso, tratamento fisioterapêutico, crenças, entre outros (LOUW *et al.*, 2016; MARTORELLA, *et al.*, 2017).

De acordo com EUGÊNIO, 2015, cinesiofobia e catastrofização de pacientes com dor lombar inespecífica crônica e aguda, não demonstraram diferenças importantes entre homens e mulheres, o que corrobora com o presente estudo, onde foi evidenciada uma similaridade entre as médias de homens e mulheres para cinesiofobia para todos os segmentos. Deste modo, é importante ressaltar que com base nos dados deste estudo, pode-se afirmar que ambos os gêneros com comprometimento articular global, apresentam predisposição relevante para desenvolver cinesiofobia a níveis igualitários. No entanto, os *scores* de cinesiofobia vistos por seguimento evidenciaram um elevado ou grave nível de medo/evitação do movimento, em especial naquela população de sofrem de OA de coluna cervical, lombar, punhos e tornozelos, e joelho, respectivamente.

É importante levantar o questionamento à nível de dor e cinesiofobia, visto que na amostra do presente estudo ambos os gêneros apresentaram níveis de dor classificadas de forma leve, no entanto, os níveis de cinesiofobia foram muito superiores para todos os seguimentos, ou seja, o comprometimento advindo da OA sob as capacidades funcionais do paciente, não são compatíveis com a dor que o mesmo refere. Isso justifica o presente estudo, além de corroborar com diversos outros autores que afirmam que as incapacidades, diminuição da qualidade de vida, crenças e evitação do movimento estão intimamente relacionadas aos fatores neurofisiológicos ou biopsicossociais, e não diretamente ligado ao processo degenerativo proveniente da OA (HOY *et al.*, 2012).

Em paralelo, a catastrofização é outra variável de extrema importância nos pacientes com patologias degenerativas crônicas, visto os pensamentos de cunho negativo em demasia (JÚNIOR, 2018). Diante desta afirmação, no presente estudo foi possível obter um *score* médio de 37 pontos no geral, o que corresponde a 71% do *score* total, sendo estes considerados com padrões catastróficos superiores a 50%, o que enquadra a população deste estudo em níveis extremamente elevados de catastrofização ou pensamentos negativos no que diz respeito ao seu quadro de OA. De encontro com estas explicações, ALMEIDA, 2016 concluiu que quanto maior o nível de pensamento catastrófico, maior a incidência de ansiedade e depressão, além de características sociais estarem associadas em especial no público feminino com idades entre os 18 e 65 anos com diagnóstico de OA, e todos estes fatores acarretam na cronicidade da dor dos pacientes. Tais afirmações vão de encontro com os dados encontrados no presente estudo.

Uma vez descrito por ALMEIDA, 2016 a presença de depressão e ansiedade nos pacientes que sofrem de problemas musculoesqueléticos como a OA. O presente estudo obteve esta variável por meio da *Escala de Depressão de Beck*, onde foi obtida uma média de 23 pontos, o que caracteriza uma amostra com OA com sinais de depressão moderadas. Contudo, a média do gênero feminino foi de 33 pontos, evidenciando que as mulheres contempladas neste estudo apresentavam depressão com grau grave, diferente dos homens que obtiveram 5 pontos na escala, com nível de depressão mínima. No entanto, do total da amostra, os sujeitos com OA de joelhos e coluna lombar apresentaram índices moderados de depressão, enquanto que os sujeitos com OA de cervical apresentaram índices leves, e aqueles de tornozelo e punhos, apresentaram níveis graves, sendo 100% do gênero feminino. Estes resultados condiz com ROTTA *et al.*, 2016, onde afirmaram uma prevalência de depressão maior em mulheres.

Além das diversas alterações biopsicossociais vistas nos pacientes com OA, outra grande e importante variável a ser interpretada nesses sujeitos, é o que se refere à capacidade de percepção de doenças, visto o comprometimento dos aspectos cognitivos e emocionais encontradas nos mesmos (NOGUEIRA *et al.*, 2016). Neste estudo, os dados obtidos acerca desta variável, foi vista com níveis alarmantes, uma vez que toda a amostra apresentou *scores* acima de 50 pontos. Segundo CATUNDA, 2016, os valores altos sobre esta investigação, denunciam um comprometimento elevado de confronto com o problema. Quando analisados por segmentos, os níveis de percepção da doença são apresentados de maneira extremamente alta em especial nos sujeitos com OA de coluna lombar e cervical, seguida pela osteoartrose de joelho.

Após uma análise global sobre os aspectos psicossociais envolvidos nos pacientes de osteoartrose avaliados, se faz necessário o entendimento acerca dos níveis de incapacidade funcional dos pacientes, visto que os segmentos de maior queixa dos sujeitos se mostraram pela coluna vertebral, deste modo o questionário de incapacidade física de Roland Morris para as doenças musculoesqueléticas da coluna é uma importante ferramenta para enquadrar os pacientes que sofrem de disfunções neste segmento (ANTUNES, *et al.*, 2013). Segundo RIBEIRO, 2019 e LOPES, 2015 quanto maior a pontuação atingida, maior o nível de incapacidade.

Deste modo, percebe-se que o estudo em questão expôs uma amostra com comprometimentos relevantes, uma vez que foi obtido entre homens e mulheres, sem distinção uma média de 14 pontos, sendo mais precisamente 19 pontos (coluna lombar) e 20 pontos (coluna cervical), corroborando com a análise de RIBEIRO, 2019. No que se refere ao comprometimento a nível segmentar, os *scores* para o gênero masculino foi apresentado com uma média de 14 pontos para a coluna lombar, diferentemente das mulheres que demonstraram valores condizentes com um comprometimento funcional alarmante para o mesmo segmento. Em contrapartida, a coluna cervical dos sujeitos do gênero masculino, se mostraram discretamente superiores aos obtidos pelo gênero feminino, sendo, portanto, 20 e 21 pontos, respectivamente, no entanto, ambos com um *score* de remete a um comprometimento funcional importante deste segmento.

Por se tratar de uma condição amplamente estudada por meio dos fisioterapeutas clínicos e científicos, como JUNIOR, 2010 que por meio do questionário de incapacidade física em pacientes com dor crônica, foi percebido um comprometimento da função em sujeito com médias de idades de 43 à 54 anos, o que corrobora com os resultados obtidos no

presente estudo, visto que a idade média geral foi por volta de 47 anos para homens e 60 para mulheres. Diferentemente de CORDEIRO, 2018, expondo os dados obtidos em sua amostra, concluiu que as incapacidades relacionadas ao perfil dos seus pacientes, apresentavam um índice leve. Contudo, nesta pesquisa evidenciaram-se altos níveis de comprometimento funcional dos pacientes com OA na coluna vertebral com valores semelhantes, independente da altura do segmento da coluna, seja ele cervical ou lombar.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil cinesiofóbico dos pacientes com osteoartrose investigados neste estudo, apresentaram números elevados de medo e evitação ao movimento, bem como um número extremamente elevado de pensamentos catastróficos no que diz respeito as suas condições físicas decorrentes da osteoartrose, independente da sua localidade. Além disso, os segmentos de maior prevalência de osteoartrose foram joelhos, coluna lombar e cervical, punhos e tornozelos, e em ambos os gêneros, no entanto, com prevalência maior em mulheres.

Pode-se concluir ainda, que as intensidades das dores dos pacientes se comportaram de maneira moderada, confrontando diretamente com os níveis de cinesiofobia, catastrofização, depressão e ansiedade, bem como as incapacidades físicas referidas pelos pacientes com osteoartrose de coluna. Desta forma, a relação de dor e perfil cinesiofóbico não se equipararam, visto que a dor se manifestou sempre inferior comparada aos fatores biopsicossociais.

REFERÊNCIAS

- GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012.
- JUNIOR, Jamir Sardá et al. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. **Acta fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2008.
- ZACHARIAS, Anita et al. **Comparison of gluteus medius and minimus activity during gait in people with hip osteoarthritis and matched controls**. Scandinavian journal of medicine & science in sports, 2019.
- LITWIC, Anna et al. Epidemiology and burden of osteoarthritis. **British medical bulletin**, v. 105, n. 1, p. 185-199, 2013.
- CRAWFORD, Dennis C.; MILLER, Larry E.; BLOCK, Jon E. Conservative management of symptomatic knee osteoarthritis: a flawed strategy?. **Orthopedic reviews**, v. 5, n. 1, 2013.
- PEREIRA, D. et al. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. **Osteoarthritis and Cartilage**, v. 19, n. 11, p. 1270-1285, 2011.
- KIADALIRI, Aliasghar A. et al. High and rising burden of hip and knee osteoarthritis in the Nordic region, 1990–2015: Findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Acta orthopaedica**, v. 89, n. 2, p. 177-183, 2018.
- CROSS et al., 2014; **Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Cuidados**, 2013).
- CROSS, Marita et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 73, n. 7, p. 1323-1330, 2014.
- NETO, Figueiredo et al. Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. **Revista Brasileira de Reumatologia**, p. 544-549, 2011.
- BÄCK, Maria et al. Relevance of Kinesiophobia in Relation to Changes Over Time Among Patients After an Acute Coronary Artery Disease Event. **Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention**, v. 38, n. 4, p. 224-230, 2018. (Er, G., & AngIn, E. (2017).
- HOUBEN, Ruud MA et al. Fear of movement/injury in the general population: factor structure and psychometric properties of an adapted version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. **Journal of behavioral medicine**, v. 28, n. 5, p. 415-424, 2005.
- SÁNCHEZ-HERÁN, Ángel et al. Postural stability in osteoarthritis of the knee and hip: analysis of association with pain catastrophizing and fear-avoidance beliefs. **PM&R**, v. 8, n. 7, p. 618-628, 2016.

ISHAK, Nor Azizah; ZAHARI, Zarina; JUSTINE, Maria. Kinesiophobia, pain, muscle functions, and functional performances among older persons with low back pain. **Pain research and treatment**, v. 2017, 2017.

GOMES-OLIVEIRA, Marcio Henrique et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 4, p. 389-394, 2012.

JUNIOR, Jamir Sardá et al. Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. **Acta fisiátrica**, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2008.

HOY, D. et. al., A systematic review of the global prevalence of low back pain., **Arthritis & Rheumatism.**, v. 64, n. 6.,jun., 2012

FERREIRA, G. D.; SILVA, M. C.; ROMBALDI, A. J.; WREGGE, E. D.; SIQUEIRA, F. V.; HALLAL, P. C. **Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil**: estudo de base populacional. Revista Brasileira de Fisioterapia, v. 15, n. 1, p. 31-36, 2011.

SIQUEIRA. F.B., Análise das propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de Tampa de cinesiofobia **Rev Acta Ortop Brasileira** v. 15. N. 1. P. 19-24, agosto 2007

Pimenta CAM. Escalas de avaliação de dor. *In*: Teixeira MD (ed.) Dor conceitos gerais. São Paulo: Limay 1994; 46-56.

MARTINEZ, José Eduardo; GRASSI, Daphine Centola; MARQUES, Laura Gasbarro. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol**, v. 51, n. 4, p. 299-308, 2011.

FERREIRA, Karine A. et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care in Cancer**, v. 19, n. 4, p. 505-511, 2011.

LEME, Liana Richelma Lima. Qualidade de sono em indivíduos com dor crônica. 2014.

LIMA, Livia; REIS, Felipe. The use of an E-pain technology in the management of chronic pain. Case report. **BrJP**, v. 1, n. 2, p. 184-187, 2018.

Louw A, Puentedura EJ, Zimney K, Schmidt S. Know pain, know gain? A perspective on pain neuroscience education in physical therapy. *J Orthop Sport Phys Ther.* 2016;46(3):131-4.

Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):332-55.

Louw A, Puentedura EL, Zimney K. Teaching patients about pain: It works, but what should we call it? *Physiother Theory Pract.* 2016;32(5):328-31.

Martorella G, Boitor M, Berube M, Fredericks S, Le May S, Gélinas C. Tailored web-based interventions for pain: systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2017;19(11):e385.

CATUNDA, Carolina; SEIDL, Eliane Maria Fleury; LEMÉTAYER, Fabienne. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 5, 2017.

Nogueira, G. S., Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2016). Análise fatorial exploratória do Questionário de Percepção de Doença Versão Breve (*Brief IPQ*). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1),

CATUNDA, Carolina; SEIDL, Eliane Maria Fleury; LEMÉTAYER, Fabienne. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 5, 2017.

Rogers C, Thompson TL. Pain problems in primary care medical practice. *In*: Tollison CD, Satterthwaite JR, Tollison JW, editors. Handbook of pain management. 2nd edition. Baltimore (MD): Williams and Wilkins; 1994.

ANTUNES, Maria Alice Fernandes. **Efetividade de cuidados de fisioterapia no estado de saúde de indivíduos com dor crônica**. 2013. Tese de Doutorado.

JÚNIOR, Jamir João Sardá et al. Validação do Questionário de Incapacidade Roland Morris para dor em geral. **Rev Dor**, v. 11, n. 1, p. 28-36, 2010

RIBEIRO, Camilla Rivera; MENEGUCI, Joilson; GARCIA-MENEGUCI, Cíntia Aparecida. Prevalência de lombalgia e fatores associados em profissionais de enfermagem Prevalence of low back pain and associated factors in nursing professionals Prevalencia de lumbago y factores asociados en profesionales de enfermería. 2019

LOPES, Renata Antunes. A influência dos fatores psicossociais no curso da dor lombar, na performance física e na incapacidade em idosos comunitários: dados do estudo BACE. 2015.

SILVA, E. V.; CORDEIRO, P. S.; MOREIRA, R. C. Prevalência de algias da coluna e suas repercussões funcionais nas atividades de trabalhadores do ambiente universitário. 20dezoito

DE SOUZA DUARTE, Vanderlane et al. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 1, 2017.

VIEIRA, Joyce Rosa; OLIVEIRA, Michelle Alves; LUZES, Rafael. EFEITOS DA HIDROTERAPIA EM PACIENTES IDOSOS COM OSTEOARTROSE DE JOELHO. **Alumni-Revista Discente da UNIABEU-ISSN 2318-3985**, v. 4, n. 8, p. 11-15, 2017.

DE SOUZA RAIMUNDO, Allan Keyser. Estudo comparativo do efeito analgésico das frequências de base da corrente interferencial na lombalgia por osteoartrose. **Fisioterapia Brasil**, v. 9, n. 4, p. 269-274, 2017.

KAWANO, Marcio Massao et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrose de joelho. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 23, n. 6, p. 307-310, 2015.

Alves JC, Bassitt DP. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosas com osteoartrite de joelho. *Einstein*. 2013;11:209-15.

Batsis JA, Zbehlik AJ, Barre LK, Mackenzie TA, Bartels SJ. The impact of waist circumference on function and physical activity in older adults: longitudinal observational data from the osteoarthritis initiative. *Nutr J*. 2014;13:81.

ANEXOS

ANEXO 1 – Escala de ansiedade e depressão de beck

37

ESCALA DE DEPRESSÃO DE BECK**(BDI)**

Data. ____ / ____ / ____

Checado por: _____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor leia com atenção cada uma delas e selecione a afirmativa que melhor descreve como você se sentiu na SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

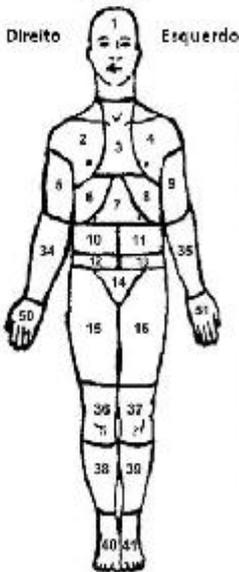
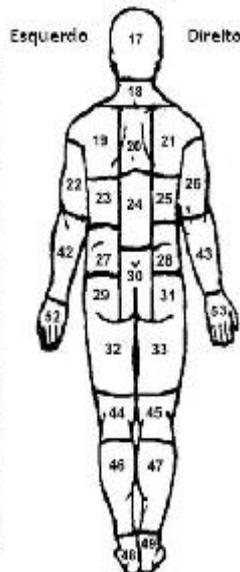
Marque um X no quadrado ao lado da afirmativa que você selecionou. Certifique-se de ter lido todas as afirmativas antes de fazer sua escolha.

1. 0 = não me sinto triste
1 = sinto-me triste
2 = sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disto
3 = estou tão triste e infeliz que não posso agüentar
2. 0 = não estou particularmente desencorajado(a) frente ao futuro
1 = sinto-me desencorajado(a) frente ao futuro
2 = sinto que não tenho nada por que esperar
3 = sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não vão melhorar
3. 0 = não me sinto fracassado(a)
1 = sinto que falhei mais do que um indivíduo médio
2 = quando olho para trás em minha vida, só vejo uma porção de fracassos
3 = sinto que sou um fracasso completo como pessoa
4. 0 = não obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava fazer
1 = não gosto das coisas da maneira como costumava gostar
2 = não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma
3 = estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
5. 0 = não me sinto particularmente culpado(a)
1 = sinto-me culpado(a) boa parte do tempo
2 = sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo
3 = sinto-me culpado(a) o tempo todo

Desenvolvido por: BECK A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4:561-571.

ANEXO 2 – Inventário breve de dor

INVENTÁRIO BREVE DE DOR

<p>1) Durante a vida, a maioria das pessoas apresenta dor de vez em quando (dor de cabeça, dor de dente, etc.). Você teve hoje, dor diferente dessas?</p> <p>1.Sim <input type="checkbox"/> 2.Não <input type="checkbox"/></p>	
<p>2) Marque sobre o diagrama, com um X, as áreas onde você sente dor, e onde a dor é mais intensa.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>Frente</p>  <p>Direito Esquerdo</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Costas</p>  <p>Esquerdo Direito</p> </div> </div>	
<p>3) Circule o número que melhor descreve a pior dor que você sentiu nas últimas 24 horas.</p> <p>Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível</p>	
<p>4) Circule o número que melhor descreve a dor mais fraca que você sentiu nas últimas 24 horas.</p> <p>Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível</p>	
<p>5) Circule o número que melhor descreve a média da sua dor.</p> <p>Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível</p>	
<p>6) Circule o número que mostra quanta dor você está sentindo agora (neste momento).</p> <p>Sem dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Pior dor possível</p>	

ANEXO 3 – Escala da TAMPA para cinesiofobia

Escala Tampa para Cinesiofobia

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor, indique um número de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e depois, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu tenho medo que eu possa me machucar se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo está me dizendo que algo muito errado está acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição médica a sério.	1	2	3	4
6. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor, não significa que é perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário e a atitude mais segura que eu posso tomar para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não tenho tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não é realmente seguro para uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim é muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

ANEXO 4 – Escala de pensamentos catastróficos sobre dor (B-PCS)

ANEXO B

Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor (B-PCS)

Nome:	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data: /			
Escolaridade (anos completos de estudo, excluir mobral):						
Instruções: Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. Indique o GRAU destes pensamentos e sentimentos quando está com dor						
1	A preocupação durante todo o tempo com a duração da dor é	0 Mínima	1 leve	2 Moderada	3 Intensa	4 Muito intensa
2	O sentimento de não poder prosseguir (continuar) é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
3	O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
4	O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
5	O pensamento de não poder mais estar com alguém é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
6	O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
8	O desejo profundo que a dor desapareça é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
10	O pensamento que ainda poderá doer mais é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
11	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
12	O pensamento de que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0 Mínimo	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso
13	A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0 Mínima	1 leve	2 Moderado	3 Intenso	4 Muito intenso

ANEXO 5 – Questionário de percepção de doenças (brief IPQ)

Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ)

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a sua doença. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor representa a maneira como você percebe a sua doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não sou responsável pela minha saúde	Sou totalmente responsável pela minha saúde

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, sua escolha é naturalmente responder o número 1 ou o número 2, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia escolher o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponde ao seu ponto de vista.

1. Quanto a doença afeta a sua vida?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não afeta em nada a minha vida	Afeta gravemente a minha vida

2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Absolutamente nenhum controle	Tenho extremo controle

3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não ajuda em nada	Ajuda extremamente

4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não sinto nenhum sintoma	Sinto muito sintomas graves

5. Quanto você está preocupado(a) com sua doença?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não sou pouco preocupado	Extremamente preocupado

6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não compreendo nada	Compreendo muito claramente

7. Quanto a sua doença (s) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir triste, irritado, ficar chateado ou deprimido).	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Não me afeta emocionalmente em nada	Afeta me emocionalmente muito gravemente

8. Quanto tempo você pensa que sua doença irá durar? Explique.	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

9. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Muito obrigada por sua colaboração!

Instruções para Análise do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ)

Para analisar os dados, primeiramente deverá se as respostas das itens 2, 3 e 6 (por exemplo, uma pessoa que marcou 1 terá o escore igual a 9 no questionário, uma que marcou 2 será 8, se marcou 3 será 7, e assim por diante; o único valor que não é possível de ocorrer é 0). Os valores dos escores individuais deverão ser somados em seguida das itens 1, 4, 5 e 7. Em outros atos, reflete uma maior percepção de controle da doença (pontuação de 0-70). Quanto mais próximo de 70 for o escore, maior a percepção de controle ligada pela enfermidade. Sugere-se considerar que a pessoa tem uma percepção de controle adequada quando o escore for superior a 33 no total das respostas no estudo de validação foi utilizada como ponto de corte). Os três abarcos devem captar a percepção mais adequada possível, caso o pesquisador tenha sido realizado anteriormente. No caso de pesquisas científicas, quando se tem muitos casos, as respostas dos itens podem ser agrupadas em categorias, por exemplo, na questão causal: hereditária, sedentário, falta de informação etc. Ressalta-se que no que tange à questão causal é frequente que pessoas não consigam identificar três possíveis causas para a enfermidade, especialmente em casos de baixa escolaridade. Atente-se que seja registrado a ocorrência de ausência de resposta, pois tal dado indica a necessidade de intervenção psicoeducativa, já que sugere informação precária acerca da etiologia da doença.

ANEXO 6 – questionário de incapacidade de rolan morris para dor em geral

Questionário Roland-Morris de Incapacidade

(enviado pelo Dr. Fernando Dantas-BH)

Quando suas costas doem você pode achar difícil fazer coisas que normalmente fazia. Esta lista contém frases de pessoas descrevendo a si mesmas quando sentem dor nas costas. Você pode achar entre estas frases que você lê algumas que descrevem você hoje. À medida que você lê estas frases, pense em você hoje. Marque a sentença que descreve você hoje. Se a frase não descreve o que você sente, ignore-a e leia a seguinte. Lembre-se, só marque a frase se você tiver certeza que ela descreve você hoje.

1- Fico em casa a maior parte do tempo devido a minha coluna.
2- Eu mudo de posição freqüentemente para tentar aliviar minha coluna.
3- Eu ando mais lentamente do que o meu normal por causa de minha coluna.
4- Por causa de minhas costas não estou fazendo nenhum dos trabalhos que fazia em minha casa.
5- Por causa de minhas costas, eu uso um corrimão para subir escadas.
6- Por causa de minhas costas, eu deito para descansar mais freqüentemente.
7- Por causa de minhas costas, eu necessito de apoio para levantar-me de uma cadeira.
8- Por causa de minhas costas, eu tento arranjar pessoas para fazerem coisas para mim.
9- eu me visto mais lentamente do que o usual. Por causa de minhas costas.
10- Eu fico de pé por períodos curtos, Por causa de minhas costas.
11- Por causa de minhas costas, eu procuro não me curvar ou agachar.
12- Eu acho difícil sair de uma cadeira, Por causa de minhas costas.
13- Minhas costas doem a maior parte do tempo.
14- Eu acho difícil me virar na cama Por causa de minhas costas.
15- Meu apetite não é bom por causa de dor nas costas.
16- Tenho problemas para causar meias devido a dor nas minhas costas.
17- Só consigo andar distâncias curtas Por causa de minhas costas
18- Durno pior de barriga para cima.
19- Devido a minha dor nas costas, preciso de ajuda para me vestir.
20- Eu fico sentado a maior parte do dia Por causa de minhas costas
21- Eu evito trabalhos pesados em casa Por causa de minhas costas
22- Devido a minha dor nas costas fico mais irritado e de mau humor com as pessoas, do que normalmente.
23- Por causa de minhas costas, subo escadas mais devagar do que o usual.
24- Fico na cama a maior parte do tempo Por causa de minhas costas.

O resultado é o número de itens marcados, i.e., de um mínimo de 0 a um máximo de 24

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