

# Perfil funcional de pacientes com lombalgia crônica na perspectiva da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde

*Functional profile of patients with chronic low back pain in the perspective of the international Classification of Disability, Functionality and Health*

*Gabriel José Tarcisio Rodrigues* (1)  
*Cíntia Aparecida Garcia Meneguçi* (2)  
*Kênia Carvalho Coutinho* (3)

(1) Graduando do curso de Fisioterapia (UNIPAM).

E-mail: gabrielrodrigues84@hotmail.com

(2) Doutora em Atenção à Saúde (UFTM).

E-mail: cintiaagr@hotmail.com

(3) Professora orientadora (UNIPAM).

E-mail: keniacc@unipam.edu.br

---

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi traçar o perfil funcional de pacientes com lombalgia crônica atendidos na Clínica de Fisioterapia do UNIPAM na perspectiva da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF). Tratou-se de um estudo observacional, do tipo transversal. A amostra foi constituída por 25 pacientes com lombalgia crônica que realizaram atendimento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia do UNIPAM entre fevereiro e julho de 2018. Os pacientes realizaram uma avaliação fisioterapêutica ortopédica para caracterização da amostra e responderam ao Questionário de Roland Morris (capacidade funcional), à Escala Visual Analógica de Dor (dor) e Questionário sobre Qualidade de Vida (SF-36). Constatou-se que a incapacidade funcional relacionada à lombalgia crônica evidencia níveis elevados de dor e piores escores de qualidade de vida nos domínios do SF-36. Concluiu-se que os instrumentos utilizados neste estudo são capazes de qualificar a funcionalidade de um indivíduo com dor lombar com base na perspectiva da CIF.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Dor Lombar. Classificação Internacional de Funcionalidade. Incapacidade e Saúde.

**Abstract:** The aim of this study was to trace the functional profile of patients with chronic low back pain seen at the Physiotherapy Clinic of UNIPAM from the perspective of the International Classification of Disability, Functioning and Health (ICF). This was an observational and cross-sectional type study. The sample consisted of 25 patients with chronic low back pain who underwent physical therapy at the UNIPAM Physical Therapy Clinic between February and July 2018. The patients underwent an orthopedic physical therapy evaluation to characterize the sample and answered the Roland Morris Questionnaire (functional capacity), the Visual Analog Pain Scale (pain) and the Quality of Life Questionnaire (SF-36). It was found that functional disability related to chronic low back pain, showed high levels of pain and worse quality of life scores in the domains of the SF-36 survey. It was concluded that the instruments used in this study are able to qualify the functionality of an individual with low back pain based on the ICF perspectives.

**Keywords:** Physiotherapy. Low Back Pain. International Classification of Functionality Disability and Health.

## 1 Introdução

O aumento da prevalência de doenças crônicas relacionadas à condição musculoesquelética tem gerado preocupações na área da saúde, uma vez que pode provocar prejuízos físicos, emocionais e econômicos, sendo altamente incapacitantes. De acordo com os Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 18,5% da população adulta brasileira apresenta problema crônico de coluna, sendo que este tende aumentar conforme a idade. Além disso, destes adultos, 16,4% apresentam limitações nas atividades habituais relacionadas ao problema na coluna (MALTA *et al.*, 2015).

A lombalgia, mais comumente conhecida como dor na coluna na região lombar, é denominada como quadro de desconforto álgico na porção inferior da coluna vertebral, entre a última vértebra torácica (T12) e primeira vértebra sacral (S1) (PEREIRA; FERREIRA; PEREIRA, 2010).

Caracteriza-se como um sintoma e não uma doença, ocasionado por patologias da coluna vertebral que podem originar-se, na musculatura, ligamentos, articulações e discos intervertebrais (KAPANDJI, 2008). É consequência do uso exagerado de forças compressivas ou alterações posturais, vinculada à fraqueza e desequilíbrios musculoesqueléticos, elevando o nível de fadiga e instabilidade do tronco (HELFENSTEIN; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

Esse distúrbio acomete tanto homens quanto mulheres, podendo ser caracterizada como dor aguda e crônica (ALVARES; FERRARETO, 2008). Quando considerada aguda, a dor tem início súbito em um período de até quatro semanas e seu tratamento é geralmente repouso e uso de medicamentos anti-inflamatórios e analgésicos. Quando considerada crônica, possui um período de tempo maior de doze meses, em que o indivíduo deve procurar acompanhamento médico e fisioterapêutico (SIQUEIRA; CAHÚ; VIEIRA, 2008).

À medida que a lombalgia crônica progride, os indivíduos apresentam comportamentos negativos, como restrição dos movimentos pelo medo do aumento da dor, o que leva a depressão, desuso e incapacidade ou limitação de realizar certas atividades, além de restringir sua participação na sociedade, acarretando prejuízos na qualidade de vida (MASCARENHAS; SANTOS, 2011; SAMPAIO *et al.*, 2005).

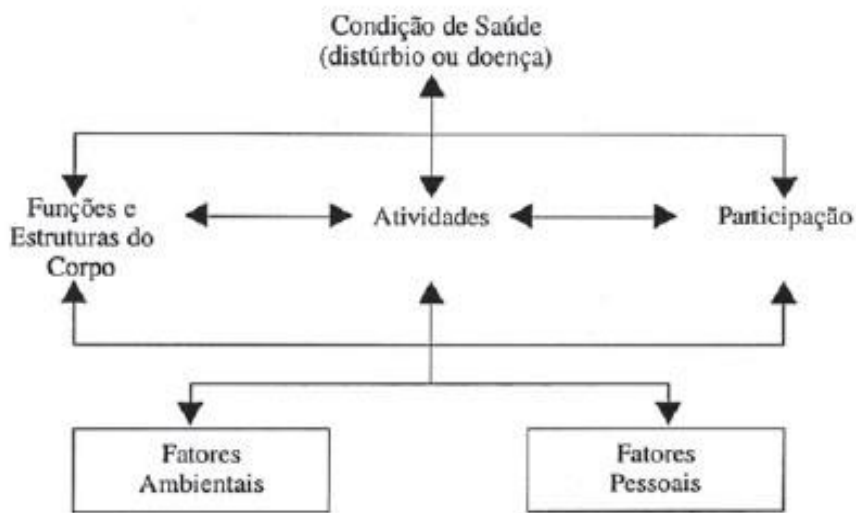
Entre as intervenções utilizadas, a fisioterapia apresenta diversas formas de tratar a dor lombar, agindo na prevenção ou controle do estresse da lombalgia, possibilitando assim o bem-estar e a melhora da capacidade funcional do paciente (DE CONTI *et al.*, 2003). No entanto, é necessário que a fisioterapia utilize recursos que oriente a sua avaliação e sua prática cinético-funcional, permitindo uma melhor compreensão do comprometimento do paciente, desde o início da patologia até suas consequências funcionais (SAMPALIO; MANCINI; FONSECA, 2002).

Nesse sentido, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), relacionada ao estudo de lombalgias crônicas, tem sido utilizada como base científica para o estudo e entendimento da saúde, influenciando e motivando a pesquisa científica na área e estimulando o desenvolvimento de novas avaliações e condutas (OMS, 2003).

A CIF é considerada atualmente pela Organização Mundial de saúde (OMS) o principal método para mensurar, definir e formular as políticas na área da saúde e incapacidade (NUBILA, 2010). Garante a aplicação de uma linguagem universal, que simplifica a comunicação entre profissionais referente a assuntos de saúde (SAMPAIO; MANCINI; FONSECA, 2002).

Essa classificação descreve a incapacidade apresentada pelo indivíduo (Figura 1), relacionando-a com as condições de saúde, distinguindo o que pode ou não realizar nas suas atividades de vida diária, considerando a funcionalidade de órgãos e estruturas corpóreas, bem como as limitações nas atividades e na participação social no ambiente no qual o indivíduo convive (BATTISTELLA; BRITO, 2002).

**Figura 1** – Interações entre os componentes da CIF



Fonte: OMS, CIF, 2004.

Nesse sentido, o uso dessa classificação para avaliação de pacientes com lombalgia crônica auxiliará no conhecimento de aspectos biopsicossociais, que é de grande importância para o delineamento adequado de melhores estratégias para intervenções e acompanhamento de resultados. Assim, o objetivo deste estudo foi traçar o perfil funcional de pacientes com lombalgia crônica atendidos na Clínica de Fisioterapia do UNIPAM na perspectiva da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

## 2 Materiais e métodos

Foi um estudo observacional do tipo transversal realizado com pacientes com lombalgia crônica que realizaram atendimento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia do UNIPAM, entre fevereiro e julho de 2018. O projeto foi enviado para o Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário de Patos de Minas, recebendo aprovação por meio do Parecer nº 1.917.083.

A amostra foi selecionada por conveniência, sendo selecionados 25 pacientes que apresentaram lombalgia crônica e estavam em atendimento fisioterapêutico na

Clínica de Fisioterapia do UNIPAM. Todos os pacientes foram orientados sobre o estudo e os que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos pacientes com idade  $\geq 18$  anos que apresentavam diagnósticos fornecido por ortopedista e/ou sinais clínicos de lombalgia crônica. Foram excluídos pacientes que apresentavam disfunções musculoesqueléticas severas, fibromialgia, cirurgias de grande porte realizadas no último ano, episódios recentes de fraturas, bem como doenças sistêmicas ou tumorais. Além disso, pacientes que apresentaram déficit cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) também foram excluídos.

Inicialmente foi realizada uma avaliação fisioterapêutica ortopédica como forma de caracterizar o(a) paciente. Em seguida, foram aplicados o teste de *Shober* para avaliar a mobilidade da coluna lombar, o Questionário Roland Morris para avaliar a incapacidade funcional do paciente e a Escala Analógica Visual de Dor para avaliar a dor do paciente. Posteriormente, foi aplicado o Questionário sobre Qualidade de Vida (SF-36). Em seguida, os instrumentos utilizados foram estruturados no modelo da CIF. Para avaliação do estado cognitivo, os pacientes foram submetidos ao MEEM.

O MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore varia de 0 a 30 pontos, sendo, quanto maior o escore, melhor as funções cognitivas do indivíduo. As notas de corte utilizadas para exclusão pelo MEEM foram: 17 para os analfabetos; 22 para pesquisados com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade. Esses pontos de corte foram baseados nos critérios de Brucki *et al.* (2003).

O teste de *Schober* é utilizado para medir a mobilidade da coluna lombar. Foi demarcado um ponto entre as espinhas íliacas póstero-superiores em nível da segunda vértebra sacral do(a) paciente. Em seguida, foram demarcados dois outros pontos, um 5 cm abaixo do ponto marcado inicialmente e o outro, 10 cm acima desse nível. O teste é considerado normal quando ocorre variação de cinco ou mais centímetros entre as medidas na posição ortostática e em flexão lombar máxima (WILLIAMS *et al.*, 1993).

O Questionário de Roland-Morris consiste de 24 itens sobre a interferência das dores na coluna nas atividades da vida diária e da vida prática do paciente, que são assinalados se presentes no cotidiano deste. Esse questionário, desenvolvido e validado por Roland e Morris (1983), foi adaptado para a população brasileira por Nusbaum *et al.* (2001). A pontuação do questionário foi analisada de forma contínua, com escores de 0 a 24 — a pontuação 0, considerada como ausência de incapacidade; pontuação  $>$  que 14, considerada como incapacidade significativa; pontuação 24, considerada como incapacidade severa. Nesse sentido, para análise dos dados, os pacientes foram divididos em dois grupos: 1) indivíduos com pontuação de 0 a 14 pontos e 2) indivíduos com pontuação  $>$  14 pontos.

A Escala Analógica Visual da Dor (EVA) consiste em uma linha horizontal de 10 centímetros em que, na extremidade esquerda, há a indicação sem dor e, na direita, pior dor possível. A pontuação da EVA foi analisada de forma contínua, com escores de 0 a 10 (MARTINEZ; GRASSI; MARQUES, 2011).

O Questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - Item Short - Form Health Survey*) é caracterizado como um instrumento abrangente que avalia a qualidade de vida de um indivíduo. É de fácil manuseio e entendimento, além disso, não é considerado extenso. É um mecanismo multidimensional composto por 36 itens, agrupados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, sociais, emocionais, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental. O escore final foi definido de 0 a 100, obtido pelo cálculo de *Raw Scale*, no qual 0 é subentendido como o pior estado de saúde e 100 o melhor estado de saúde (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1994).

Posteriormente, foi realizada a distribuição dos testes e instrumentos de avaliação utilizados em cada um dos domínios do modelo da CIF, a fim de verificar se eles estavam de acordo com o modelo proposto a ser utilizado.

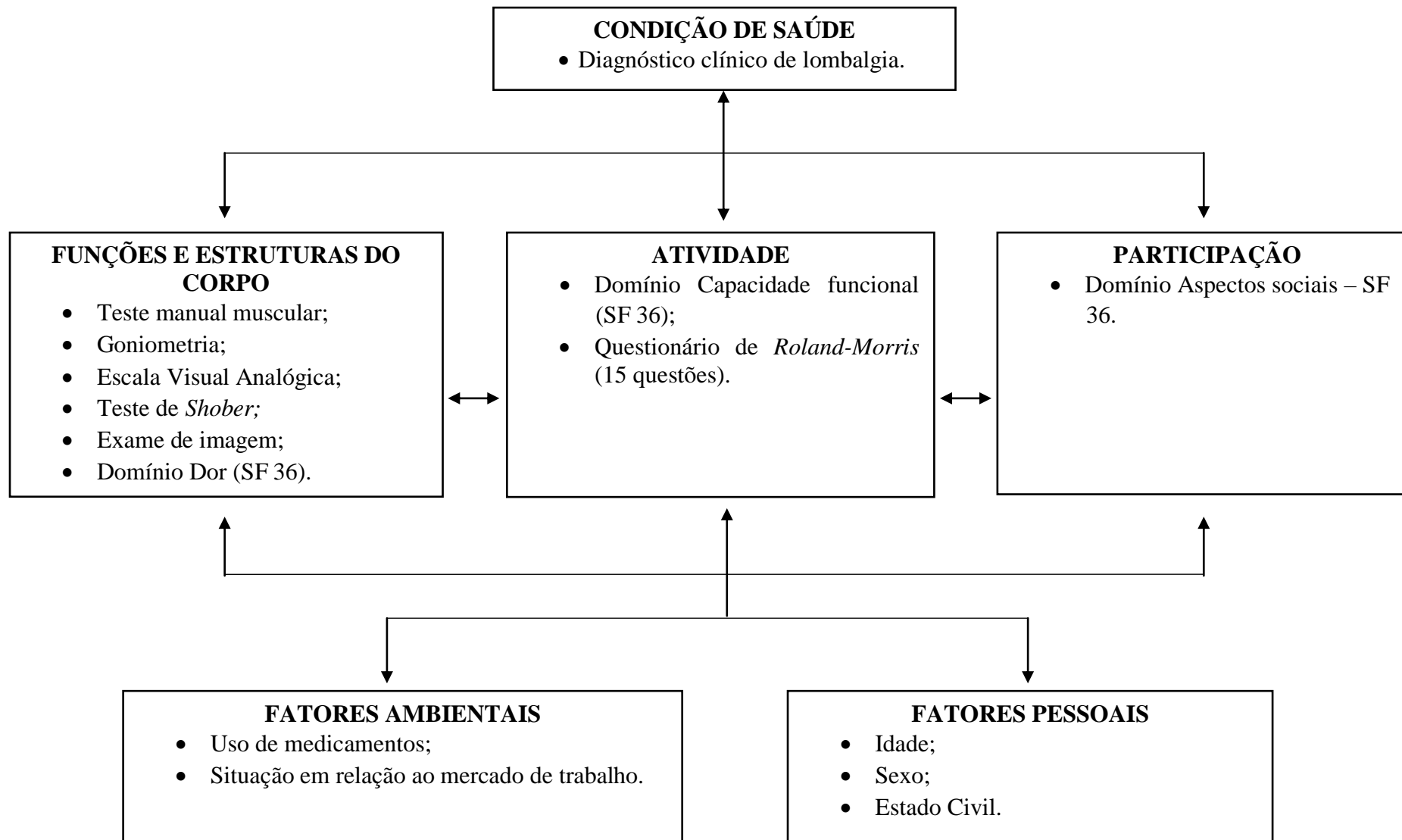
Os dados foram digitados em uma planilha eletrônica no programa Excel e as análises estatísticas realizadas no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 24.0.

Os procedimentos da estatística descritiva foram realizados por meio da distribuição da frequência (absoluta e relativa), cálculo de medida de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil). Para comparação dos dados quantitativos entre os dois grupos ((1) indivíduos com pontuação de 0 a 14 pontos e (2) indivíduos com pontuação > 14 pontos de incapacidade funcional), foi utilizado o teste *t-Student* para amostras independentes ou teste não paramétrico de Mann Whitney. Foi realizado previamente o teste de *Shapiro-Wilk*, para verificar a normalidade dos dados. Foi considerado o nível de significância de 5% para todos os testes.

### 3 Resultados

Foram avaliados 25 pacientes com diagnóstico de lombalgia crônica com idade média de  $56,7 \pm 15,4$  anos. A Figura 2 apresenta a distribuição dos testes e instrumentos de avaliação utilizados em cada um dos domínios do modelo da CIF.

Figura 2 – Diagrama referente à distribuição de testes e instrumentos de avaliação para mensurar os diferentes domínios da CIF



Em relação à caracterização da amostra, verificou-se que 84% eram do sexo feminino. Quando analisado o estado civil dos pacientes, 56% afirmaram estar casados(as), 28% viúvos(as), 8% solteiros(as) e 8% divorciados(as). Com relação ao trabalho, 80% dos pacientes afirmaram não estar trabalhando. Além disso, 72% dos pacientes relataram ser aposentados. Sobre o uso de medicação, 92% daqueles que participaram do estudo declararam realizar o uso de medicamentos diariamente. Ainda sobre a caracterização, 80% possuíam algum exame complementar de imagem no momento da avaliação. Em relação à mobilidade da coluna lombar, 84% apresentaram redução da mobilidade. Na análise da capacidade funcional dos indivíduos testados, 76% demonstraram incapacidade funcional (Tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização da Amostra**

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	4 (16,0)
Feminino	21 (84,0)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro(a)	2 (8,0)
Casado(a)	14 (56,0)
Viúvo(a)	7 (28,0)
Divorciado(a)	2 (8,0)
<b>Trabalho</b>	
Sim	5 (20,0)
Não	20 (80,0)
<b>Aposentadoria</b>	
Sim	18 (72,0)
Não	7 (28,0)
<b>Medicamentos</b>	
Sim	23 (92,0)
Não	2 (8,0)
<b>Exames de Imagem</b>	
Sim	20 (80,0)
Não	5 (20,0)
<b>Mobilidade</b>	
Normal	4 (16,0)
Reduzida	21 (84,0)
<b>Capacidade Funcional</b>	
0 a 14	6 (24,0)
> 14	19 (76,0)

Fonte: dados da pesquisa, 2018.

Ao comparar as médias das variáveis da goniometria, teste de força muscular e escala visual analógica com a capacidade funcional, verificou-se que a intensidade da dor foi maior para os indivíduos com incapacidade funcional significativa (pontuação > 14), conforme pode ser visto Quadro 1.

**Quadro 1** – Comparação da goniometria, teste de força muscular e escala visual analógica com a capacidade funcional

Domínios de qualidade de vida	Capacidade funcional	Média ± dp	Mediana (IIQ)	p-valor
<b>Goniometria</b>				
Flexão	Total	63,2 ± 18,7	60,0 (50,0; 80,0)	0,290
	0 a 14	70,3 ± 18,6	70,0 (51,5; 90,0)	
	> 14	60,9 ± 18,6	60,0 (45,0; 80,0)	
Extensão	Total	9,6 ± 4,8	10,0 (5,0; 12,0)	0,840
	0 a 14	10,0 ± 5,4	9,0 (7,0; 12,5)	
	> 14	9,5 ± 4,8	10,0 (5,0; 12,0)	
Flexão lateral direita	Total	14,5 ± 5,7	12,0 (10,0; 20,0)	0,362
	0 a 14	13,0 ± 5,8	13,0 (7,5; 18,5)	
	> 14	15,0 ± 5,8	12,0 (10,0; 20,0)	
Flexão lateral esquerda	Total	16,4 ± 6,4	18,0 (11,0; 20,0)	0,233
	0 a 14	18,3 ± 9,1	20,0 (14,0; 22,5)	
	> 14	15,8 ± 5,6	16,0 (10,0; 20,0)	
Rotação direita	Total	11,8 ± 5,9	10,0 (10,0; 12,0)	0,302
	0 a 14	15,8 ± 9,8	11,0 (9,0; 27,0)	
	> 14	10,5 ± 3,5	10,0 (10,0; 12,0)	
Rotação esquerda	Total	13,3 ± 8,97	12,0 (10,0; 15,5)	0,265
	0 a 14	19,7 ± 16,2	17,5 (8,3; 27,5)	
	> 14	11,3 ± 4,1	10,0 (10,0; 15,0)	
<b>Teste de Força Muscular</b>				
Flexores	Total	2,9 ± 0,9	3,0 (2,0; 4,0)	0,198
	0 a 14	3,3 ± 1,0	4,00 (2,0; 4,0)	
	> 14	2,8 ± 0,8	3,0 (2,0; 3,0)	
Extensores	Total	2,1 ± 0,8	2,0 (1,5; 3,0)	0,205
	0 a 14	2,5 ± 1,0	2,5 (1,7; 3,2)	
	> 14	1,9 ± 0,7	2,0 (1,0; 2,0)	
Rotadores direito	Total	2,0 ± 0,7	2,0 (2,0; 2,0)	0,914
	0 a 14	2,2 ± 1,2	2,0 (1,0; 3,2)	
	> 14	2,0 ± 0,6	2,0 (2,0; 2,0)	
Rotadores esquerdo	Total	2,2 ± 0,8	2,0 (2,0; 3,0)	0,093
	0 a 14	2,7 ± 1,0	3,0 (1,7; 3,2)	
	> 14	2,0 ± 0,7	2,0 (2,0; 2,0)	
<b>Escala Visual Analógica</b>				
Intensidade da dor	Total	6,1 ± 2,2	5,0 (4,0; 8,0)	0,001*
	0 a 14	4,0 ± 1,0	4,0 (3,5; 5,0)	
	> 14	6,7 ± 2,1	7,0 (5,0; 8,0)	

Dp: desvio padrão.

\*Diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Além disso, ao comparar os escores dos domínios de qualidade de vida com a capacidade funcional, foi verificado que os indivíduos com presença de incapacidade



funcional significativa (pontuação > 14) apresentaram piores escores nos domínios de capacidade funcional, limitação nos aspectos físicos, dor e vitalidade, conforme observado na Tabela 2.

**Tabela 2** – Comparação dos domínios de qualidade de vida com a capacidade funcional

Domínios de qualidade de vida	Capacidade funcional	Média ± dp	Mediana (IIQ)	p-valor
Capacidade Funcional	Total	31,6 ± 22,9	25,0 (15,0; 50,0)	
	0 a 14	49,2 ± 26,3	47,5 (23,7; 73,7)	0,028*
	> 14	26,0 ± 19,3	20,0 (10,0; 45,0)	
Limitações nos aspectos físicos	Total	11,0±21,7	0,0 (0,0; 12,5)	
	0 a 14	33,3 ± 30,3	37,5 (0,0; 56,2)	0,004*
	> 14	3,9 ± 12,5	0,0 (0,0; 0,0)	
Dor	Total	31,4 ± 18,6	31,0 (16,0; 42,0)	
	0 a 14	49,8 ± 9,7	46,5 (71,7; 61,2)	0,003*
	> 14	25,6 ± 16,9	31,0 (10,0; 32,0)	
Estado de saúde	Total	38,8 ± 18,1	42,0 (24,5; 51,0)	
	0 a 14	41,2 ± 19,8	37,0 (25,7; 54,5)	0,722
	> 14	38,0 ± 18,1	45,0 (22,0; 52,0)	
Vitalidade	Total	40,4 ± 26,1	40,0 (20,0; 55,0)	
	0 a 14	63,3 ± 30,1	70,0 (31,2; 91,2)	0,010*
	> 14	33,2 ± 20,5	40,0 (20,0; 40,0)	
Aspectos sociais	Total	50,7 ± 26,2	50,0 (34,2; 68,7)	
	0 a 14	68,7 ± 23,4	68,7 (46,9; 90,6)	0,076
	> 14	45,0 ± 24,9	50,0 (25,0; 62,5)	
Aspectos emocionais	Total	14,6 ± 30,5	0,0 (0,0; 16,6)	
	0 a 14	33,3 ± 42,1	16,6 (0,0; 74,9)	0,081
	> 14	8,8 ± 24,4	0,0 (0,0; 0,0)	
Saúde mental	Total	52,3 ± 26,1	56,0 (32,0; 72,0)	
	0 a 14	72,0 ± 23,7	70,0 (54,0; 97,0)	0,145
	> 14	46,1 ± 24,1	52,0 (24,0; 68,0)	

Dp: desvio padrão.

\*Diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

#### 4 Discussão

Conforme a proposta das novas Diretrizes Curriculares do curso de Fisioterapia, o bacharel em Fisioterapia deve possuir a competência de promover a funcionalidade de um indivíduo em um contexto ambiental na sociedade em que vive (BRASIL, 2016). E para que se conheçam os déficits relacionados a funcionalidade é necessário averiguar os variados elementos de saúde (FARIAS NETO et al., 2017).

Os debates a respeito das diversas visões da avaliação fisioterapêutica, principalmente quando relacionada à avaliação cinesiológica e de funcionalidade,

podem incentivar pensamentos de que possuem objetivos divergentes, porém, na verdade, são complementadas em sua integração (FARIAS NETO *et al.*, 2017).

Ao discutir a avaliação em funcionalidade, devem-se ressaltar tópicos classificados como influenciadores pela OMS, como os fatores ambientais. Ademais, a atividade e a participação são indicadores de mensuração da Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF), que não são comumente integrados à avaliação cinético-funcional (OMS, 2002).

A avaliação cinético-funcional, conhecida no âmbito clínico e acadêmico, resume-se na aplicação de testes e funções musculoesqueléticas, baseando nos conceitos mecânicos do movimento e das articulações relacionadas a uma determinada condição de saúde (BERTOLI; HOUGLUM, 2014). Em geral, são constituídas por testes de amplitude de movimento, de força muscular e de outros parâmetros importantes para o trabalho do fisioterapeuta (FARIAS NETO *et al.*, 2017).

A avaliação de funcionalidade, todavia, não pode envolver apenas esses itens, motivo pelo qual se devem incluir instrumentos, baseados no modelo da CIF, a fim de melhor idealização dos fatores determinantes da funcionalidade (KOHLENER *et al.*, 2013). A dimensão das consequências que a aplicabilidade da CIF pode implementar sugere a criação de novas ferramentas que acresçam na construção da avaliação na fisioterapia traumato-ortopédica (FARIAS NETO *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o presente estudo verificou a utilização de instrumentos, como o Questionário de *Rolland-Morris*, a Escala Visual Analógica de Dor e o Questionário de Qualidade de Vida SF-36, a fim de aproximar-se dos domínios propostos pela CIF em indivíduos com lombalgia.

A lombalgia pode acometer aproximadamente 80% dos indivíduos em qualquer momento de suas vidas (PATRICK; EMANSKI; KNAUB, 2016). É caracterizada como o principal fator de limitação nas atividades funcionais e de dispensa do trabalho (KURIKI; CHAVES; ALVES, 2017), com uma prevalência global de 9,4% (IC 95% 9,0-9,8), sendo considerada a disfunção que apresenta maiores resultados de incapacidade funcional em todo o mundo (HOY *et al.*, 2014).

Segundo a *Global of Disease*, numa pesquisa de perfil epidemiológico da população mundial, a dor lombar é considerada a principal condição de saúde que comanda por mais de 20 anos o ranking dos distúrbios que acometem o estado de saúde, levando o indivíduo a viver com incapacidades, em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento (VOS *et al.*, 2016). No presente estudo, 76% dos pacientes investigados possuem incapacidade de acordo com o Questionário Roland-Morris, com pontuação > 14.

Quanto ao sexo, 84% eram mulheres com idade média de 56,7 anos. Estudos apontam que a dor lombar é mais prevalente em mulheres (HOY *et al.*, 2012) e em populações com idade entre 40 e 80 anos (MAHER; UNDERWOOD; BUCHBINDER, 2017). Além disso, na Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), verificou-se que aproximadamente 27 milhões de brasileiros adultos (18,5% da população) apresentaram relatos de dor lombar em algum momento da vida, sendo a maioria do gênero feminino. A elevada prevalência de lombalgia em mulheres tem sido justificada em consequência das tarefas domésticas e sobrecargas repetitivas na coluna lombar (PONTE, 2005).

Além disso, o presente estudo evidenciou o alto nível de pacientes que se encontram afastados ou aposentados do trabalho devido ao quadro de saúde. Waddell (2004) e Tulder (2006) afirmam que a lombalgia está diretamente relacionada com o elevado índice de absenteísmo no trabalho, além de ser uma das principais causas de procura dos serviços de saúde e dos proventos recebidos pelo afastamento do trabalho, gerando altos custos aos sistemas de saúde. No Brasil, os documentos do Sistema Único de Informação de Benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) afirmam que as despesas com dias perdidos por aposentadoria por incapacidade e invalidez em decorrência da dor lombar foram estimadas em cerca de 12 milhões de reais no ano de 2007 (MEZIAT; SILVA, 2011).

Quando analisada a força muscular desses pacientes, observou-se que todos apresentaram fraqueza muscular. A instabilidade muscular da coluna lombar, causada pelo desequilíbrio dos flexores e extensores do tronco, é uma das principais causas da lombalgia não específica, ocasionando dor e incapacidades funcionais, levando o indivíduo ao desuso por fraqueza muscular (JESUS; MARINHO, 2006).

Em um estudo realizado por Cho *et al.* (2014) com 48 indivíduos que apresentavam dor lombar, com idade entre 20 e 55 anos, ao analisarem a força dos músculos extensores e flexores do tronco de forma isométrica e isocinética, concluíram que a fraqueza dessa musculatura ocasionou no aumento da ocorrência e da gravidade da dor lombar, além do alto nível de incapacidade funcional nas atividades de vidas diárias (AVD'S).

Além da força muscular, a amplitude de movimento e a mobilidade de coluna lombar também estavam reduzidas nos pacientes avaliados neste estudo. Hamill e Knutzen (2012) relacionam, em seu estudo, a dor lombar com alterações da flexibilidade muscular e da força dos grupos, abdominal e eretores da espinha. Além disso, afirmam que, para evitar quadros álgicos na região lombar, é necessário restabelecer a amplitude de movimento e força das musculaturas citadas.

Segundo Emiliani e Tanaka (2002), a redução da mobilidade lombar está constantemente associada à dor lombar e afirmam que o melhor método para verificar funcional e quantitativamente o movimento da coluna lombar é por meio do Teste de Schober.

Conforme o estudo de Briganó e Macedo (2005), foi verificado que indivíduos que apresentaram dor lombar, quando comparados a indivíduos assintomáticos, apresentavam diminuição da mobilidade lombar, conforme analisados com o Teste de Schober.

Um fator importante analisado no presente estudo é a relação qualidade de vida dos pacientes, no qual se podem observar alterações principalmente na capacidade funcional, nas limitações dos aspectos funcional e na vitalidade. Mascarenhas e Santos (2011) afirmam que pacientes com dor lombar evitam realizar movimentos que envolvam a coluna por medo de piora da dor; esse hábito apresenta consequências negativas para a saúde do indivíduo, pois limitam as atividades de vida diária com consequente prejuízo na qualidade de vida.

De acordo com Silva (2010) e Briganó e Macedo (2005), aqueles acometidos pela dor lombar apresentam comprometimento nas atividades de vida diária, atividades moderadas e de lazer, atividades vigorosas, atividades profissionais e independência,

necessitando de auxílio de terceiros. Tais características associadas a características mentais afetam claramente a qualidade de vida destes indivíduos.

Cesar, Brito e Battistella (2004), em um estudo de intervenção, avaliaram a qualidade de vida de 154 indivíduos com idade entre 18 e 75 anos, com dor lombar. Analisaram, no momento pré-intervenção através do SF-36, que a dor, o estado geral de saúde, as limitações dos aspectos funcionais e a vitalidade, da amostra predominantemente feminina (n=104), estavam alteradas, melhorando significativamente no momento pós-intervenção.

Em estudo realizado na Suécia, no qual analisavam relação entre a dor lombar, a qualidade de vida e a incapacidade funcional, observaram associação entre as variáveis, concluindo que níveis elevados de incapacidade funcional consequentes da dor lombar promovem alterações bastante significativas na qualidade de vida de uma população com tal disfunção (EKMAN *et al.*, 2005).

Nesse sentido, verifica-se a necessidade de realizar uma avaliação baseada no modelo da CIF, que consiga abranger diferentes aspectos da funcionalidade dos pacientes com lombalgia crônica.

## 5 Conclusão

Verificou que pacientes com lombalgia crônica que possuíam incapacidade funcional significativa (pontuação > 14) apresentam maior intensidade da dor e piores escores de qualidade de vida nos domínios de capacidade funcional, limitação nos aspectos físicos, dor e vitalidade.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de considerar, durante uma avaliação fisioterapeuta, a utilização de instrumentos baseados nos domínios propostos pela Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde (CIF) e, dessa forma, classificar os pacientes com base em sua funcionalidade e não apenas no modelo biomédico proposto pelas atuais avaliações fisioterapêuticas.

## Referências

ALVARES, T.; FERRARETO, S. Tratamento fisioterapêutico na lombalgia crônica – metanálise. *In: Simpósio de Ensino de Graduação, 7, 2008, Piracicaba. Anais...* Piracicaba: UNIMEP, 2008.

BATTISTELLA, L. R.; BRITO, C. M. M. Tendência e reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*, ed. 9, v. 2, p. 98-101. 2002.

BERTOTI, D.; HOUGLUM, P. *Cinesiologia clínica de Brunnstrom*. 6. ed. Barueri: Manole, 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO. *Esboço de minuta das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação, bacharelado, em fisioterapia*. Brasília: Abenfisio, 2016.

BRIGANÓ, J. U.; MACEDO, C. S. G. Análise da mobilidade lombar e influência da terapia manual e da cinesioterapia na lombalgia. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p. 75-82, jul./dez. 2005.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, ed. 61, v. 3-B, p. 777-781, 2003.

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

CHO, K.H. *et al.* Trunk muscles strength as a risk factor for nonspecific low back pain: a pilot study. **Annals of Rehabilitation Medicine**, v. 38, n. 2, p. 234-240, 2014.

DE CONTI, M. H. S. *et al.* Efeito de técnicas fisioterápicas sobre os desconfortos músculo-esqueléticos da gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 647-54, set. 2003.

EKMAN, M. *et al.* Burden of illness of chronic low back pain in Sweden: a cross-sectional, retrospective study in primary care setting. **Spine (Phila Pa 1978)**, v. 30, n.15, p.1777-1785, 2005.

EMILIANI, W. R. J.; TANAKA, C. Postura, flexibilidade da coluna e capacidade funcional em pacientes portadores de lombalgia crônica – Avaliação. **Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 85, jul./dez. 2002.

FARIAS NETO, J. P. F. *et al.* Avaliação da funcionalidade na fisioterapia traumato-ortopédica e associação dos instrumentos atuais com a CIF. *In: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumatológica*; Silva M.F., Barbosa R.I., organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Traumatológica. Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 9-42, 2017.

HAMILL, J.; KNUTZEN, K. M. **Bases biomecânicas do movimento humano**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2012.

HELFENSTEIN, J. M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. Lombalgia ocupacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 56, n. 5, p. 583-589, set./out. 2010.

HOY, D. *et al.* A systematic review of the global prevalence of low back pain. **Arthritis rheum**, v. 64, n. 6, p. 2028-2037, jun. 2012.

HOY, D. *et al.* The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Diseases 2010 study. **Ann Rheum Dis**, v. 73, n. 6, p.968-974, jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2013.

JESUS, G. T.; MARINHO, I. S. F. Causas de lombalgia em grupos de pessoas sedentárias e praticantes de atividades físicas. **Revista Digital Buenos Aires**, v. 10, n. 92, 2006.

KAPANDJI, A. I. **Fisiologia articular-tronco e coluna vertebral**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KOHLER, F. *et al.* Can the ICF be used as a rehabilitation outcome measure? A study looking at the inter-and intra-rater reliability of ICF categories derived from an ADL assessment tool. **J Rehabil Med.**, v. 45, n. 9, p. 881-887, set. 2013.

KURIKI, H. U.; CHAVES, T. C.; ALVES, M. C. A estabilização segmentar por meio do método Pilates no tratamento da dor lombar. *In: Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica*; SILVA M.F., BARBOSA R.I., organizadores: PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Traumato-Ortopédica. Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 135-181, 2017.

MAHER, C.; UNDERWOOD, M.; BUCHBINDER, R. Non-specific low back pain. **Lancet**, v. 289, n. 10070, p. 736-747, fev. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis do Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n. 2, p. 3-16, 2015.

MARTINEZ, J. E., GRASSI, D. C., MARQUES, L. G. 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.

MASCARENHAS, C. H. M.; SANTOS, L. S. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia crônica. **J Health Sci Inst**, v. 29, n. 3, p. 205-208, 2011.

MEZIAT, F. N.; SILVA, G. A. Disability pension from back pain among social security beneficiaries, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 494-502, jun. 2011.

NUBILA, H. B. V. Uma introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 35, ed.121, p. 122-123, 2010.

- NUSBAUM, L. *et al.* Translation, adaptation and validation of Roland-Morris Questionnaire – Brazil Roland Morris. **Braz J Med Biol Res.**, Ribeirão Preto, v. 34, p. 203-210, fev. 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: EDUSP, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Towards a common language for functioning, disability and health, ICF.** Geneva, 2002.
- PATRICK, N.; EMANSKI, E.; KNAUB, M.A. Acute and chronic low back pain. **Med Clin North Am.**, v. 100, n. 1, p. 169-181, jan. 2016.
- PEREIRA, N.; FERREIRA, L. A. B.; PEREIRA, W. M. Efetividade de exercícios de estabilização segmentar sobre a dor lombar crônica mecânico-postural. **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 23, n. 4, p. 605-614, out./dez. 2010.
- PONTE, C. Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas. **Rev. Port. Clin. Geral.**, v. 21, p. 259-67, 2005.
- ROLAND, M; MORRIS, R. A study of natural history of low back pain. Part I: development of reliable and sensitive measure of disability in low back pain. **Spine**, v.8, n. 2, p. 141-144, 1983.
- SAMPAIO, R. F. *et al.* Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Rev Bras Fisioter.**, São Carlos, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; FONSECA, S. T. Prática baseada em evidências: buscando informação científica para fundamentar a atuação clínica da Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 6, n. 3, p. 113-118, 2002.
- SILVA C. C. G. **Dor lombar crônica e qualidade de vida.** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra (Portugal), 2010. (Artigo científico).
- SIQUEIRA, G. R.; CAHÚ, F. G.; VIEIRA, R. A. Ocorrência de lombalgia em fisioterapeutas da cidade de Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 12, n. 3, p. 222-227, maio/jun. 2008.
- TULDER, M. V. Chapter 1. European Guidelines European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. **Eur Spine J**, Suppl. 2, p. 134-135, 2006.

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. **Lancet.**, v. 388, p. 1545-1602, 2016.

WADDELL G. **The back pain revolution**. 2. ed. London: Churchill Livingstone, 2004.

WARE J. E; KOSINSKI M; KELLER E. D: **The SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a user's manual**. Boston, MA, The Health Institute, 1994.

WILLIAMS, R. *et al.* Reliability of the modified Schöber and double inclinometer methods for measuring lumbar flexion and extension. **Phys Ther.**, v. 73, n. 1, p. 33-44, 1993.