

Flora Pereira Guerra

**DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOR LOMBAR: impacto de
fatores clínicos, sociodemográficos, autopercepção e crenças**

Belo Horizonte

2013

Flora Pereira Guerra

**DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOR LOMBAR: impacto de
fatores clínicos, sociodemográficos, autopercepção e crenças**

Dissertação apresentada ao programa de Pós – Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de concentração: Desempenho Funcional Humano

Orientadora: Marcella Guimarães Assis

Belo Horizonte

2013

G934d Guerra, Flora Pereira
2013 Desempenho funcional de idosos com dor lombar: impacto de fatores clínicos, sociodemográficos, autopercepção e crenças. [manuscrito] / Flora Pereira Guerra – 2013.
73 f., enc. il.

Orientadora: Marcella Guimarães Assis

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 56-61

1. Idosos - Teses. 2. Dor Lombar - Teses. 3. Incapacidade – Teses. I. Assis, Marcella Guimarães. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 615.8

Ficha catalográfica elaborada pela equipe de bibliotecários da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br FONE/FAX: (31) 3409-4781

ATA DE NÚMERO 198 (CENTO E NOVENTA E OITO) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA PELA CANDIDATA **FLORA PEREIRA GUERRA** DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO.

Ao Primeiro dia do mês de março do ano de dois mil e treze, realizou-se na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação de Mestrado intitulada: **"DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOR LOMBAR: IMPACTO DE FATORES CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO E CRENÇAS"**. A banca examinadora foi constituída pelos seguintes Professores Doutores: Marcella Guimarães Assis, Luciana Assis Costa e Rosângela Corrêa Dias, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14h00min com apresentação oral da candidata, seguida de arguição dos membros da Comissão Examinadora. **Após avaliação, os examinadores consideraram a candidata aprovada e apta a receber o título de Mestre, após a entrega da versão definitiva da dissertação.** Nada mais havendo a tratar, eu, Eni da Conceição Rocha, secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação dos Departamentos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 01 de março de 2013.

Professor Dr. . Marcella Guimarães Assis _____

Professora Dra. Luciana Assis Costa _____

Professora Dra. Rosângela Corrêa Dias _____



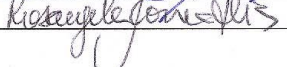
Eni da Conceição Rocha 010400893 _____

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

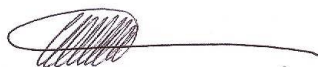
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS EM REABILITAÇÃO
DEPARTAMENTOS DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL
SITE: www.eeffto.ufmg.br/mreab E-MAIL: mreab@eeffto.ufmg.br
FONE/FAX: (31) 3409-4781

PARECER

Considerando que a dissertação de mestrado de FLORA PEREIRA GUERRA intitulada “DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOR LOMBAR: IMPACTO DE FATORES CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS, AUTOPERCEPÇÃO E CRENÇAS”, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, nível mestrado, cumpriu sua função didática, atendendo a todos os critérios científicos, a Comissão Examinadora **APROVOU** a defesa de dissertação, conferindo-lhe as seguintes indicações:

Nome dos Professores/Banca	Aprovação	Assinatura
Marcella Guimarães Assis	Aprovada	
Luciana Assis Costa	Aprovada	
Rosângela Corrêa Dias	Aprovado	

Belo Horizonte, 01 de março de 2013.



Colegiado de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação/EEFFTO/UFMG

Prof. MARCELO VELOSO
Sub-coordenador do Colegiado
Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação
Inscrição UFMG:192430 Inscrição SIAPE:1530729

Aos meus pais, com amor

AGRADECIMENTOS

A Deus por sempre guiar-me e amparar-me nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, fonte de infinitos apoios, dedicação e amor. Eles, fundamentais para que eu concluísse mais esta etapa na minha vida.

A toda minha família por estar presente e sempre torcer por mim.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Marcella Assis, que desde a graduação aponta-me caminhos na Terapia Ocupacional, numa parceria generosa e amigável, marcada pela confiança mútua costurada em tecidos de conhecimento técnico, humanidade, arte, sensibilidade e beleza.

À Prof^a Dr^a Marisa Mancini, pelas contribuições e ensinamentos fundamentais para a concretização deste trabalho.

Ao meu amigo Adnaldo, que caminhou junto à mim nesses dois anos, dividindo alegrias e aflições e que, como em tudo que se envolve, poetizou nossa jornada pela ciência.

Aos professores da pós-graduação em Ciências da Reabilitação por todo conhecimento compartilhado e aos funcionários administrativos por todo auxílio prestado.

Aos colegas da pós-graduação pelas trocas e vivências compartilhadas que tanto enriqueceram minha travessia.

À equipe BACE com quem aprendi muito sobre o ofício de pesquisador e que me possibilitou ver, na prática, como a soma de esforços nos possibilita alcançar novas metas.

Aos meus amigos, parte essencial da minha vida, por proporcionarem e dividirem momentos de felicidade pura e tornarem a caminhada mais leve.

A Aleida por toda dedicação, paciência e auxílio a esta pesquisa e que incansavelmente desdobrou-se quando precisei.

Aos idosos participantes por confiarem no grupo de pesquisadores, dividindo sua intimidade e, dessa forma, tornando possível este e tantos outros estudos ligados ao BACE.

Às equipes das instituições Ambulatório Bias Fortes/HC-UFMG, Instituto Jenny de Andrade Faria/HC-UFMG, Hospital Risoleta Tolentino Neves e Hospital da Previdência/IPSEMG por abrirem as portas e contribuírem para o desenvolvimento do projeto BACE.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

GERÂNIO

(Nando Reis/Marisa Monte/Jennifer Gomes)

Ela que descobriu o mundo
E sabe vê-lo do ângulo mais bonito
Canta e melhora a vida, descobre sensações diferentes
Sente e vive intensamente

Aprende e continua aprendiz
Ensina muito e reboca os maiores amigos
Faz dança, cozinha, se balança na rede
E adormece em frente à bela vista

Despreocupa-se e pensa no essencial
Dorme e acorda

Conhece a Índia e o Japão e a dança haitiana
Fala inglês e canta em inglês
Escreve diários, pinta lâmpadas, troca pneus
E lava os cabelos com shampoos diferentes

Faz amor e anda de bicicleta dentro de casa
E corre quando quer
Cozinha tudo, costura, já fez boneco de pano
E brinco para a orelha, bolsa de couro, namora e é amiga

Tem computador e rede, rede para dois
Gosta de eletrodomésticos, toca piano e violão
Procura o amor e quer ser mãe, tem lençóis e tem irmãs
Vai ao teatro, mas prefere cinema

Sabe espantar o tédio
Cortar cabelo e nadar no mar
Tédio não passa nem por perto, é infinita, sensível, linda
Estou com saudades e penso tanto em você

Despreocupa-se e pensa no essencial
Dorme e acorda

PREFÁCIO

O formato desta dissertação segue as normas estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para o formato opcional de dissertação de mestrado.

Tomando-se das normas atuais da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), apresenta-se, inicialmente, uma introdução composta de uma revisão bibliográfica seguida da problematização do tema e, logo depois, os objetivos do estudo são expostos. Os materiais e métodos utilizados são descritos em detalhes englobando: características da amostra, instrumentação e análises estatísticas. Posteriormente, o artigo que visa à publicação na Revista Brasileira de Fisioterapia é inserido, o qual segue as normas de apresentação adotadas por essa revista. Nele, os resultados obtidos são expostos, seguidos de uma discussão. Por fim, são feitas as considerações finais do estudo.

RESUMO

As condições musculoesqueléticas na população idosa são importantes causas de incapacidade, destacando-se a dor lombar. Essa condição é comum em idosos e há evidências de que aqueles que a relatam apresentam maior dificuldade na realização das atividades cotidianas. O estudo objetivou avaliar a relação das variáveis sociodemográficas, clínicas, autopercepção de saúde e crenças com o desempenho funcional de idosos com dor lombar. Trata-se de um estudo transversal que utilizou dados do projeto multicêntrico *Back Complaints in the Elders* (BACE). Por meio do autorrelato foram coletadas informações de 191 idosos sobre características: sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade), clínicas (intensidade e frequência da dor, comorbidades), autopercepção de saúde, crenças quanto às consequências da dor lombar e desempenho funcional (componente de incapacidade do *Late Life Function and Disability Instrument* - LLFDI). A amostra foi constituída por indivíduos acima de 60 anos que relataram um novo episódio de dor lombar em menos de seis semanas e que não apresentavam alterações cognitivas, deficiências visuais, auditivas e motoras graves. Foi realizada a análise bivariada de cada variável independente com cada desfecho. Aquelas que apresentaram $p < 0,20$, entraram nos modelos de regressão múltipla para cada domínio do LLFDI. Os coeficientes de determinação dos modelos multivariados foram significativos, apesar da modesta magnitude. As variáveis que se relacionaram com o desempenho funcional foram as crenças, a autopercepção de saúde, a escolaridade, a frequência da dor e o estado civil. Os modelos de regressão que apresentaram maior valor explanatório ($R^2 = 0,20$) foram o de papel instrumental e o de limitação na realização das atividades em ambos permaneceram estatisticamente significativas as variáveis crença e autopercepção de saúde, e frequência de dor apenas no papel instrumental. Os resultados referentes ao domínio do papel de gerenciamento não obtiveram significância estatística. Esses resultados poderão contribuir para o aprimoramento das intervenções de profissionais de saúde cuja atuação tem se restringido a aspectos clínicos, buscando valorizar, sobretudo, as crenças dos idosos e sua autopercepção de saúde.

Palavras-chave: desempenho funcional, idosos, dor lombar, incapacidade, crença.

ABSTRACT

Musculoskeletal conditions in the elderly are an important cause of disability, especially for low back pain. Low back pain is a common condition among the elderly and there are evidences that those who have it report greater difficulty in performing activities of daily living. The objective of this study is to evaluate the relationship between functional performance of elders with low back pain and the following variables: sociodemographic and clinical factors, perceived health and beliefs about back pain. This is a cross-sectional study that used data from the *Back Complaints in the Elders* (BACE) international consortium. Information about sociodemographic factors (sex, age, marital status, formal education), clinical factors (intensity and frequency of pain, comorbidities), perceived health, beliefs about back pain and functional performance (measured by the disability component of the *Late Life Function and Disability Instrument* - LLFDI) were collected through self report. The sample consisted of 191 subjects above 60 years old with a new episode of back pain in at least six weeks who didn't have cognitive disorder, visual impairment and hearing and motor disabilities. A bivariate analysis was conducted between each independent variable and each outcome. Associations with $p < 0.20$ were selected for the multiple linear regression analysis, that was carried out for each LLFDI domain. The multiple regression's coefficients of determination were significant despite the modest magnitude. The variables that were related to functional performance were beliefs about back pain, perceived health, formal education, pain frequency and marital status. The limitation dimension and the instrumental role domain showed the greatest coefficient of determination ($R^2=0,20$) and both were related to beliefs and perceived health and frequency of pain was only related to the instrumental role. The results related to the management role domain didn't achieve statistical significance. These results may contribute to the improvement of health care professionals whose performance has been restricted to clinical aspects, also valuing the beliefs of elders and their self perceived health.

Keywords: functional performance, elderly, low back pain, disability, beliefs

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ABVD -	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD -	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AAVD -	Atividades Avançadas de Vida Diária
AVD -	Atividades de Vida Diária
BACE -	<i>Back Complaints in the Elders</i>
MEEM -	Mini Exame do Estado Mental
EVA -	Escala Visual Analógica
WOMAC -	<i>Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index</i>
BBQ -	<i>Back Beliefs Questionnaire</i>
LLFDI -	<i>Late Life Function and Disability Instrument</i>
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
FAPEMIG -	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
CAPES -	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq -	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Envelhecimento populacional.....	15
1.2	Dor lombar.....	16
1.3	Desempenho funcional.....	17
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	Objetivo geral.....	24
2.2	Objetivos específicos.....	24
3	MATERIAIS E MÉTODO.....	26
3.1	Tipo de estudo e aspectos éticos.....	26
3.2	Amostra.....	26
3.3	Instrumentação.....	27
3.3.1	Escala Visual Analógica (EVA).....	28
3.3.2	<i>Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC)</i>	29
3.3.3	<i>Back Beliefs Questionnaire (BBQ)</i>	29
3.3.4	<i>Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI)</i>	30
3.4	Análise estatística.....	32
4	ARTIGO.....	34
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	56
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.....	62

ANEXO B – Questões do inquérito BACE utilizadas neste estudo.....	63
ANEXO C – <i>Self-Administered Comorbidity Questionnaire</i>.....	64
ANEXO D - Escala Visual Analógica (EVA).....	65
ANEXO E – <i>Western Ontario and MacMaster Universities Arthritis Index</i> (WOMAC).....	66
ANEXO F – <i>Back Beliefs Questionnaire</i> (BBQ).....	67
ANEXO G – Componente de incapacidade do <i>Late Life Function and Disability Instrument</i> (LLFDI).....	68
ANEXO H – Exibição visual de cada item do instrumento LLFDI e suas relações com as dimensões de frequência e limitação e com os domínios de cada dimensão.....	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos seus maiores desafios (WHO, 2002). Em 1950 somente 8% da população mundial tinha 60 anos e mais. Essa porcentagem cresceu para 11,2% em 2011 e espera-se que chegue a 22% em 2050. Prevê-se que o número de pessoas acima de 60 anos triplique, em 90 anos, de 784 milhões em 2011 para dois bilhões em 2050, chegando a 2,8 bilhões em 2100. Já os muito idosos (80 anos ou mais) pertencem ao segmento da população que apresenta crescimento mais acelerado. Seu número deverá aumentar oito vezes, indo de 109 milhões em 2011 (1,6% da população) para 402 milhões em 2050 (4,3% da população), alcançando 792 milhões em 2100 (7,8% da população), conforme dados das Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2011).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa brasileira, até 2060, terá um crescimento considerável: em 2010, aqueles indivíduos acima de 60 anos representavam 10,03% da população total, em 2030, acredita-se que os idosos brasileiros representarão 18,62% da população do país e em 2060 chegará a 33,71% (IBGE, 2010).

1.2 Dor lombar

Dentre a população idosa, as condições musculoesqueléticas são as principais causas de incapacidade. A dor e a incapacidade física causada por essas condições afetam várias áreas da vida do indivíduo, diminuindo-lhe a qualidade de vida. Dentro desse grupo está a dor lombar, considerada um grande problema em todo o mundo (WOOLF; PFLEGER, 2003; HOY *et al.*, 2012; BANERJEE; JADHAV; BHAWALKAR, 2012).

A dor lombar é um problema extremamente comum que a maioria das pessoas experimenta em algum momento da vida; provocando um impacto significativo na vida dos indivíduos e seus familiares, nas comunidades, no sistema de saúde e nas próprias empresas. Essa condição engloba dor, limitações nas atividades, restrição na participação, uso de recursos da saúde e encargos financeiros (HOY *et al.*, 2010; KOSE; HATIPOGLU, 2012). Tal condição é definida como uma dor entre a margem inferior da 12^a costela e a linha glútea inferior, intensa o suficiente para limitar atividades usuais ou mudar a rotina por mais de um dia, podendo ou não estar acompanhada de dor nas pernas (DIONNE *et al.*, 2008; VAN TULDER *et al.*, 2006). Não é considerada uma entidade clínica propriamente dita, mas sim um sintoma com diferentes estágios de incapacidade e cronicidade (BALAGUÉ *et al.*, 2007), de forma que é considerada aguda se durar menos de seis semanas, subaguda se durar entre seis semanas e três meses e crônica se estiver presente por mais de três meses (VAN TULDER *et al.*, 2006).

Percebe-se, pois que a dor lombar é uma condição multifatorial que pode estar relacionada a fatores pessoais, tais como: idade, sexo, altura e peso; a fatores biomecânicos como posturas erradas e movimentos bruscos; a fatores psicossociais

como no caso do estresse mental; e a fatores do ambiente incluindo os três domínios anteriores, devendo ser considerada ainda as características do contexto em que o indivíduo está inserido (GILKEY *et al.*, 2010). A lombalgia é mais prevalente no sexo feminino e em pessoas com idade entre 40 e 80 anos com um pico na meia idade (HOY *et al.*, 2012). É de se destacar que estudos não encontraram uma relação de aumento da prevalência da dor lombar com o envelhecimento (HOY *et al.*, 2012; FEJER; LEBOEUF-Y, 2012), porém ao restringir as análises para a gravidade da dor há evidências de que os idosos experienciam menos episódios de dor lombar leve ou moderada e mais episódios graves e incapacitantes. Esse dado configura-se como um importante desafio para a saúde pública devido ao envelhecimento populacional que tende a aumentar substancialmente o número absoluto de idosos com dor lombar (HOY *et al.*, 2012; DIONNE; DUNN; CROFT, 2006).

1.3 Desempenho funcional

Desempenho funcional é o ato de realizar atividades selecionadas ou ocupações que resultem da transação dinâmica entre o indivíduo, o contexto e a ocupação, a qual está diretamente ligada à identidade e competência de um indivíduo. O engajamento em uma ocupação envolve tanto aspectos subjetivos (emocional e psicológico), quanto objetivos (fisicamente observáveis) e mantém uma relação de reciprocidade com a saúde e o bem-estar. Isto é, a saúde e o bem-estar influenciam o desempenho funcional dos indivíduos assim como o engajamento nas ocupações influenciam a saúde e o bem estar, podendo ser essa uma relação

negativa ou positiva (AOTA, 2008; HOCKING, 2011). O desempenho funcional sofre alterações ao longo da vida e na velhice pode se apresentar diminuído, resultando numa limitação da autonomia dos idosos.

Problemas relacionados à coluna são uma das principais causas de limitação no desempenho de atividades (DIONNE; DUNN; CROFT, 2006). É de se destacar que as vértebras lombares são maiores que as outras por suportarem a maior parte do peso do corpo e os esforços devido à posição bípede (RIGUTTI, 2007). Por se tratar de um local de grande mobilidade para a realização de atividades funcionais, a dor nessa região pode interferir no desempenho dos indivíduos em várias atividades cotidianas.

Tanto as atividades básicas de vida diária (ABVD), como as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), bem como as atividades avançadas de vida diária (AAVD) podem ser afetadas. As ABVD são aquelas atividades orientadas ao cuidado do próprio corpo, como tomar banho, vestir e comer. Já as AIVD exigem interações mais complexas, ou seja, são aquelas atividades que dão apoio à vida diária dentro de casa e na comunidade, como cuidado com outras pessoas e com animais de estimação, realização de tarefas domésticas, manuseio de dinheiro e realização de compras. Por fim, as AAVD são aquelas geralmente relacionadas à automotivação, como trabalho, lazer e contatos sociais (AOTA, 2008; DIAS *et al.*, 2011).

A estimativa da prevalência de dor e incapacidades relacionadas à dor lombar é essencial para se determinar a extensão deste problema nas populações, guiar estudos etiológicos e preventivos e contribuir no planejamento e avaliação do cuidado com a saúde. Um estudo realizado por Urquhart *et al.* (2009) com 506 mulheres entre 18 e 75 anos indicou que 90% das participantes já apresentaram dor

lombar e mais da metade da amostra total reportou tanto a dor quanto a incapacidade.

Em idosos, a dor lombar demonstrou ser uma condição comum, porém incapacitante. Em um estudo realizado com 522 idosos residentes na comunidade, aqueles que relatavam dor lombar apresentaram maior dificuldade na realização de atividades funcionais (HICKS *et al.*, 2008). Outro estudo com indivíduos acima de 55 anos comparou três grupos: um assintomático, um com estenose espinhal e outro com dor lombar. Os grupos com estenose espinhal e dor lombar demonstraram maior incapacidade que o grupo assintomático, o que foi relacionado à gravidade da dor (TONG *et al.*, 2007). Em outro estudo que avaliou, por sua vez, 2766 idosos da comunidade entre 70 e 79 anos, a prevalência e severidade da dor lombar estiveram associadas com uma dificuldade autopercebida em desempenhar tarefas funcionais mais complexas, independentemente de outras condições associadas às limitações funcionais (WEINER *et al.*, 2003). Um outro estudo realizado com 61 idosos da comunidade entre 60 e 90 anos, apontou que idosos com dor lombar estavam menos envolvidos em atividades de lazer e apresentavam maior incapacidade do que idosos sem essa condição (LEDOUX; DUBOIS; DESCARREAU, 2012). Um estudo realizado com 320 idosos que objetivou mensurar a magnitude do efeito da dor lombar crônica na funcionalidade concluiu que aqueles indivíduos com dor lombar crônica apresentavam mais limitações do que aqueles sem dor (RUDY *et al.*, 2007).

Alguns fatores que podem influenciar na gama de atividades afetadas devida a uma condição física, como a dor lombar, incluem: a faixa etária, a intensidade e a frequência da dor, o sexo, o estado civil, a escolaridade, as comorbidades e as crenças em relação à dor lombar.

Considerando as diferenças existentes entre as faixas de idade, em um estudo realizado por Maués *et al.* (2010), identificou-se maior proporção de indivíduos com ABVD e AIVD preservadas no grupo de idosos jovens do que em idosos muito idosos, o que está de acordo com a ideia de que a incapacidade funcional aumenta com o avançar da idade. No estudo com idosos realizado por Ribeiro *et al.* (2009), idosos jovens e mediantemente idosos (60 a 79 anos) realizavam significativamente mais AIVD que os idosos muito idosos (acima de 80 anos).

Em relação à intensidade da dor, Dellaroza, Pimenta e Matsuo (2007) afirmaram que as características clínicas da condição - frequência, duração do episódio e intensidade da dor – associadas aos aspectos psicossociais refletem na funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida do idoso. Corroborando com a afirmação desses autores, os estudos de Tong *et al.* (2007), abarcando pessoas acima de 55 anos, e de Weiner *et al.* (2003, 2004), com pessoas idosas, demonstraram que a severidade da dor estava associada com o nível de incapacidade apresentado pelos participantes.

Em relação à diferença entre sexos, Weiner *et al.* (2003) encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres, com idade entre 70 e 79 anos, na relação entre intensidade da dor e relato de incapacidade. Os homens relataram menos incapacidades que as mulheres. Dentre algumas suposições levantadas para explicar o achado destaca-se o fato de os homens serem mais estóicos e possuírem reserva funcional maior, evidenciada pelas diferenças encontradas no desempenho físico. Assim, com o mesmo nível de dor, conseguem desempenhar atividades com menos dificuldade. Em outro estudo desenvolvido por Enthoven *et al.* (2006), com indivíduos entre 18 e 60 anos, ser mulher foi identificado como um fator preditor para incapacidade em uma população economicamente ativa com dor lombar. Porém, no estudo de Millán-Calenti *et al.* (2010), com idosos da comunidade sem uma condição

de saúde específica, os homens se mostraram mais independentes em atividades relacionadas à administração do dinheiro, administração de medicamentos e uso de meios de transporte; e as mulheres em atividades de cuidado com a casa (lavar roupas, limpar a casa e cozinhar). No estudo de Ribeiro *et al.* (2009), com indivíduos com características similares ao do anterior, apesar de os homens realizarem atividades físicas mais frequentemente que as mulheres, estas realizavam mais atividades instrumentais e avançadas de vida diária.

Quanto ao estado civil, em um estudo com idosos chineses sem uma condição específica de saúde, os casados se mostraram menos propensos a experimentar um declínio nas ABVD quando comparados aos solteiros, divorciados e viúvos (WANG *et al.*, 2009). Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos mostrou que, independente da condição de saúde, indivíduos acima de 65 anos casados e que vivem com o companheiro foram os que demonstraram menor limitação no desempenho de ABVD, AIVD e AAVD. Já os viúvos apresentaram maior limitação nessas atividades, não havendo, porém, uma diferença na prevalência de dor lombar entre os diferentes estados civis nessa faixa etária (SCHOENBORN, 2004).

Sobre a influência da escolaridade, Ribeiro *et al.* (2009) encontraram uma correlação significativa entre anos de estudo e realização das atividades, ou seja, indivíduos com mais anos de estudo apresentaram maior participação nas atividades. Na revisão realizada por Hoy *et al.* (2010), uma baixa escolaridade foi associada a maior prevalência de dor lombar tendo sido, inclusive, considerada fator preditor para maior duração e pior impacto dessa condição. Em um estudo realizado na Grécia com 2000 pessoas foi encontrada uma associação significativa da prevalência e duração da dor lombar com escolaridade e renda familiar, apesar de essa associação não ter sido confirmada na regressão múltipla (STRANJALIS *et al.*, 2004). Uma revisão realizada com estudos que relacionavam escolaridade e dor

lombar em pessoas de diferentes faixas etárias corrobora com a idéia de que uma escolaridade mais baixa está associada à maior frequência e pior curso da dor; esses indivíduos estão mais propensos a serem afetados por uma dor lombar incapacitante (DIONNE *et al.*, 2001).

Segundo Santos *et al.* (2008), maior número de comorbidades foi relacionado a maior dificuldade na realização de AIVD em idosos sem uma condição de saúde específica. O estudo de FERREIRA *et al.* (2009), realizado com 1611 idosos da comunidade sem uma condição de saúde específica, apontou que a ausência de comorbidades, dentre outros fatores, estava associada à independência em atividades de vida diária (AVD).

Em relação às crenças, Helman (2009) discute que as crenças e os comportamentos relacionados à saúde são influenciados por diversos fatores, que incluem: cultura, fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais. Dependendo da ocasião, cada fator influenciará em uma proporção diferente. Dessa forma, deve-se ter cuidado ao generalizar sobre as crenças e comportamentos das pessoas de um mesmo grupo, pois as diferenças entre eles pode ser tão expressiva quanto às diferenças entre culturas.

O referido autor discute ainda que estudos antropológicos informam que essas crenças e práticas relacionadas aos problemas de saúde são questões centrais da cultura e geralmente se relacionam a crenças sobre a origem de ampla variedade de infortúnios, sendo a má saúde apenas um deles. Assim, para compreender como os indivíduos reagem a uma situação adversa, deve-se compreender por qual cultura ele foi influenciado e ainda avaliar a organização social da saúde e da doença naquela sociedade em questão - como se reconhecem os doentes, como a doença é apresentada, a quem é apresentada e como é abordada (HELMAN, 2009).

Direcionando a discussão para a relação dor e cultura, Helman (2009) relata que aspectos sociais, culturais e psicológicos afetam o comportamento de um indivíduo em relação à dor. Crenças em relação ao significado e importância da dor, o contexto em que o evento doloroso ocorre e as emoções associadas a esse contexto podem afetar a sensação de dor. A dor física só pode ser compreendida em um contexto cultural. Quando vista como punição divina, a vítima muitas vezes não procura meios de aliviá-la, passando por essa experiência sem queixas como forma de expiação da sua culpa. Se a dor for entendida como consequência de uma transgressão moral, alguns indivíduos podem enfrentá-la realizando jejum e rezando ao invés de buscar um profissional da saúde.

Estudos mostraram que crenças negativas em relação à dor lombar estão associadas a maior nível de incapacidade em diferentes idades (ELFERING *et al.*, 2009; SMITH *et al.*, 2012). Bowey-Morris *et al.* (2011) relatam ainda que, dentre outros fatores, o impacto da dor lombar no desempenho das atividades influencia nas crenças sobre essa condição.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a relação das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade), variáveis clínicas (intensidade e frequência da dor, comorbidades), e as variáveis autopercepção de saúde e crenças, com o desempenho funcional de idosos com dor lombar.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra em relação às seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil e escolaridade.
- Caracterizar a amostra em relação às seguintes variáveis clínicas: intensidade da dor, frequência da dor e comorbidades.
- Caracterizar a amostra em relação às variáveis: autopercepção de saúde e crenças referentes às consequências da dor lombar.
- Caracterizar a amostra em relação ao desempenho funcional dos idosos com dor lombar subdividindo-o em papel social, pessoal, instrumental, de gerenciamento, frequência total e limitação total.

- Avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade) e o desempenho no papel social, pessoal, instrumental, de gerenciamento, frequência total e limitação total de idosos com dor lombar.
- Avaliar a relação entre as variáveis clínicas (intensidade e frequência da dor, comorbidades) e o desempenho no papel social, pessoal, instrumental, de gerenciamento, frequência total e limitação total de idosos com dor lombar.
- Avaliar a relação entre as variáveis autopercepção de saúde e crenças em relação às consequências da dor lombar e o desempenho no papel social, pessoal, instrumental, de gerenciamento, frequência total e limitação total de idosos com dor lombar.
- Avaliar a relação entre o conjunto das variáveis - sóciodemográficas, clínicas, de autopercepção de saúde e crenças em relação às consequências da dor lombar - com cada desfecho funcional - desempenho no papel social, pessoal, instrumental, de gerenciamento, frequência total e limitação total.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo e aspectos éticos

Trata-se de um estudo transversal que está inserido no projeto *Back Complaints in the Elders* – BACE, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o parecer de número: 0100.0.203.000-11 (ANEXO A).

O BACE é um estudo de coorte, multicêntrico que envolve três países: Austrália, Brasil e Holanda. O seu objetivo é avaliar o perfil clínico, funcional e sociodemográfico, bem como o curso clínico da dor lombar em idosos. Os seus participantes serão acompanhados por um ano, de forma que após a primeira avaliação são os mesmos contactados em seis semanas, três, seis, nove e 12 meses (SCHEELE *et al.*, 2011).

3.2 Amostra

Este trabalho utilizou a amostra brasileira acima de 60 anos do estudo BACE que acompanhará 600 indivíduos (SCHEELE *et al.*, 2011). A amostra do BACE é de conveniência e incluiu indivíduos acima de 55 anos que apresentaram um novo episódio de dor lombar (menos de seis semanas). Os participantes foram encaminhados por profissionais de saúde da atenção primária, por profissionais que atuam no Ambulatório Bias Fortes/HC-UFMG, no Instituto Jenny de Andrade

Faria/HC-UFGM, no Hospital Risoleta Tolentino Neves e no Hospital da Previdência/IPSEMG, além de consultórios ou clínicas particulares. Foram recrutados, ainda, por meio da divulgação em panfletos, jornais e rádios da cidade de Belo Horizonte/MG.

Os critérios de inclusão deste estudo foram indivíduos acima de 60 anos, que apresentaram um novo episódio de dor lombar (menos de seis semanas) e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos aqueles que apresentaram alterações cognitivas detectadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), de acordo com o referencial de Bertolucci *et al.* (1994), deficiências visuais, auditivas e motoras graves, que impedissem a realização de testes de mobilidade.

Até o mês de novembro de 2012 foram avaliados 240 indivíduos no BACE, dentre eles, 191 possuíam mais de 60 anos, os quais foram incluídos neste estudo.

3.3 Instrumentação

Todos os participantes se submeteram a um questionário sociodemográfico na linha de base do estudo elaborado pelos pesquisadores, que continha questões relativas à idade, ao sexo, à escolaridade e ao estado civil. Responderam ainda questionários relacionados às comorbidades, à autopercepção da saúde, e à frequência da dor (ANEXO B). Essas variáveis foram categorizadas da seguinte forma:

Idade: 60 a 74 anos; >75 anos.

Sexo: feminino; masculino.

Escolaridade: analfabeto; ensino fundamental; ensino médio ou técnico; ensino superior ou pós-graduação.

Estado civil: solteiro; casado ou vive com o companheiro; divorciado; viúvo.

Comorbidades: nenhuma; uma a três; quatro ou mais. A lista de comorbidades utilizada no estudo foi retirada do “*Self-Administered Comorbidity Questionnaire*” (ANEXO C). Caso o participante apresentasse outra(s) comorbidade(s) não listada(s), esta(s) era(m) adicionada(s) (SANGHA *et al.*, 2003).

Autopercepção de saúde: excelente ou muito boa; boa; ruim ou muito ruim.

Frequência da dor: nem todos os dias; todos os dias

Além desses questionários também foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

3.3.1 Escala Visual Analógica (EVA)

Escala que avalia a intensidade da dor por meio de estimativa numérica que varia de zero a 10 pontos; sendo zero, “nenhuma dor” e 10, “dor extrema” (ANEXO D). Escala essa frequentemente usada para mensurar a intensidade da dor (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006; SOUSA; SILVA, 2005).

3.3.2 *Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC)*

Questionário desenvolvido para indivíduos com osteoartrite de joelhos e quadril que avalia três domínios distintos, os quais são pontuados separadamente: dor (cinco itens), rigidez (dois itens) e função física (17 itens). Cada item, por sua vez, possui cinco opções de resposta. A média da pontuação de cada dimensão varia de zero a 100 de forma que quanto maior o escore, maior o comprometimento (FERNANDES, 2003). No presente estudo foi utilizada sua primeira parte - domínio de dor (ANEXO E). Importante ressaltar que apesar de ter sido desenvolvido para indivíduos com osteoartrite, esse teste mostrou-se capaz de informar o perfil de dor em indivíduos com e sem dor lombar, independentemente do diagnóstico (WOLFE, 1999).

3.3.3 *Back Beliefs Questionnaire (BBQ)*

Instrumento que avalia as crenças dos indivíduos em relação às potenciais consequências negativas da dor lombar como, por exemplo, “Problemas na coluna irão me fazer parar de trabalhar” (ANEXO F). Esse instrumento pode ser utilizado em indivíduos de todas as idades independentemente de um histórico de dor lombar. A escala é composta por 14 itens, sendo nove válidos para a pontuação final (1, 2, 3, 6, 8, 10, 12, 13 e 14) e cinco usados como distratores. Em cada item, o indivíduo deve responder o quanto ele concorda com cada afirmativa em uma escala Likert de cinco pontos (discordo completamente; discordo; nem concordo nem

discordo; concordo; concordo completamente). A pontuação de cada item varia de um a cinco, sendo um, “discordo completamente” e cinco, “concordo completamente”. Para a pontuação final, que varia de nove a 45, inverte-se a pontuação de cada item e em seguida somam-se os nove escores. Quanto menor a pontuação, mais negativas as crenças (SYMONDS *et al.*, 1996).

3.3.4 *Late Life Function and Disability Instrument* (LLFDI):

Instrumento que avalia o desempenho nas atividades cotidianas de idosos que vivem na comunidade. É dividido em dois componentes: função e incapacidade. O primeiro está relacionado à habilidade de realizar pequenas tarefas físicas exigidas nas atividades diárias e o segundo se refere à habilidade de desempenhar tarefas de vida socialmente definidas e esperadas de um indivíduo dentro de um ambiente físico e socioculturalmente típico (HALEY *et al.*, 2002; JETTE *et al.*, 2002).

O componente “função” apresenta 32 itens que o entrevistado deve responder, os quais estão relacionados à sua dificuldade para realizar determinadas atividades sem a ajuda de outra pessoa ou de algum dispositivo de assistência. As respostas variam de “nenhuma” (cinco pontos) até “não consigo fazer” (um ponto). Os itens podem ser divididos em três domínios: funcionalidade da extremidade superior (sete itens), funcionalidade básica da extremidade inferior (14 itens) e funcionalidade avançada da extremidade inferior (11 itens). A pontuação final total bruta é transformada em uma escala de zero a 100. Quanto maior a pontuação, melhor a habilidade em realizar as atividades. Ainda há oito questões extras para aqueles que utilizam algum dispositivo para locomoção (HALEY *et al.*, 2002).

O componente “incapacidade” é composto por itens que incluem atividades importantes em várias áreas sociais avançando o foco tradicional somente em ABVD e AIVD (ANEXO G). Dezesesseis atividades são avaliadas em duas dimensões: frequência e limitação. O entrevistado responde com que frequência ele realiza cada atividade: “com muita frequência”; “com frequência”; “de vez em quando”; “quase nunca”; “nunca”; e até que ponto ele se sente limitado ao realizá-la: “de jeito nenhum”; “um pouco”; “mais ou menos”; “muito”; “completamente”. Para responder a essa última pergunta, devem ser considerados fatores pessoais: saúde, físico ou energia mental, bem como fatores ambientais, os quais: transporte, acessibilidade e fatores socioeconômicos. A pontuação de cada item varia de um a cinco (JETTE *et al.*, 2002).

A dimensão “frequência” pode ser dividida em dois domínios: papel social, composto de nove itens que refletem a frequência de desempenho em tarefas sociais e na comunidade; e papel pessoal, composto de sete itens que refletem a frequência de desempenho em tarefas pessoais (JETTE *et al.*, 2002) (ANEXO H).

A dimensão “limitação” pode ser dividida em: papel instrumental, composto de 12 itens que refletem a limitação em atividades dentro de casa e na comunidade; e papel de gerenciamento, composto de quatro itens que refletem a limitação na organização ou gerenciamento de tarefas sociais (ANEXO H). Essa última divisão resultou em um grupo de atividades que envolve mais habilidades físicas (papel instrumental) e outro que envolve mais habilidades cognitivas (papel de gerenciamento). Os escores brutos de cada domínio e da dimensão total são transformados em uma escala de zero a 100. Quanto mais perto de 100, maior a frequência de realização das atividades e melhor a capacidade em realizá-las (JETTE *et al.*, 2002).

No presente trabalho utilizou-se o componente “incapacidade” do instrumento que foi traduzido e adaptado para a população brasileira (CARDOSO, 2013).

3.4 Análise estatística

Em um primeiro momento, a análise estatística objetivou uma caracterização da amostra, sendo, para tanto utilizada medidas descritivas (média, mediana, desvio-padrão, valores mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas e distribuições de freqüências para as variáveis qualitativas.

Posteriormente, as variáveis foram testadas em relação ao tipo de distribuição; quanto às análises utilizou-se a classe dos testes não paramétricos, pois de acordo com o teste de Kolmogorov-Smirnov, a distribuição dos dados não foi considerada normal.

Buscando comparar os seis domínios dados pelo LLFDI com as variáveis nominais com mais de duas categorias (estado civil, escolaridade, autopercepção de saúde e comorbidades) foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Comparando-se os seis domínios do LLFDI com as variáveis nominais com duas categorias (sexo, idade e frequência de dor), utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Para verificar a associação entre as variáveis quantitativas e os domínios do LLFDI foi feita a correlação de Spearman.

Após as análises bivariadas, selecionaram-se aquelas comparações com $p < 0.20$ e foi montado um modelo de regressão linear múltiplo para cada desfecho. Em todas as análises inferenciais, foi considerado um nível de significância de 5%.

4 ARTIGO

DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOR LOMBAR: impacto de fatores clínicos, sociodemográficos, autopercepção e crenças

Título resumido: DESEMPENHO FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOR LOMBAR

Autores:

FLORA PEREIRA GUERRA¹, MARISA COTTA MANCINI², LEANI SOUZA MÁXIMO PEREIRA³, ROSÂNGELA CORRÊA DIAS³, KARLA CRISTINA GIACOMIN⁴, MARCELLA GUIMARÃES ASSIS²

1. Terapeuta Ocupacional, mestranda em Ciência da Reabilitação do Programa de Pós Graduação em Ciência da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2. Departamento de Terapia Ocupacional. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

3. Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

4. Centro de Pesquisa René Rachou. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Autor de correspondência:

Marcella Guimarães Assis

Endereço:

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha

Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil

E-mail: mga@ufmg.br

Telefone: (31) 3409-4790

Palavras-chaves: desempenho funcional, idosos, dor lombar, incapacidade, crença

Keywords: functional performance, elderly, low back pain, disability, beliefs

RESUMO

Contextualização: A dor lombar é uma condição comum em idosos e importante causa de incapacidade nessa população. **Objetivo:** Avaliar a relação das variáveis sociodemográficas, clínicas, autopercepção de saúde e crenças com o desempenho funcional de idosos com dor lombar. **Método:** Estudo transversal que utilizou dados do projeto multicêntrico *Back Complaints in the Elders* (BACE). A amostra foi constituída por 191 idosos com 60 anos ou mais que relataram novo episódio de dor lombar em menos de seis semanas não apresentando alterações cognitivas, deficiências visuais, auditivas e motoras graves. Por meio do autorrelato foram coletadas informações sobre características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), clínicas (intensidade e frequência da dor, comorbidades), autopercepção de saúde, crenças em relação às consequências da dor lombar e desempenho funcional (componente de incapacidade do *Late Life Function and Disability Instrument* - LLFDI). Foi realizada análise bivariada de cada variável independente com cada desfecho (seis diferentes escores fornecidos pelo componente de incapacidade do LLFDI), de forma que aquelas que apresentaram significância $p < 0,20$ entraram nos modelos de regressão múltipla para cada domínio do LLFDI. **Resultados:** Os coeficientes de determinação dos modelos multivariados foram significativos, apesar da modesta magnitude apresentada. As variáveis que se relacionaram com o desempenho funcional foram: crenças, auto percepção de saúde, escolaridade, frequência da dor e estado civil. **Conclusões:** Os resultados obtidos poderão contribuir para o aprimoramento das intervenções de profissionais de saúde cuja atuação tem se restringido a aspectos clínicos, buscando valorizar, sobretudo, as crenças dos idosos e sua autorpercepção de saúde.

ABSTRACT

Background: Low back pain is a common condition among elders and an important cause of disability within this population. **Objective:** To evaluate the relationship between functional performance of elders with low back pain and the following variables: sociodemographic and clinical factors, perceived health and beliefs about back pain. **Method:** Cross-sectional study that used data from the *Back Complaints in the Elders* (BACE) international consortium. The sample comprised 191 elders above 60 years old with a new episode of back pain who didn't have cognitive disorders, severe visual impairment and severe hearing and motor disabilities. Informations about sociodemographic factors (sex, age, marital status, formal education), clinical factors (intensity and frequency of pain, comorbidities), perceived health, beliefs about back pain and functional performance (measured by the disability component of the *Late Life Function and Disability Instrument* - LLFDI) were collected through self report. A bivariate analysis was conducted between each independent variable and each outcome (six different scores provided by the disability component of LLFDI). Associations with $p < 0.20$ were selected for multiple linear regression analysis, that was carried out for each LLFDI domain. **Results:** The multiple regression's coefficients of determination were significant despite the modest magnitude. The variables that were related to functional performance were: beliefs about back pain, perceived health, formal education, pain frequency and marital status. **Conclusions:** These results may contribute to the improvement of health care professionals whose performance has been restricted to clinical aspects, also valuing the beliefs of elders and their self perceived health.

Introdução

Dentre as condições musculoesqueléticas que afetam a população idosa, a dor lombar destaca-se como importante causa de incapacidade, sendo considerada um problema em todo o mundo^{1,2}. Trata-se de uma condição multifatorial que se relaciona a fatores pessoais, biomecânicos, psicossociais e ambientais³, apresentando, por sua vez, diferentes estágios de incapacidade e cronicidade^{4,5}. A dor lombar é definida como uma dor entre a margem inferior da 12ª costela e a linha glútea inferior, intensa o suficiente para limitar atividades usuais ou, até mesmo, mudar a rotina diária^{4,6}, prevalente em pessoas do sexo feminino e com idade entre 40 e 80 anos⁵.

Em idosos, a dor lombar é uma condição comum. Estudos mostraram que idosos que relataram dor lombar apresentaram maior dificuldade na realização de atividades cotidianas⁷⁻¹⁰. Há evidências de que fatores como a intensidade e frequência da dor^{8,11,12} e o sexo¹¹ estão associados com o desempenho funcional de idosos com dor lombar.

Na velhice, o desempenho funcional é importante elemento do construto de saúde¹³, aquele é influenciado por diversos fatores que vão além das características clínicas do indivíduo. Contudo estudos que analisam a relação do desempenho funcional de idosos com dor lombar com variáveis como, por exemplo, autopercepção de saúde e crenças são escassos, limitando o conhecimento do impacto dessa condição na vida dos idosos.

Assim o objetivo deste estudo foi avaliar a relação das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade), variáveis clínicas (intensidade e frequência da dor, comorbidades), e as variáveis autopercepção de saúde e crenças, com o desempenho funcional de idosos com dor lombar.

Materiais e método

Estudo transversal, integrante do estudo de coorte do projeto multicêntrico internacional *Back Complaints in the Elders* – BACE, desenvolvido na Austrália, Brasil e Holanda cujo protocolo está devidamente publicado¹⁴. Importa destacar que o BACE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob o parecer de número: 0100.1.203.000-11. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

População de estudo

Selecionaram-se, em uma amostra de conveniência, 191 idosos brasileiros que vivem na comunidade com idade maior ou igual a 60 anos, os quais foram avaliados na linha de base do estudo BACE no período compreendido entre setembro de 2011 e novembro de 2012. Os critérios de inclusão para o BACE foram: idade acima de 55 anos, presença de um novo episódio de dor lombar (menos de seis semanas). Idosos que apresentaram alterações cognitivas, avaliadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), deficiências visuais, auditivas e motoras graves, foram excluídos. O recrutamento se deu por encaminhamento de profissionais de saúde atuantes na atenção primária, em serviços ambulatoriais e hospitalares.

Instrumentos e procedimentos

Buscando rastrear a alteração cognitiva, inicialmente, foi administrado o MEEM, considerando os pontos de corte propostos por Bertolucci (13 para analfabetos, 18 para escolaridade até 8 anos e 26 para escolaridade acima de 8

anos)¹⁵. Em seguida, os participantes responderam a um questionário contendo informações sociodemográficas, comorbidades e a autopercepção da saúde.

Posteriormente, os seguintes protocolos de avaliação foram aplicados:

Escala Visual Analógica (EVA): escala que avalia a intensidade da dor por meio de estimativa numérica que varia de 0 a 10 pontos, sendo 0 “nenhuma dor” e 10 “dor extrema”. Esta escala é frequentemente usada para mensurar a intensidade da dor^{16,17}.

Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): questionário de qualidade de vida desenvolvido para indivíduos com osteoartrite de joelhos e quadril. Avalia três domínios distintos, que são pontuados em escala Likert de cinco pontos, separadamente: dor (5 itens), rigidez (2 itens) e função física (17 itens). A média da pontuação de cada dimensão varia de 0 a 100; quanto maior o escore, maior o comprometimento¹⁸. No presente estudo foi utilizada sua primeira parte (domínio de dor). Apesar de ter sido desenvolvido para indivíduos com osteoartrite, esse teste mostrou-se capaz de informar o perfil de dor em indivíduos com e sem dor lombar, independentemente do diagnóstico¹⁹.

Back Beliefs Questionnaire (BBQ): instrumento que avalia as crenças dos indivíduos em relação às possíveis consequências negativas da dor lombar. É composto por 14 itens: nove válidos para a pontuação final e cinco usados como distratores. Cada item é pontuado em uma escala Likert de cinco pontos; quanto menor a pontuação, mais negativas são as crenças²⁰.

Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI): instrumento que avalia o desempenho funcional de idosos. É dividido em dois componentes: função e incapacidade. No presente estudo, utilizou-se somente o componente incapacidade, o qual se refere ao desempenho em atividades definidas socialmente, atividades estas esperadas de um indivíduo em um ambiente sociocultural e físico típicos.

O componente incapacidade avalia a frequência de realização e limitação em 16 atividades cotidianas, as quais englobam atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária. A dimensão de frequência pode ser dividida em dois domínios: papel social (nove itens) e papel pessoal (sete itens); e a dimensão de limitação subdivide-se em: papel instrumental (doze itens) e papel de gerenciamento (quatro itens). Essa última divisão resultou em um grupo de atividades que envolve mais habilidades físicas (papel instrumental) e outro que envolve mais habilidades cognitivas (papel de gerenciamento). O instrumento LLFDI é aplicado com um auxílio gráfico para respostas.

O LLFDI fornece escores totais para “frequência” e “limitação”, e também para os quatro papéis. Cada item avaliado recebe um escore que varia de 1 a 5. A soma da pontuação de cada item resulta em um escore bruto final. Para facilitar a interpretação desses valores, os escores brutos são transformados em uma escala de 0 a 100. Quanto mais perto de 100, maior a frequência de realização das atividades e menor a limitação²¹.

Análise estatística

Em um primeiro momento, a análise estatística objetivou a caracterização da amostra. Em seguida, foi realizada a análise bivariada de cada variável independente com cada desfecho. Como a distribuição dos dados não foi considerada normal, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis nominais

com mais de duas categorias, o teste de Mann-Whitney para as variáveis nominais com duas categorias e a correlação de Spearman para as variáveis quantitativas. Os resultados cujo valor “p” foi menor que 0,20 serviram para identificar variáveis que posteriormente foram incluídas nos modelos de regressão multivariado. Em todas as análises inferenciais considerou-se um nível de significância de 5%.

Resultados

Na amostra, 87,4% eram mulheres, em sua grande maioria idosos jovens (81,2% tinham idade entre 60 e 74 anos), 57,1% cursaram até o ensino fundamental e 56,6% eram solteiros, divorciados ou viúvos. Em relação aos aspectos clínicos, a maioria sentia dor todos os dias (72,8%), 55,5% consideravam sua saúde boa e 61% apresentavam quatro ou mais comorbidades. As características demográficas, clínicas, da autopercepção de saúde, das crenças e do desempenho funcional dos participantes encontram-se na Tabela 1.

As análises bivariadas que apresentaram $p < 0,20$ indicaram as variáveis independentes, as quais foram inseridas nos modelos de regressão linear múltipla para cada domínio do LLFDI. O método de entrada das variáveis foi enter. Os resultados das análises bivariadas podem ser visualizados na Tabela 2.

Os modelos de regressão de cada domínio do teste LLFDI com significância estatística, ainda que modesta, encontram-se na Tabela 3. Os modelos de regressão que apresentaram maior valor explanatório ($R^2 = 0,20$) foram o de papel instrumental e o de limitação na realização das atividades. Em ambos permaneceram estatisticamente significativas as variáveis crença e autopercepção de saúde e frequência de dor apenas no papel instrumental.

Discussão

Os resultados apontaram que crenças em relação às consequências da dor lombar, autopercepção de saúde, escolaridade, frequência da dor e estado civil estão associadas ao desempenho funcional de idosos com dor lombar.

O domínio do papel instrumental (dimensão de limitação) que apresentou, por sua vez, o conjunto de variáveis com maior poder explanatório, relacionou-se a crenças, autopercepção de saúde (boa) e frequência de dor. A dimensão de limitação, por outro lado, apresentou associação com crença e autopercepção de saúde. A dimensão de frequência do desempenho se relacionou com as crenças e a escolaridade. Os dois domínios em que essa dimensão pode ser dividida (papéis social e pessoal) se relacionaram com as mesmas variáveis, no entanto, o papel social foi associado ainda com o estado civil.

A crença se relacionou com as dimensões de frequência e limitação do desempenho e com seus respectivos domínios, com exceção do papel de gerenciamento (dimensão de limitação). Esse resultado sugere que idosos com dor lombar apresentam crenças mais negativas em relação às consequências dessa condição e pior desempenho funcional, realizando, portanto, as atividades do cotidiano com menor frequência e maior limitação.

Além disso, os idosos abarcados neste estudo que demonstraram crenças mais positivas em relação à dor lombar foram aqueles que apresentaram menor limitação, o que sugere que eles possuem melhor capacidade de enfrentamento das adversidades trazidas pela condição. Esses resultados corroboram com os de outros estudos realizados em outros países. Sloan *et al.* (2008) demonstraram que entre indivíduos de diferentes idades, aqueles com dor lombar crônica apresentaram mais crenças orgânicas relacionadas à dor lombar. Tal crença refere-se aos conceitos de

doença, danos e prejuízos, repercutindo negativamente no desempenho funcional dos indivíduos. Os autores discutem que os indivíduos que apresentam crenças orgânicas, provavelmente não realizariam exercícios que lhes poderiam ser benéficos, por essa recomendação ser contrária ao que acreditam²². Enquanto Levy (2012), ao avaliar a relação das crenças de idosos quanto à velhice e à recuperação de uma incapacidade, demonstrou que aqueles com crenças positivas mostraram ser 44% mais propensos a se recuperarem²³.

Outro resultado relevante foi a associação estabelecida entre a menor limitação na realização das atividades avaliadas e a autopercepção de saúde positiva. Essa variável possui uma estrutura multidimensional, estando associada a fatores do contexto do indivíduo, tais como: situação socioeconômica, rede social de apoio, condições de saúde, acesso e uso de serviços de saúde^{21,24}. Fonseca *et al.* (2010) demonstraram que a melhor capacidade funcional contribui para a autopercepção mais positiva da saúde¹³ e Rossi *et al.* (2013) encontraram em seu estudo realizado com idosos que a principal característica relacionada a um risco elevado de incapacidade era a autopercepção de saúde ruim²⁵. Além disso, a relação entre autopercepção de saúde e capacidade de enfrentamento foi demonstrada num estudo com idosos brasileiros sem uma condição de saúde específica, em um município de pequeno porte (Bambuí/MG). Uchôa identificou que a avaliação da gravidade e relevância de um problema de saúde estavam mais associadas à possibilidade de enfrentá-lo do que ao problema propriamente dito²⁶. Nesse sentido, no presente estudo, indivíduos que classificaram sua saúde como boa ou excelente apresentaram menos limitações ou, possivelmente, enfrentaram melhor as dificuldades oriundas da dor lombar do que aqueles que consideraram sua saúde como ruim.

Ademais, os resultados indicaram que o baixo nível de escolaridade está associado a menor frequência de realização das atividades, independentemente do fato de estarem relacionadas aos papéis sociais ou pessoais do idoso. Esses resultados são corroborados pelo estudo de Dionne *et al.* (2001), que ao investigarem as evidências científicas entre escolaridade e dor lombar levantaram as seguintes hipóteses: indivíduos com pouca escolaridade viveriam em um ambiente com mais barreiras; apresentariam menor capacidade de adaptação às adversidades e/ou teriam menor acesso a informações e orientações relativas à sua condição de saúde²⁷.

No presente estudo, indivíduos com baixo nível escolar não relataram, efetivamente, mais limitações durante a realização das atividades. Pode-se supor que idosos com menor escolaridade têm menos consciência de sua condição de saúde e, assim, não relatam limitações²⁸.

Os resultados apontaram que o estado civil está associado à frequência de desempenho das atividades que integram o papel social. Neste estudo, os idosos viúvos apresentaram pior desempenho e, neste aspecto, o resultado coincide com o estudo de Schoenborn²⁹. As atividades que integram o papel social envolvem a rede de relacionamentos do indivíduo, a qual pode estar diminuída devido à perda do cônjuge.

A frequência da dor se relacionou com a limitação de desempenho nas atividades do papel instrumental que exigem, por sua vez, habilidades físicas²¹. Este achado também foi demonstrado em um estudo realizado com idosos da comunidade (Weiner *et al.*, 2003). Nesse estudo a frequência da dor lombar foi associada a dificuldade percebida na realização de atividades que exigem esforço físico como: trabalho doméstico pesado, carregar sacolas de compras pesadas e inclinar-se¹¹.

Nos resultados obtidos, destaca-se ainda que o desempenho funcional dos idosos nas atividades do papel de gerenciamento não se relacionou com nenhuma das variáveis investigadas. Isso pode ser explicado porque a dor lombar afeta mais as atividades que exigem algum esforço físico, de forma que as atividades elencadas neste papel envolvem mais habilidades cognitivas, exigindo, portanto, mínima mobilidade e atividade física²¹.

É de se observar que as variáveis demográficas, idade e sexo, não se relacionaram com o desempenho funcional neste estudo, ao contrário do que foi apresentado em outros trabalhos realizados com idosos^{11,30,31}.

Além disso, não se identificou relação significativa entre o desempenho nas atividades e a intensidade da dor, bem como entre o desempenho nas atividades e o número de comorbidades. Uma das hipóteses possíveis refere-se à característica do instrumento utilizado. O LLFDI visa elucidar a incapacidade sem uma atribuição direta à saúde, pois se baseia em um modelo conceitual que entende a incapacidade como o resultado da interação entre o indivíduo e o ambiente, logo, envolve um amplo conjunto de componentes sociais e culturais. Dubuc *et al.* (2004) compararam os efeitos da utilização de perguntas com e sem atribuição à saúde na pontuação do domínio de limitação do LLFDI e demonstraram que quando não havia uma atribuição à saúde, os indivíduos reportavam mais incapacidades, indicando a importância de outros fatores, além da saúde, na realização das atividades cotidianas³².

Ressalta-se a limitação do presente estudo em decorrência da insuficiente representação de pessoas muito idosas e do sexo masculino, todavia, o estudo tenha seguido criterioso protocolo de avaliação baseado em estudo multicêntrico internacional.

O conhecimento desses resultados poderá contribuir para o aprimoramento das intervenções de profissionais de saúde cuja atuação tem se restringido a aspectos clínicos, buscando valorizar, sobretudo, as crenças dos idosos e sua autorpercepção de saúde.

Agradecimentos

Agradeço à equipe BACE, aos profissionais das instituições Ambulatório Bias Fortes/HC-UFMG, Instituto Jenny de Andrade Faria/HC-UFMG, Hospital Risoleta Tolentino Neves e Hospital da Previdência/IPSEMG. Agradeço ainda ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

Referências

1. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Org. 2003; 81(9):646-56.
2. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, *et al.* A systematic review of the global prevalence of low back pain. Arthritis Rheum. 2012 June; 64(6):2028-37.
3. Gilkey DP, Keefe TJ, Peel JL, Kassab OM, Kennedy CA. Risk factors associated with back pain: a cross-sectional study of 963 college students. J Manipulative Physiol Ther. 2010 Feb; 33(2):88-95.

4. vanTulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, *et al.* Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006 Mar; 15 Suppl 2:S169–91.
5. Balagué F, Mannion AF, Pellisé F, Cedraschi C. Clinical update: low back pain. *Lancet.* 2007 Mar 3; 369(9563):726-8.
6. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, *et al.* A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine (Phila Pa 1976).* 2008 Jan; 33(1):95-103.
7. Hicks GE, Gaines JM, Shardell M, Simonsick EM. Associations of back and leg pain with health status and functional capacity of older adults: findings from the retirement community back pain study. *Arthritis Rheum.* 2008 Sep 15; 59(9):1306-13.
8. Tong HC, Haig AJ, Geisser ME, Yamakawa KS, Miner JA. Comparing pain severity and functional status of older adults without spinal symptoms, with lumbar spinal stenosis and with axial low back pain. *Gerontology.* 2007; 53(2):111-5.
9. Ledoux E, Dubois JD, Descarreaux M. Physical and psychosocial predictors of functional trunk capacity in older adults with and without low back pain. *J Manipulative and Physiol Ther.* 2012 Jun; 35(5):338-45.

10. Rudy TE, Weiner DK, Lieber SJ, Slaboda J, Boston JR. The impact of chronic low back pain on older adults: a comparative study of patients and controls. *Pain*. 2007 Oct; 131(3):293-301.
11. Weiner DK, Haggerty CL, Kritchevsky SB, Harris T, Simonsick EM, Nevitt M, *et al*. How does low back pain impact physical function in independent, well-functioning older adults? Evidence from the health ABC cohort and implication for the future. *Pain Med*. 2003 Dec; 4(4):311-20.
12. Weiner DK, Rudy TE, Kim YS, Golla S. Do medical factors predict disability in older adults with persistent low back pain? *Pain*. 2004 Nov; 112(1-2):214-20.
13. Fonseca MG, Firmo JO, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(1):159-65. Brazilian.
14. Scheele J, Luijsterburg PA, Ferreira ML, Maher CG, Pereira L, Peul WC, *et al*. Back Complaints in the Elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. *BMC Musculoskelet Disord*. 2011 Aug 19; 12(193): 1-9.
15. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994 Mar; 52(1):1-7. Brazilian.

16. Andrade FA, Pereira LV, Sousa FA. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. Rev. Latino-am Enfermagem. 2006 março-abril; 14(2):271-6. Brazilian.
17. Sousa FF, Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. Rev. Dor. 2005 Jan/Feb/Mar; 6(1):469-513. Brazilian.
18. Fernandes MI. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario McMaster Universities) para a língua portuguesa. [dissertation]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 2003.
19. Wolfe F. Determinants of WOMAC function, pain and stiffness score: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. Rheumatology (Oxford). 1999 Apr; 38(4):355-61.
20. Symonds TL, Burton AK, Tillotson KM, Main CJ. Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? Occup Med (Lond). 1996 Feb; 46(1):25-32.
21. Jette AM, Haley SM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T, *et al*. Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Apr; 57(4):209-16.

22. Sloan TJ, Gupta R, Zhang W, Walsh DA. Beliefs about the causes and consequences of pain in patients with chronic inflammatory or noninflammatory low back pain and in pain-free individuals. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008 Apr 20; 33(9):966-72.
23. Levy, BR, Slade MD, Murphy TE, Gill TM. Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*. 2012 Nov 21; 308(19):1972-3.
24. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004 Dec; 38(6):827-34. Brazilian.
25. Rossi AL, Pereira VS, Driusso P, Rebelatto JR, Ricci NA. Profile of the elderly in physical therapy and its relation to functional disability. *Braz J Phys Ther*. 2003 Jan-Feb; 17(1):77-85.
26. Uchôa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saude Publica*. 2011; 27 Suppl 3:S370-7.
27. Dionne CE, Von Korff M, Koepsell TD, Deyo RA, Barlow WE, Checkoway H. Formal education and back pain: a review. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Jul; 55(7):455-68.

28. Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Karakurt P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 Jan-Feb; 54(1):61-6.
29. Schoenborn CA. Marital status and health: United States, 1999-2002. *Adv Data.* 2004 Dec 15; (351):1-32.
30. Ribeiro PC, Neri AL, Cupertino AP, Yassuda MS. Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. *Psicol Estud.* 2009 jul-set; 14(3):501-9. Brazilian.
31. Maués CR, Paschoal SM, Jaluul O, França CC, Jacob Filho W. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Bras Clin Med (São Paulo).* 2010 set-out; 8(5):405-10. Brazilian.
32. Dubuc N, Haley SM, Kooyoomjian JT, Jette AM. Assessing disability in older adults: the effects of asking questions with and without health attribution. *J Rehabil Med.* 2004 Sep; 36(5):226-31.

Tabelas

Tabela 1 Características demográficas, clínicas, da autopercepção de saúde, das crenças e do desempenho funcional dos participantes

	N	%			
Sexo					
F	167				87,4
M	24				12,6
Idade					
60 a 74	155				81,2
75 ou mais	36				18,8
Estado civil					
Solteiro(a)	37				19,4
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	83				43,4
Divorciado(a)	20				10,5
Viúvo(a)	51				26,7
Escolaridade					
Analfabeto	8				4,2
Ensino fundamental	109				57,1
Ensino médio/Curso técnico	47				24,6
Superior/Pós-graduação	27				14,1
Frequência da dor					
Nem todos os dias	52				27,2
Todos os dias	139				72,8
Autopercepção de saúde					
Excelente/Muito boa	27				14,1
Boa	106				55,5
Ruim/Muito ruim	58				30,4
Comorbidades					
Nenhuma	6				3,2
1 a 3	69				36,1
4 ou mais	116				60,7
	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
WOMAC	189		21,5	0	95
EVA	191	6	2,59	0	10
Back Beliefs Questionnaire	190	24,1	6,6	9	41
LLFDI					
Papel social	184	44,3	7,9	28,3	74,0
Papel pessoal	189	56,6	11,3	34,5	100
Papel instrumental	183	64,9	12,6	31,8	100
Papel de gerenciamento	186	79,9	15,6	26,1	100
Frequência total	182	49,5	5,8	33,7	76,3
Limitação total	180	65,6	11,3	36,3	100

WOMAC - Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index; EVA – Escala Visual Analógica; LLFDI – Late Life Function and Disability Instrument

Tabela 2: Análise bivariada dos fatores associados às dimensões e domínios do LLFDI

Componentes e domínios do LLFDI	Frequência de desempenho	Limitação de desempenho	Papel social	Papel pessoal	Papel instrumental	Papel de gerenciamento
Sexo						
F	48,51 (33,68-76,31)	63,36 (36,31-100)	43,65 (28,30-74,02)	53,84 (34,49-100)	62,33 (31,82-100)	78,32 (26,05-100)
M	49,15 (38,08-57,97)	65,69 (51,83-89,31)	45,59 (33,27-60,31)	51,66 (38,93-73,83)	63,86 (52,21-88,91)	82,89 (51,71-100)
Valor p ²	0,965	0,202*	0,407	0,078*	0,148*	0,634
Idade						
60 a 74	48,83 (33,68-70,61)	63,36 (36,31-100)	43,65 (28,30-70,32)	53,84 (34,49-100)	62,33 (31,82-100)	82,89 (26,05-100)
75 ou mais	47,56 (39,42-76,31)	61,97 (49,22-100)	41,13 (31,76-74,02)	51,66 (31,76-74,02)	62,33 (49,44-100)	74,48 (41,05-100)
Valor p ²	0,119*	0,650	0,110*	0,498	0,866	0,513
Estado civil						
Solteiro(a)	47,87 (40,72-59,99)	65,62 (47,85-100)	44,29 (30,12-56,61)	56,33 (37,51-100)	64,38 (42,25-100)	82,89 (41,05-100)
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	49,48 (38,08-70,61)	63,36 (49,89-100)	44,94 (30,12-70,32)	53,84 (38,93-83,99)	62,33 (46,53-100)	78,32 (46,82-100)
Divorciado(a)	49,48 (41,99-61,11)	69,19 (36,31-100)	44,94 (30,12-64,69)	57,78 (46,22-100)	66,62 (31,82-100)	86,20 (41,05-100)
Viúvo(a)	47,56 (33,68-76,31)	60,62 (36,31-89,31)	42,39 (28,30-74,02)	53,84 (34,49-100)	60,40 (33,74-100)	78,32 (26,05-100)
Valor p ¹	0,170*	0,025*	0,098*	0,483	0,026*	0,152*
Escolaridade						
Analfabeto	45,08 (33,68-50,15)	59,02 (49,22-75,63)	37,27 (28,30-51,83)	47,05 (34,49-56,33)	58,56 (44,47-74,08)	69,20 (63,86-100)
Ensino fundamental	48,83 (38,08-76,31)	62,65 (36,31-100)	42,39 (28,30-74,02)	53,84 (38,93-100)	61,35 (33,74-100)	78,32 (26,05-100)
Ensino médio/Curso técnico	48,19 (41,99-61,11)	64,09 (52,46-100)	43,65 (31,76-64,69)	53,84 (37,51-83,99)	64,38 (46,53-100)	82,89 (51,71-100)
Superior/Pós-graduação	50,82 (41,36-70,61)	69,16 (36,31-100)	45,59 (30,12-70,32)	56,33 (43,17-100)	65,50 (31,82-100)	86,20 (41,05-100)
Valor p ¹	0,036*	0,088*	0,130*	0,061*	0,217	0,040*
Frequência da dor						
Nem todos os dias	48,51 (33,68-70,61)	66,45 (51,19-100)	42,39 (28,30-70,32)	55,08 (34,49-100)	67,85 (46,53-100)	80,60 (41,05-100)
Todos os dias	48,83 (38,08-76,31)	62,65 (36,31-100)	43,65 (28,30-74,02)	53,84 (37,51-100)	61,35 (31,82-100)	80,60 (26,05-100)
Valor p ²	0,834	0,051*	0,933	0,582	0,009*	0,729
Autopercepção de saúde						
Excelente/Muito boa	48,83 (41,36-70,61)	65,63 (49,89-100)	42,39 (31,76-70,32)	53,84 (43,17-100)	64,98 (50,37-100)	82,89 (46,82-100)
Boa	49,81 (33,68-76,31)	64,84 (47,85-100)	44,94 (28,30-74,02)	56,33 (34,49-100)	64,38 (42,25-100)	82,89 (26,05-100)
Ruim	46,93 (39,42-65,07)	60,62 (36,31-100)	42,39 (28,30-62,39)	51,66 (37,51-83,99)	59,46 (31,82-100)	74,48 (34,24-100)
Valor p ¹	0,024*	0,000*	0,088*	0,108*	0,000*	0,033*
Comorbidades						
Nenhuma	53 (42,61-76,31)	62,35 (56,19-80,03)	49,65 (33,27-74,02)	61,03 (41,74-100)	63,51 (53,11-78,98)	74,48 (67,46-100)
1 a 3	48,83 (40,72-61,11)	64,84 (51,83-100)	44,94 (30,12-64,69)	53,84 (37,51-100)	64,38 (51,29-100)	82,89 (41,05-100)
4 ou mais	48,19 (33,68-65,07)	62,65 (36,31-100)	43,65 (28,30-64,69)	53,84 (34,49-100)	61,35 (31,82-100)	78,32 (26,05-100)
Valor p ¹	0,436	0,217	0,237	0,363	0,130*	0,345
WOMAC (rho)						
	-0,177	-0,255	-0,134	-0,013	-0,267	-0,189
Valor p ³	0,119*	0,001*	0,071*	0,861	0,000*	0,010*
EVA (rho)						
	-0,062	-0,136	-0,119	0,108	-0,144	-0,091
Valor p ³	0,406	0,068*	0,108*	0,140*	0,051*	0,214
Back Beliefs Questionnaire (rho)						
	0,243	0,260	0,176	0,236	0,257	0,196
Valor p ³	0,001*	0,000*	0,017*	0,001*	0,000*	0,008*

¹Teste Kruskal-Wallis²Teste Mann-Whitney³Correlação de Spearman

*valor p<0.20

mediana (min – máx)

Tabela 3 – Modelos de regressão linear múltiplo dos fatores associados às dimensões e domínios do LLFDI

Componentes e domínios do LLFDI	Beta	t	Coeficientes padronizados		
			p	IC (95%)	
				Inferior	Superior
Frequência do desempenho (R²=0.157; p=0.002)					
Constante		17.011	0.000	39.455	49.815
Estado civil recodificada (solt vs casado)	-0.102	-1.315	0.190	-3.734	0.748
Estado civil recodificada (divorc vs casado)	-0.127	-1.636	0.104	-5.286	0.495
Estado civil recodificada (viuv vs casado)	-0.072	-0.909	0.365	-2.981	1.101
Escolaridade recodificada (analf vs fund)	-0.214	-2.927	0.004*	-10.047	-1.953
Escolaridade recodificada (med vs fund)	-0.068	-0.881	0.380	-2.956	1.132
Escolaridade recodificada (sup vs fund)	-0.005	-0.066	0.947	-2.714	2.538
Autopercep recodificada (excelente vs ruim)	0.109	1.247	0.214	-1.033	4.576
Autopercep recodificada (boa vs ruim)	0.137	1.622	0.107	-0.345	3.518
WOMAC	0.050	0.644	0.521	-0.028	0.055
Back Beliefs	0.288	3.578	0.000*	0.114	0.396
Idade recodificada	-0.101	-1.345	0.181	-3.639	0.690
Limitação do desempenho (R²=0.201; p=0.0001)					
Constante		8.231	0.0001	41.454	67.620
Back Beliefs	0.219	2.688	0.008*	0.099	0.644
Sexo recodificada	0.095	1.221	0.224	-1.903	8.078
Autopercep recodificada (excelente vs ruim)	0.159	1.841	0.067	-0.364	10.397
Autopercep recodificada (boa vs ruim)	0.170	2.034	0.044*	0.111	7.480
Estado civil recodificada (solt vs casado)	0.052	0.651	0.516	-2.979	5.912
Estado civil recodificada (divorc vs casado)	0.064	0.823	0.412	-3.223	7.829
Estado civil recodificada (viuv vs casado)	-0.085	-1.026	0.306	-6.205	1.961
Escolaridade recodificada (analf vs fund)	-0.048	-0.661	0.510	-10.251	5.110
Escolaridade recodificada (med vs fund)	0.048	0.636	0.525	-2.610	5.093
Escolaridade recodificada (sup vs fund)	0.013	0.162	0.872	-4.518	5.326
Frequência de dor recodificada	-0.130	-1.772	0.078	-6.832	0.369
EVA	0.006	0.073	0.942	-0.684	0.737
WOMAC	-0.087	-1.012	0.313	-0.135	0.043
Papel social (R²=0.142; p=0.009)					
Constante		11.047	0.000	33.791	48.496
Idade recodificada	-0.111	-1.466	0.145	-5.236	0.774
Estado civil recodificada (solt vs casado)	-0.151	-1.899	0.059	-6.196	0.120
Estado civil recodificada (div vs casado)	-0.183	-2.336	0.021*	-8.748	-0.734
Estado civil recodificada (viuv vs casado)	-0.121	-1.491	0.138	-5.006	0.698
Escolaridade recodificada (analf vs fund)	-0.172	-2.344	0.020*	-12.274	-1.053
Escolaridade recodificada (med vs fund)	-0.012	-0.154	0.878	-3.061	2.618
Escolaridade recodificada (sup vs fund)	-0.021	-0.262	0.794	-4.051	3.103
Autopercep recodificada (excelente vs ruim)	0.101	1.138	0.257	-1.649	6.140
Autopercep recodificada (boa vs ruim)	0.138	1.633	0.104	-0.457	4.839
Back Beliefs	0.221	2.719	0.007*	0.074	0.464
EVA	0.039	0.470	0.639	-0.394	0.639
WOMAC	-0.050	-0.569	0.570	-0.082	0.045
Papel pessoal (R²=0.114; p=0.005)					
Constante		8.375	0.000	35.895	58.023
Sexo recodificada	-0.075	-1.029	0.305	-7.477	2.352
Escolaridade recodificada (analf vs fund)	-0.154	-2.158	0.032*	-16.576	-0.741
Escolaridade recodificada (med vs fund)	-0.094	-1.249	0.213	-6.353	1.428
Escolaridade recodificada (sup vs fund)	0.025	0.331	0.741	-4.145	5.817
Autopercep recodificada (excelente vs ruim)	0.068	0.805	0.422	-3.193	7.595
Autopercep recodificada (boa vs ruim)	0.078	0.957	0.340	-1.877	5.412
EVA	0.086	1.160	0.247	-0.262	1.010
Back Beliefs	0.228	3.009	0.003*	0.135	0.650
Papel instrumental (R²=0.203; p=0.0001)					
Constante		5.881	0.000	34.496	69.358
Sexo recodificada	0.118	1.540	0.125	-1.220	9.884
Estado civil recodificada (solt vs casado)	0.081	1.038	0.301	-2.308	7.428
Estado civil recodificada (divorc vs casado)	0.080	1.050	0.295	-2.856	9.346
Estado civil recodificada (viuv vs casado)	-0.077	-0.960	0.339	-6.637	2.295
Autopercep recodificada (excelente vs ruim)	0.158	1.850	0.066	-0.377	11.629
Autopercep recodificada (boa vs ruim)	0.189	2.338	0.021*	0.737	8.732
Frequência de dor recodificada	-0.146	-2.050	0.042*	-8.129	-0.153
EVA	0.010	0.126	0.900	-0.735	0.835
WOMAC	-0.091	-1.062	0.290	-0.153	0.046
Back Beliefs	0.216	2.756	0.006*	0.117	0.705
Comorbidades recodificada	-0.004	-0.053	0.958	-3.419	3.242

*p<0.05

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional, tema bastante discutido na atualidade, reflete o próprio desenvolvimento da humanidade, implicando, por sua vez, o aprimoramento de práticas e políticas públicas voltadas para essa população em constante crescimento. Visando o envelhecimento bem sucedido, ações devem ser traçadas objetivando a independência e autonomia do idoso. Geralmente, as pessoas se percebem como saudáveis quando conseguem realizar atividades significativas de seu repertório ocupacional.

O desempenho funcional, entendido como a capacidade para realizar atividades do cotidiano, está intimamente ligado à autonomia e qualidade de vida na velhice.

Neste estudo, idosos com dor lombar, condição frequente nessa população, tiveram seu desempenho funcional avaliado pelo *Late Life Function and Disability Instrument* apontando que o desempenho funcional desses indivíduos associa-se às crenças, autopercepção de saúde, escolaridade, frequência de dor e estado civil.

Este resultado contribui, consideravelmente, para o aprimoramento das intervenções de profissionais de saúde cuja atuação tem se restringido a aspectos clínicos, buscando valorizar, sobretudo, as crenças dos idosos e sua autorpercepção de saúde; norteador políticas públicas que visem informar e orientar essa população quanto às diversas condições de saúde a que se sujeita.

REFERÊNCIAS

American Occupational Therapy Association (AOTA). Occupational Therapy practice framework: domain & process 2nd edition. **Am J Occup Ther**, Boston, v. 62, n. 6, p. 625-683, 2008.

ANDRADE, F.A.; PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 271-276, mar-abr 2006.

BALAGUÉ, F. *et al.* Clinical update: low back pain. **Lancet**, London, v. 369, n. 9563, p. 726-728, mar. 2007.

BANERJEE, A.; JADHAV S.L.; BHAWALKAR, J.S. Limitations of Activities in Patients with Musculoskeletal Disorders. **Ann Med Health Sci Res**, Mumbai, v. 2, n. 1, p. 5-9, jan-jun 2012.

BERTOLUCCI, P.H. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar 1994.

BOWEY-MORRIS, J. *et al.* Beliefs about back pain – Results of a population survey of working age adults. **Clin J Pain**, Hagerstown, v. 27, n. 3, p. 214-224, mar-abr. 2011.

CARDOSO, A.P. **Adaptação transcultural e análise da confiabilidade da versão brasileira da Late Life Function and Disability Instrument (LLFDI) em uma amostra de idosos com alta escolaridade no município de Belo Horizonte.** 2014. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

DELLAROZA, M.S.; PIMENTA, C.A.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-1160, maio 2007.

DIAS, E.G. *et al.* Caracterização das atividades avançadas de vida diária (AAVDS): um estudo de revisão. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 45-51, jan-abr. 2011.

DIONNE, C.E. *et al.* Formal education and back pain: a review. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 55, n. 7, p. 455-468, jul. 2001.

DIONNE, C.E.; DUNN, K.M.; CROFT, P.R. Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. **Age ageing**, London, v. 35, n. 3, p. 229-234, maio 2006.

DIONNE, C.E. *et al.* A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. **Spine (Phila Pa 1976)**, Hagerstown, v. 33, n. 1, p. 95-103, jan. 2008.

DUBUC, N. *et al.* Assessing disability in older adults: the effects of asking questions with and without health attribution. **J Rehabil Med**, Stockholm, v. 36, n. 5, p. 226-231, set. 2004.

ELFERING, A. *et al.* Beliefs about back pain predict the recovery rate over 52 consecutive weeks. **Scand J Work Environ Health**, Helsinki, v. 35, n. 6, p. 437-445, dez. 2009.

ENTHOVEN, P. *et al.* Predictive factors for 1-year and 5-year outcome for disability in a working population of patients with low back pain treated in primary care. **Pain**, Amsterdam, v. 122, n. 1-2, p. 137-144, maio 2006.

FEJER, R., LEBOEUF-Y DE C. Does back and neck pain become more common as you get older? A systematic literature review. **Chiropr Man Therap**, London, v. 20, n. 1, p. 20-24, ago. 2012.

FERNANDES, M.I. **Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario McMaster Universities) para a língua portuguesa.** 2003. 103p. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2003.

FERREIRA, F.R. *et al.* Aging and Urbanization: The Neighborhood Perception and Functional Performance of Elderly Persons in Belo Horizonte Metropolitan Area-Brazil. **J Urban Health**, Cary, v. 87, n. 1, p. 54-66, 2009.

FONSECA, M.G. *et al.* Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Rev Saude Publica**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159-165, fev. 2010.

GILKEY, D.P. *et al.* Risk factors associated with back pain: a cross-sectional study of 963 college students. **J Manipulative Physiol Ther**, Lombard, v. 33, n. 2, p. 88-95, fev. 2010.

HACIHASANOGLU, R.; YILDIRIM, A.; KARAKURT, P. Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. **Arch Gerontol Geriatr**, Amsterdam, v. 54, n. 1, p. 61-66, jan-fev 2012.

HALEY, S.M. *et al.* Late life function and disability instrument: II. Development and evaluation of the function component. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Washington DC, v. 57A, n. 4, p. 217-222, abr. 2002.

HELMAN, C.G. Introdução: a abrangênciada antropologia médica. In: HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 1, p. 11-25.

HELMAN, C.G. Dor e cultura. In: HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009. Cap. 7, p. 169-178.

HICKS GE, *et al.* Associations of back and leg pain with health status and functional capacity of older adults: findings from the retirement community back pain study. **Arthritis Rheum**, Atlanta, v. 59, n. 9, p. 1306-1313, set. 2008.

HOCKING, C. Contribuição da Ocupação para a Saúde e o Bem-Estar. In: CREPEAU, E.B.; COHN, E.S.; SCHELL, B.A. **Willard & Spackman Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2011. Cap 5, p 45-55.

HOY, D. *et al.* The Epidemiology of Low Back Pain. **Best Pract Res Clin Rheumatol**, Amsterdam, v. 24, n. 6, p. 769-781, 2010.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 2000-2060 - Revisão 2010**.

JETTE, A.M. *et al.* Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, Washington DC, v. 57A, n. 4, p. 209-216, abr. 2002.

KOSE, G.; HATIPOGLU, S. The Effect of Low Back Pain on the Daily Activities of Patients with Lumbar Disk Herniation: a Turkish Military Hospital Experience. **J Neurosci Nurs**, Chicago, v. 44, n. 2, p. 98-104, abr. 2012.

LEDOUX, E.; DUBOIS, J.D.; DESCARREAU, M. Physical and psychosocial predictors of functional trunk capacity in older adults with and without low back pain. **J Manipulative Physiol Ther**, Lombard, v. 35, n. 5, p. 338-345, jun. 2012.

LEVY, B.R. *et al.* Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. **JAMA**, Chicago, v. 308, n. 19, p. 1972-1973, nov. 2012.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-834, dez. 2004.

MAUÉS, C.R. *et al.* Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 405-410, set-out. 2010.

MILLÁN-CALENTI, J.C. *et al.* Prevalence of functional disability in activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Arch Gerontol Geriatr**, Amsterdam, v. 50, n. 3, p. 306-310, maio-jun 2010.

RIBEIRO, P.C. *et al.* Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, idade e saúde. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 501-509, jul-set. 2009.

RIGUTTI, A. O esqueleto ou sistema esquelético. In: Rigutti A. **Atlas ilustrado de anatomia**. São Paulo: Editora Girassol, 2007. P. 36-53.

ROSSI, A.L. *et al.* Profile of the elderly in physical therapy and its relation to functional disability. **Braz J Phys Ther**, São Carlos, v. 17, n. 1, p. 77-85, jan-fev. 2003.

RUDY, T.E. *et al.* The impact of chronic low back pain on older adults: a comparative study of patients and controls. **Pain**, Amsterdam, v. 131, n. 3, p. 293-301, out. 2007.

SANGHA, O. *et al.* The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: a new method to assess comorbidity for clinical and health services research. **Arthritis Rheum**, Atlanta, v. 49, n. 2, p. 156-163, abr 2003.

SANTOS, J.L. *et al.* Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 879-886, abr. 2008.

SCHEELE, J. *et al.* Back Complaints in the Elders (BACE); design of cohort studies in primary care: an international consortium. **BMC Musculoskelet Disord**, London, v. 12, n. 193, p. 1-9, ago. 2011.

SCHOENBORN, C.A. Marital status and health: United States, 1999-2002. **Adv Data**, Rockville, n. 351, p. 1-32, dez. 2004.

SLOAN, T.J. *et al.* Beliefs about the causes and consequences of pain in patients with chronic inflammatory or noninflammatory low back pain and in pain-free individuals. **Spine (Phila Pa 1976)**, Hagerstown, v. 33, n. 9, p. 966-972, abr. 2008.

SMITH, A.J. *et al.* Back pain beliefs are related to the impact of low back pain in 17-year-olds. **Phys Ther**, Albany, v. 92, n. 10, p. 1258-1267, out. 2012.

SOUSA, F.F.; SILVA, J.A. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 469-513, jan/fev/mar 2005.

STRANJALIS, G. *et al.* Low back pain in a representative sample of Greek population: analysis according to personal and socioeconomic characteristics. **Spine (Phila Pa 1976)**, Hagerstown, v. 29, n. 12, p. 1355-1360, jun. 2004.

SYMONDS, A.K. *et al.* Do attitudes and beliefs influence work loss due to low back trouble? **Occup Med (London)**, Oxford, v. 46, n. 1, p. 25-32, fev 1996.

TONG, H.C. *et al.* Comparing pain severity and functional status of older adults without spinal symptoms, with lumbar spinal stenosis and with axial low back pain. **Gerontology**, Basel, v. 53, n. 2, p. 111-115, 2007.

UCHÔA, E. *et al.* An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, Suppl 3, p. S370-377, 2011.

United Nations World Assembly on Ageing, 2, 2002, Madrid. World Health Organization. **Active ageing: a policy framework**. Madrid: WHO; 2002. 59 p.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2010 Revision Highlights and Advanced Tables**. New York, 2011. 142 p.

URQUHART, D.M. *et al.* Low back pain and disability in community-based women: prevalence and associated factors. **Menopause**, New York, v. 16, n. 1, p. 24-29, jan-fev. 2009.

VAN TULDER, M. *et al.* Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. **Eur Spine J**, Heidelberg, v. 15 (suppl 2), p. 169–191, mar. 2006.

WANG, D. *et al.* Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. **Environ Health Prev Med**, Sapporo, v. 14, n. 2, p. 128-141, mar. 2009.

WEINER, D.K. *et al.* How does low back pain impact physical function in independent, well-functioning older adults? Evidence from the health ABC Cohort and implication for the future. **Pain med**, Malden, v. 4, n. 4, p. 311-320, dez. 2003.

WEINER, D.K. *et al.* Do medical factors predict disability in older adults with persistent low back pain? **Pain**, Amsterdam, v. 112, n. 1-2, p. 214-220, nov. 2004.

WOLFE, F. Determinants of WOMAC function, pain and stiffness score: evidence for the role of low back pain, symptom counts, fatigue and depression in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. **Rheumatology (Oxford)**, Oxford, v. 38, n. 4, p. 355-361, 1999.

WOOLF, A.D.; PFLEGER B. Burden of major musculoskeletal conditions. **Bull World Health Org**, Geneva, v. 81, n. 9, p. 646-656, 2003.

**ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade
Federal de Minas Gerais**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0100.0.203.000-11

**Interessado(a): Profa. Leani Souza Máximo Pereira
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 04 de maio de 2011, o projeto de pesquisa intitulado **"Dor lombar em idosos: um estudo multicêntrico internacional entre o Brasil, Áustria, Holanda. Back complaints in the Elders:BACE."** e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO B – Questões do inquérito BACE utilizadas neste estudo

Idade: _____anos

Sexo: () feminino () masculino

Estado Civil: Qual é o seu estado civil?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> 3. Divorciado(a), separado(a) |
| <input type="checkbox"/> 2. Casado/Vive com companheiro | <input type="checkbox"/> 4. Viúvo(a) |

Nível de Escolaridade:

- 1. Analfabeto
- 2. Ensino fundamental (1ª a 4ª série, ginásio)
- 3. Ensino fundamental (5ª a 8ª série)
- 4. Ensino médio
- 5. Curso técnico
- 6. Curso Superior
- 7. Pós-Graduação

Com que frequência o Sr.(a) teve dores na coluna, ou região dos glúteos (nádegas, bumbum) ou pernas (região posterior, atrás da perna)?

- 1. Menos de uma vez por semana
- 2. Pelo menos uma vez por semana
- 3. Todos os dias por pelo menos alguns minutos
- 4. Todos os dias a maior parte do dia
- 5. Durante todo o tempo

Em geral, o Sr.(a) diria que sua saúde é:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Excelente | <input type="checkbox"/> 4. Ruim |
| <input type="checkbox"/> 2. Muito boa | <input type="checkbox"/> 5. Muito ruim |
| <input type="checkbox"/> 3. Boa | |

ANEXO C – Self-Administered Comorbidity Questionnaire

A seguir, está uma lista de problemas comuns.

Por favor, indique se o Sr.(a) tem o problema da **coluna 1**. Se o Sr.(a) não tem o problema siga para a coluna seguinte. Se o Sr.(a) tem o problema, por favor, indique na **coluna 2** se o Sr.(a) está usando medicamentos ou qualquer outro tipo de tratamento para esse problema.

Na **coluna 3**, indique se o problema está te limitando para alguma atividade.

No final, indique todas as condições médicas que não estão listadas abaixo.

Problema	Você tem o problema? (1: sim/ 0: não)	Você recebeu tratamento para o problema? (1: sim/ 0: não)	O problema te limita em alguma atividade? (1: sim/ 0: não)
Doença do coração			
Hipertensão			
Doença dos pulmões			
Diabetes			
Úlcera ou doença do estômago			
Doença renal			
Doença do fígado			
Anemia ou outra doença do sangue			
Câncer			
Depressão			
Osteoartrite de quadril ou joelho (artrite degenerativa)			
Osteoartrite de mão (artrite degenerativa)			
Artrite reumatóide			
Queixas no ombro ou na região cervical			
Dor de cabeça			
Problemas no pé			
Gota			
Problemas neurológicos			
Outros problemas de saúde: _____			
Outros problemas de saúde: _____			
Outros problemas de saúde: _____			

**ANEXO E – Western Ontario and MacMaster Universities Arthritis Index
(WOMAC)**

SEÇÃO A

As perguntas a seguir se referem à intensidade da dor que o Sr.(a) está atualmente sentindo devido a **DOR NA COLUNA**. Para cada situação, por favor, coloque a intensidade da dor que sentiu nas **últimas 72 horas (3 dias)**.

Qual a intensidade da sua dor?	0: nenhuma 1: pouca 2: moderada 3: intensa 4: muito intensa 99: NR
Caminhando em um lugar plano	
Subindo ou descendo escadas	
À noite deitado na cama	
Sentando-se ou deitando-se	
Ficando em pé	

ANEXO F – *Back Beliefs Questionnaire* (BBQ)

Por favor, indique sua visão geral sobre problemas na coluna...

	1- Discordo totalmente 2- Discordo 3- Nem concordo, nem discordo 4- Concordo 5- Concordo plenamente
1- Não há tratamentos reais para os problemas de coluna	
2- Problemas na coluna irão me fazer parar de trabalhar	
3- Problemas na coluna significam períodos de dor para o resto da minha vida	
4- Médicos não podem fazer nada para dor nas costas	
5- Uma coluna “ruim” deveria ser exercitada	
6- Problemas na coluna tornam tudo na vida pior	
7- A cirurgia é o tratamento mais eficaz para dor lombar	
8- A dor na coluna pode fazer o Sr.(a) terminar a vida numa cadeira de rodas	
9- Tratamentos alternativos são a melhor resposta para a dor lombar	
10- Dor na coluna significa longos períodos de tempo afastado do trabalho	
11- A medicação é a única maneira de aliviar os problemas na coluna	
12- A partir do momento que o Sr.(a) tem um problema na coluna lombar, o Sr.(a) sempre terá um ponto fraco	
13- Problemas na coluna necessitam repouso	
14- Com o envelhecimento, os problemas na coluna ficam progressivamente piores	

N – Itens incluídos na pontuação final

ANEXO G – Componente de incapacidade do *Late Life Function and Disability Instrument*

INSTRUÇÕES PARA AS QUESTÕES SOBRE INCAPACIDADE:

Neste conjunto de questões, eu perguntarei a você sobre coisas do dia-a-dia que você faz nesse momento da sua vida. Há duas partes para cada questão.

Primeiro, eu perguntarei a você *Com que frequência* você faz uma determinada atividade.

Em seguida, eu lhe perguntarei *Até que ponto você se sente limitado(a)* em fazer esta atividade.

Explique cada questão e as opções de respostas subsequentes:

Para a primeira questão (*Com que frequência você faz a atividade?*), por favor, escolha uma entre as seguintes respostas:

Com muita frequência
Com frequência
De vez em quando
Quase nunca
Nunca

[Mostre o Auxílio Visual para o entrevistado]

Para a segunda questão (*Até que ponto você se sente limitado(a) em fazer a atividade?*), por favor, escolha uma entre as seguintes respostas:

De jeito nenhum
Um pouco
Mais ou menos
Muito
Completamente

[Mostre o Auxílio Visual para o entrevistado]

Limitações são dificuldades que podemos ter para realizar uma atividade.

Por exemplo, você pode se sentir limitado(a) por causa de sua saúde, ou porque a atividade exige muita energia mental e física. Por favor, lembre-se de que você também pode se sentir limitado(a) por fatores externos a você. Seu ambiente pode restringi-lo(a) de fazer as atividades: por exemplo, questões relacionadas a transporte, acessibilidade e circunstâncias sociais e econômicas podem limitá-lo(a) de fazer coisas que você gostaria de fazer. Pense em todos esses fatores quando responder a esta parte.

Para cada questão, por favor, selecione a resposta que mais se aproximar da forma como você vem se sentindo.

Vamos começar...

Questões sobre Incapacidade

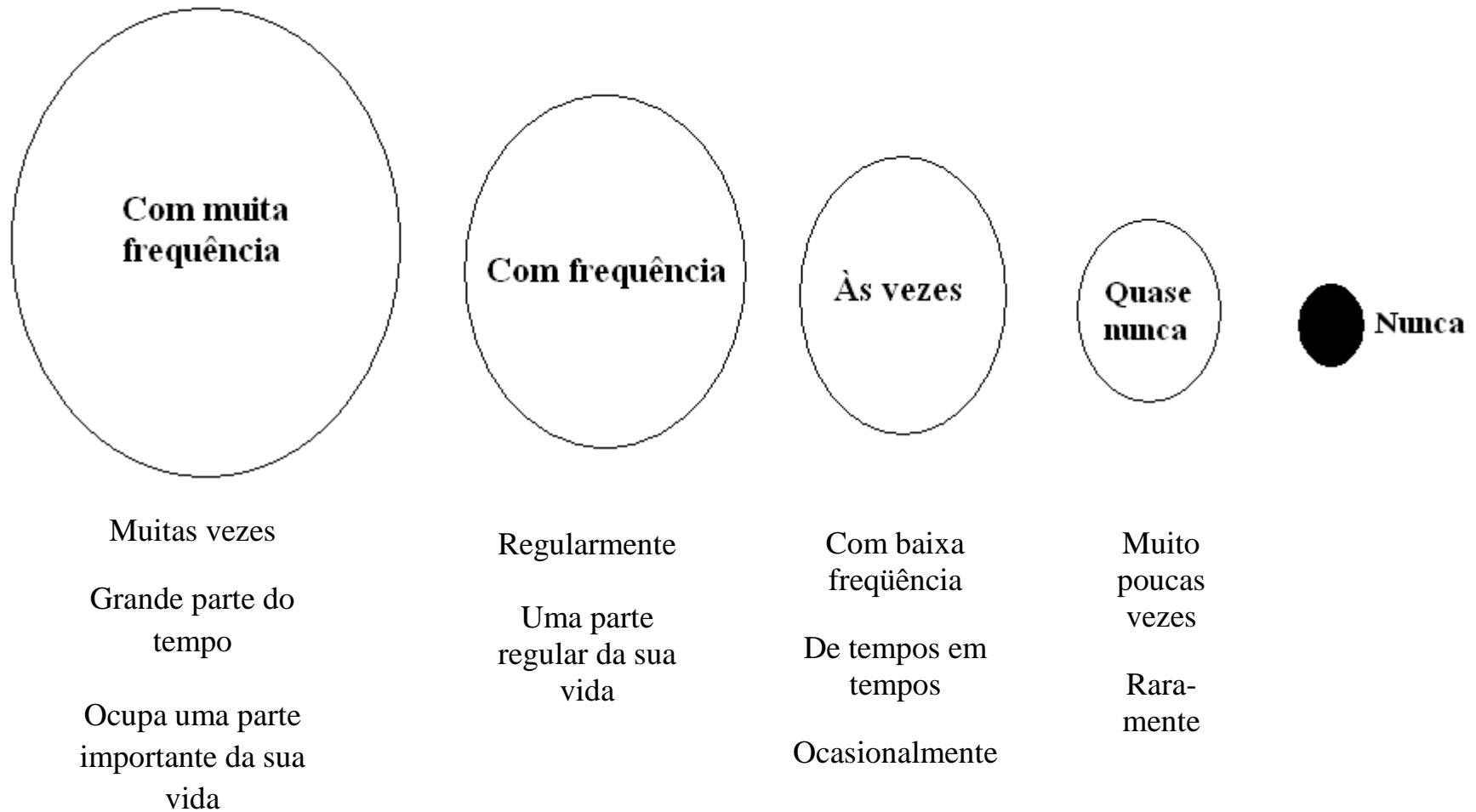
	Com que frequência você...?					Até que ponto você se sente limitado(a) em...?				
	Com muita frequência	Com frequência	De vez em quando	Quase nunca	Nunca	De jeito nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
D1. Mantém (manter) contato com outros por meio de cartas, telefone ou e-mail.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D2. Visita (visitar) amigos e familiares em suas casas.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D3. Cuida (cuidar) ou dá assistência a outros. Isso pode incluir ajudar membros da família ou amigos em cuidados pessoais, transporte e afazeres fora de casa.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D4. Cuida (cuidar) do interior da sua casa. Isso inclui administrar e se responsabilizar pela arrumação da casa, lavar as roupas, limpeza da casa e pequenos reparos domésticos.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D5. Trabalha (trabalhar) em serviço voluntário fora de casa.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D6. Participa (participar) de recreação ativa. Isso pode incluir caminhar, correr, nadar, jogar boliche, golfe, tênis.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D7. Cuida (cuidar) dos negócios e finanças da casa. Isso pode incluir administrar e se responsabilizar pelo seu dinheiro, pagar as contas, lidar com proprietário ou inquilinos, lidar com empresas de serviços ou agências governamentais.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D8. Cuida (cuidar) da própria saúde. Isso pode incluir administrar medicações diárias, seguir uma dieta especial, agendar consultas médicas.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Questões sobre Incapacidade, continuação

	Com que frequência você...?					Até que ponto você se sente limitado(a) em...?				
	Com muita frequência	Com frequência	De vez em quando	Quase nunca	Nunca	De jeito nenhum	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Completamente
D9. Viaja (viajar) para outra cidade e passa ao menos uma noite fora.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D10. Participa (participar) de um programa regular de atividades físicas. Isso pode incluir caminhada, bicicleta ergométrica, musculação, ou aulas de ginástica.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D11. Convida (convidar) pessoas para sua casa para uma refeição ou distrair.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D12. Sai (sair) com outras pessoas para locais públicos como restaurantes ou cinemas.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D13. Cuida (cuidar) de suas necessidades de cuidados pessoais. Isso inclui tomar banho, vestir-se e higiene pessoal.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D14. Participa (participar) de atividades sociais organizadas. Isso pode incluir agremiações, jogos de cartas, eventos de grupos de terceira idade, grupos religiosos ou comunitários.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D15. Realiza (realizar) afazeres nas proximidades de sua casa. Isso pode incluir se responsabilizar e lidar com a compra de comida, itens pessoais e ir ao banco, biblioteca ou lavanderia.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
D16. Prepara (preparar) as próprias refeições. Isso inclui planejar, cozinhar, servir e limpar.	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

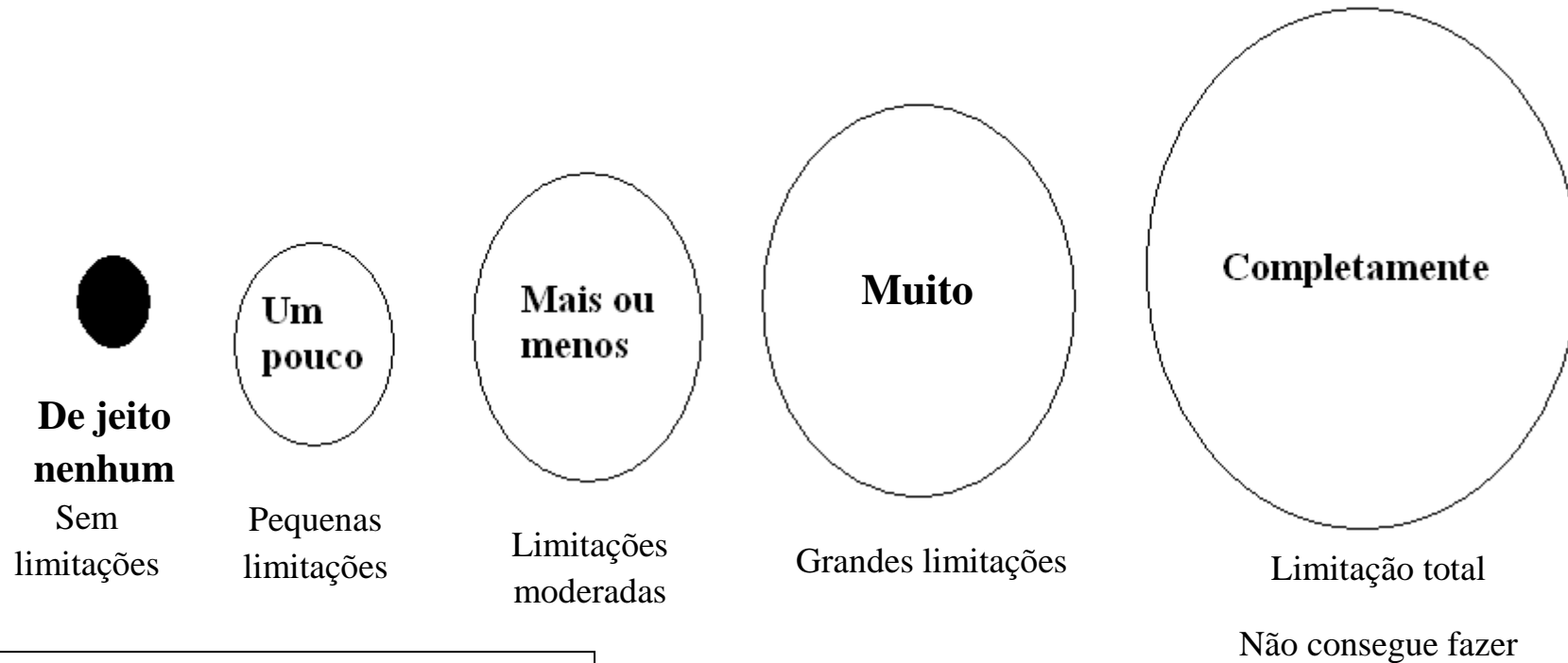
AUXÍLIO GRÁFICO PARA RESPOSTAS DE INCAPACIDADE #1

Com que frequência você...?



AUXÍLIO GRÁFICO PARA RESPOSTAS DE INCAPACIDADE #2

Até que ponto você se sente limitado em...?



Exemplos de fatores limitantes que podem limitá-lo:

- Energia mental ou física
- Muito esforço
- Circunstâncias sociais e econômicas
- Problemas de transporte
- Questões de acessibilidade
- Saúde

ANEXO H – Exibição visual de cada item do instrumento LLFDI e suas relações com as dimensões de frequência e limitação e com os domínios de cada dimensão

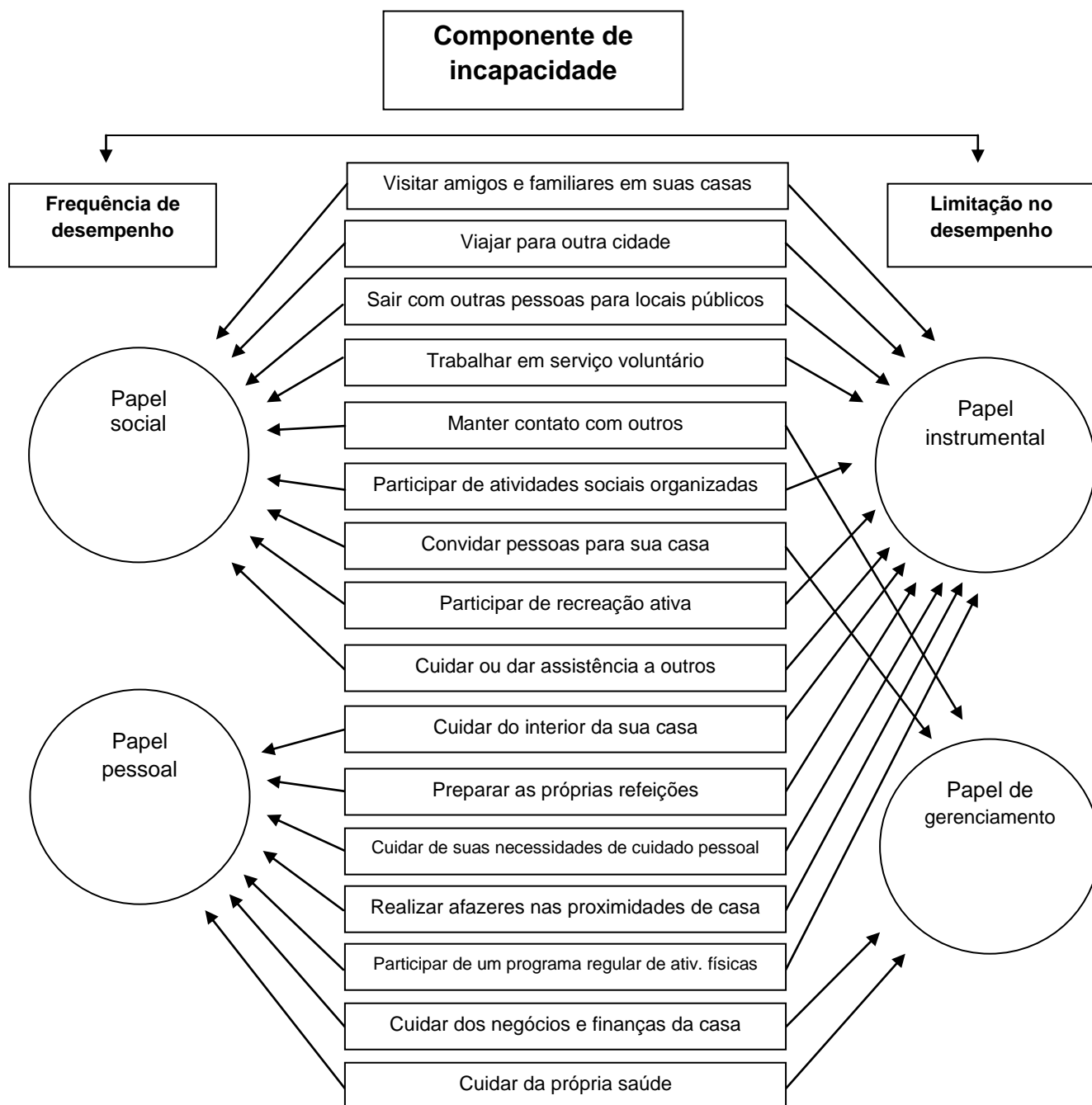


Figura adaptada do artigo: Jette AM, Haley SM, Coster WJ, Kooyoomjian JT, Levenson S, Heeren T, Ashba J. **Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component.** J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002; 57A(4): 209-216