

Editorial

Prezados colegas foi realizado nos dias 19.07.19 e 20.07.2019 a primeira edição do **Simpósio sobre Evidência no Manejo da dor** (SEMDOR) da FMRP-USP, organizado pelo Laboratório de Pesquisa sobre Movimento e Dor da FMRP-USP (LabMovDor) - <https://labmovdor.com.br/> e pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP-USP. Os trabalhos científicos apresentados no Congresso estão reunidos neste Anais e esperamos que essa iniciativa facilite a disseminação das pesquisas apresentadas no Simpósio.

O I SEMDOR ocorreu no Espaço de Eventos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e foi uma honra encontrar receber cada um dos participantes que participaram do evento.

Esse evento não foi apenas um evento, mas um conceito. A ideia foi reunir pessoas interessadas em se atualizar sobre as evidências científicas, nos mais variados assuntos dentro do espectro da dor. Nosso intuito foi construir as bases para consolidar uma grande família de pares, interessados nos resultados científicos e em utilizar esses resultados com o intuito de realizar prática baseada em evidência científica.

Mas você tem ideia do significado da palavra EVIDÊNCIA?

Definição 1 - qualidade ou caráter do que é evidente, do que não dá margem à dúvida.

Definição 2 - condição de alguém ou algo que se destaca, que sobressai, atraindo a atenção circundante.

Definição 3 - aquilo que indica a existência de (algo); indicação, indício.

Para a filosofia: no cartesianismo, constatação de uma verdade que não suscita qualquer dúvida, pela clareza e distinção com que se apresenta ao espírito.

Sim, evidência é o que não dá margem a dúvida ... mas infelizmente, após 2 dias de intenso mergulho no mar das evidências, a evidência observada foi de que: não há evidência para alguns tópicos, abordagens e métodos na área. Abrindo espaço para a dúvida! Sim, o paradoxo! Não por que esses métodos, técnicas ou abordagens não tenham efeito para melhora da dor. Mas por que a pesquisa ainda precisa de percorrer alguns caminhos antes de propor recomendações conclusivas.

O Prof. Lorimer Moseley organiza anualmente em Adelaide, na Austrália, um pequeno evento sobre dor chamado PainAdelaide. Estive presente na edição de 2018. E ele inicia o evento dizendo: “Este é o melhor pequeno evento de dor no mundo!”. E depois de ouvir isso, eu voltei para o Brasil com o compromisso de proliferar a fórmula utilizada em Adelaide e capitanear a ideia de um evento modesto e pretensioso ao mesmo tempo.

Mas vocês podem me perguntar: por que mais um evento de dor no Brasil? São tantos... entretanto, não há no Brasil um evento cujo intuito central é levar evidência científica para o grande público. E considerando a velocidade com que se produz ciência no mundo na atualidade e o volume de informação científica publicado nas últimas 2 décadas na área de dor e neurociência, é preciso de alguma forma criar mecanismos que

favoreçam a disseminação desse conteúdo. E mais do que isso, criar estratégias que estimulem estudantes, clínicos, profissionais e pesquisadores a consumirem/digerirem essa produção científica.

Pergunto a vocês: quantos de vocês leram um artigo científico na última semana??? E vocês imaginam quantos trabalhos foram publicados com a palavra PAIN no título só em 2019? A resposta é 29.576!!!! Como é possível digerir todo esse conhecimento?

Sim, mas a vida não é só evidência científica. E lembre-se! Cada palestra e seus palestrantes foram meticulosamente escolhidos. Nesse sentido, o SEMDOR acredita que é preciso se abrir para à inovação, mas sem nos esquecermos da experiência, da história, do pioneirismo. Afinal de contas, o que seria do campo de atuação na saúde se não fossem alguns abnegados desbravadores, os pioneiros que plantaram muitas sementes, que hoje, proliferam suas tantas obras fantásticas por aí. Eu mesma sou testemunha ocular de vários desses expoentes, que aliás estão no quadro de palestrantes desse evento.

O SEMDOR não é um evento comercial! É um evento conduzido por um Laboratório de Pesquisa de uma Universidade Pública. Sim, nosso compromisso central é disponibilizar ciência a um custo acessível. A ciência no Brasil é produzida com dinheiro público e é nosso dever enquanto cidadãos fazer esse conhecimento encontrar formas de chegar à comunidade que financia essa estrutura. Tenho certeza que os mais de 250 participantes voltaram para seus microcosmos, levando consigo uma nova bagagem ou conhecimento que poderá ajudar a transformar vidas e contribuir para um mundo cada vez mais SEMDOR!

Foi lançada a viga mestra de um evento com intuito de disseminar evidência científica na área de dor bianualmente!

Profa. Dra. Thaís Cristina Chaves – Coordenadora do Evento



COMISSÃO ORGANIZADORA

Aline Mendonça Turci
Andressa Mendonça Turci
Adriano Pezolato
Ana Paula Aguiar
Ana Claudia Pereira
Aroldo dos Santos Aguiar
Beatriz Oliveira Azevedo
Flávia Aparecida de Sousa
Paulo Rogério Martelo
Natália Galves
João Carlos de Oliveira

Luís Fernando de Paula
Fernando A. Gonçalves Tavares
Gabriela Zuelli Martins Silva
Mariana Romano de Lira
Roberta Aniceto França
Thamiris Costa de Lima
Lavínia Freitas Tomazini
Tiago Del Antônio
Priscila Queiroz Lima
Profa. Dra. Anamaria Siriani de Oliveira

Presidente do evento: Profa. Dra. Thaís Cristina Chaves

PROGRAMAÇÃO

Sexta-feira dia 19/07/2019

Final da tarde e Noite

17:30	Retirada de credenciais
18:30	Abertura do evento
18:40	Conferência Magna: Dor: onde estamos e para onde iremos? Dr. José Geraldo Speciali - Hospital das Clínicas da FMRP/USP

Módulo: Dor e Mecanismos Neurofisiológicos

19:00	Síndrome Dolorosa Regional Complexa – Dra. Fabíola Dach - Hospital das Clínicas da FMRP/USP
19:20	Sensibilização central na DTM e Cefaleia - Dra. Daniela Gonçalves – Faculdade de Odontologia - UNESP Araraquara
19:40	Como a Neurociência contribuiu para o entendimento da Dor - Dr. Felipe Reis - IFRJ
20:00	Efeito Placebo e Nocebo – o efeito dos fatores contextuais no manejo da dor - Dra. Thais Chaves – FMRP/USP

Módulo: Exercício, Movimento e Dor

20:20	Quais são os fatores que influenciam a adesão ao exercício na dor crônica? – Dra. Mariana Lira – FMRP/USP
20:40	Atividade física na dor crônica: quais as evidências? - Dra. Anamaria Oliveira FMRP/USP
21:00	Exercícios de Controle de Movimento na dor lombar crônica – Dr. Tiago Del Antônio – FMRP/USP
21:20	CRPS - Words and Illusion - Dr. Valeria Bellan - University of South Australia - videoconference
22:10	Coffee break - Confraternização

Sábado dia 20/07/2019

Manhã

Módulo: Intervenção na Dor I

8:00	Auto-posturas no tratamento da dor crônica - Dra. Aline M. Turci – FMRP/USP
8:20	Eletroanalgesia: do mecanismo à tomada de decisão clínica - Dra. Josimari De Santana – Universidade Federal de Sergipe
8:40	Evidências científicas no tratamento da dor no idoso - Dra. Karina Gramani-Say – UFSCar
9:00	Terapia cognitivo funcional e evidência científicas – Dr. Ney Meziat Filho – UNISUAM
9:20	Apresentações orais - 6 em 5 min
10:00	Coffee break

Módulo: Aspectos psicossociais, Comportamento e crenças na Dor

10:30	Exposição gradativa no tratamento da cinesiofobia – o que as evidências científicas indicam? Dr. Adriano Pezolato – Effective Ribeirão Preto
10:50	Conceitos sobre dor: de onde viemos, para onde vamos? - Dr. Thais Bueno – Spalla Fisioterapia
11:10	Evidências científicas e Educação em Neurociência sobre a dor - Dra. Thais Chaves - FMRP/USP
11:30	Desenvolvimento de uma estratégia de educação em dor para crianças - Dr. Felipe Reis - IFRJ
11:50	Por que avaliar aspectos psicossociais nas dores orofaciais? Dr. Aroldo Aguiar - FMRP/USP
12:10	12:10 as 14:00 - Almoço

Sábado dia 20/07/2019

Tarde

14:00	Apresentações Orais – 7 em 5 min
Módulo: Intervenção na Dor II	
14:45	Estimulação magnética transcraniana na dor crônica - Dr. Ricardo Galhardoni - FMUSP
15:05	Mobilização e Manipulação na dor lombar crônica – quando utilizar? – Dr. Fernando Tavares – FMRP/USP
15:25	Mindfulness: quais são as evidências atuais no controle da dor crônica? - Dra. Michele Perez – Instituto Wilson Mello
16:05	Coffee break
16:35	Apresentações Orais – 6 em 5 min
Módulo: Psicologia, Fisioterapia e Dor	
17:15	Terapias psicológicas para o tratamento da dor - quais são as evidências? Dr. José Luiz Siqueira - Singular Centro do Controle da dor/Campinas
17:35	Avaliação fisioterapêutica nas cefaleias: resumo das evidências atuais – Dra. Débora Grossi – FMRP/USP
17:55	Evidencia científica da Fisioterapia na Fibromialgia - Dra. Mariana Ávila – UFSCar
18:15	Reflexões sobre o futuro da fisioterapia na dor musculoesquelética – Dr. Rodrigo Vasconcelos – Instituto Wilson Mello
18:35	Encerramento das atividades e anúncio das premiações

Organização: Laboratório de Pesquisa Sobre Movimento e Dor da FMRP-USP
<https://labmovdor.com.br>

CP Business RP



Patrocínio:



Coordenação Dor



Medicina, Ribeirão Preto

Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP-USP
VOLUME 52 SUPLEMENTO 4
Outubro / 2019

I Simpósio sobre Evidência no Manejo da Dor

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo
19 e 20 de maio de 2019

EDITORIAL	1
ORGANIZAÇÃO.....	1
PROGRAMAÇÃO.....	2
TRABALHOS APRESENTADOS	5
ÍNDICE DE AUTORES	26

SESSÃO DE PÔSTERES

TRABALHOS PREMIADOS

Categoria Pós-graduação

DESENVOLVIMENTO E VALIDADE CONTEÚDO: ESCALA FOTOGRÁFICAS RELACIONADA AO MODELO MEDO E EVITAÇÃO PARA ATIVIDADES DO OMBRO

Ansanello W, Reis F, Zatiti S, Oliveira AS..... 8

START BACK E ÖREBRO COMO PREDITORES DE INCAPACIDADE EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA SUBMETIDOS À FISIOTERAPIA

Fernandez J, Belache F, de Souza CP, Pereira P, Castro J, Pinheiro LR, Rocha CCN, Ferreira AS, Meziat Filho N 9

Categoria Graduação

INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA LOMBAR INESPECÍFICA EM IDOSOS, CONSIDERANDO A INTENSIDADE DA DOR, CINESIOFOBIA E INCAPACIDADE.

Souza MJC, Campos MM, Rossetti ES, Souza EN, Nogueira HC, Barroso VV, Rabelo KO, Vera MAA, Hortense P, Gramani-Say K 10

DEMAIS TRABALHOS

A INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA DA DOR NA ATIVIDADE ELÉTRICA MUSCULAR DE IDOSOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA

Campos MM, Rossetti ES, Souza EN, Barroso VV, Nogueira HC, Rabelo KO, Hortense P, Avila MA, Gramani-Say K 11

A INFLUÊNCIA DE UM TREINAMENTO BASEADO NO MODELO BIOPSISSOCIAL NAS CRENÇAS E ATITUDES DE FISIOTERAPEUTAS NA DOR LOMBAR CRÔNICA Silva GZM, Pezolato A, Custódio GAP	12
A SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL EM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM TENDINOPATIA DE OMBRO Araújo LP, Rocha C, Bonifácio LP, Santos JM	13
ALODINIA CUTÂNEA EM PACIENTES COM MIGRÂNEA Rocha MR, Benatto MT, Bragatto MM, Florêncio LL, Dach F, Bevilaqua-Grossi D	14
ASSOCIAÇÃO ENTRE O “TEXT NECK” - AVALIADO POR INCLINÔMETRO - E DOR CERVICAL EM ADULTOS Correia IMT, Saliba G, Meziat Filho N.....	15
AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL EM MIGRANOSOS COM E SEM CINESIOFOBIA – ESTUDO PILOTO Rocha MR, Pinheiro CF, da Silva DC, Carvalho GF, Dach F, Bevilaqua-Grossi D.....	16
COMPARAÇÃO DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS ENTRE INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA NO OMBRO E UM GRUPO CONTROLE Barbosa AM, dos Reis FJJ, Caseiro M, de Oliveira AS.....	17
CORRELAÇÃO DA ÁREA CORPORAL DOLOROSA E ESCORE DO <i>CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY</i> (CSI) EM INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA UNILATERAL NÃO TRAUMÁTICA NO OMBRO Caseiro M, dos Reis FJJ, Barbosa AM, de Oliveira AS.....	18
CORRELAÇÃO ENTRE AVALIAÇÃO DA DOR E ASPECTOS EMOCIONAIS EM ÍNDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO Moreira VMPS, Soares FS, Faria MN, Queiroz AS, Alves LV, da Silva MD, Martins LA, Curi GOBC, Silva GM, Coelho LT, Martins ACF, Freitas SS, Dionísio	19
DIFERENÇA DE SEXO NA DOR E SUA RELAÇÃO COM OS ASPECTOS EMOCIONAIS EM INDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO Curi GOBC, Moreira VMPS, Soares FS, Queiroz AS, Martins LA, Silva GM, Coelho LT, Martins ACF, Alves LV, Freitas SS, Faria MN, Dionísio VC.....	20
DOR E INCAPACIDADE CRANIOCERVICAL EM UNIVERSITÁRIOS DE FISIOTERAPIA E ODONTOLOGIA COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR de Santana NMF, de Araújo CC, Oliveira ABB, Machado JK.....	21
EFEITO DO MÉTODO PILATES SOLO E DO RELAXAMENTO DE JACOBSON EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA: INTENSIDADE DA DOR E DOS MEDOS E CRENÇAS Junqueira C, Moreira SS, Sampaio WN, Mitre NCD, Lage PTS, Chaves CM	22
EXPECTATIVA DE MELHORA COMO PREDITOR DE INCAPACIDADE EM INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA SUBMETIDOS À FISIOTERAPIA Belache FATC, Fernandez J, de Souza CP, Castro J, Pereira P, Pinheiro LR, Rocha CCN, Meziat Filho N.....	23

O TREINAMENTO DE CONTROLE MOTOR CERVICAL ALIVIA A DOR E MELHORA A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: ESTUDO PILOTO

Souza AISO, Sales LRV, Coutinho ADF, Oliveira DA 24

PROPOSTA DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A INFLUENCIA DA DOR FANTASMA NO INDIVÍDUO AMPUTADO

Grou TC, Vansan M, De Aguiar A 26

RELAÇÃO DO LIMIAR DE DOR POR PRESSÃO COM A FUNÇÃO FÍSICA E FORÇA MUSCULAR EM INDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO

Queiroz AS, Martins ACF, Soares SS, Silva GM, Curi GBC, Martins LA, Coelho LT, Alves LV, Faria MN, Freitas SS, Moreira VMPS, Dionisio VC 27

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE INTENSIDADE DA DOR E A QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA

Rabelo KO, de Campos MM, Rossetti ES, Blanco AL, Carmelo VV, Carrer HCN, Souza EN, Hortense P, Gramani-Say K..... 28

TRABALHOS APRESENTADOS

DESENVOLVIMENTO E VALIDADE CONTEÚDO: ESCALA FOTOGRÁFICAS RELACIONADA AO MODELO MEDO E EVITAÇÃO PARA ATIVIDADES DO OMBRO

Ansanello W, Reis F, Zatiti S, Oliveira AS.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto FMRP-USP, Departamento de Ciências da Saúde

Introdução: O modelo medo-evitação é considerado um modelo explicativo para o desenvolvimento da dor musculoesquelética persistente. A dor no ombro é altamente prevalente e está entre as três queixas de dor musculoesquelética mais comuns. A Escala de Cinesiofobia de Tampa foi projetada para avaliação do modelo medo e evitação e é validada para diferentes populações. Entretanto, alguns pacientes podem apresentar dificuldades para responder à escala Tampa (1), especialmente entre aqueles com baixo nível sociocultural. O objetivo do estudo é desenvolver a escala fotográfica relacionada ao modelo medo e evitação para atividades do ombro em sujeitos com dor persistente no ombro e analisar sua validade conteúdo.

Métodos: O presente estudo seguiu as recomendações do guia prático internacional para o desenvolvimento de escalas (2). Foi selecionado um comitê de especialistas para avaliar os itens para o constructo medo e evitação em sujeitos com dor persistente no ombro. Os itens foram escolhidos entre as Atividades e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) publicadas pela Organização Mundial da Saúde (3). Posteriormente, clínicos e pacientes foram consultados para a validade conteúdo por meio do índice de validade de conteúdo (IVC) para a seleção das fotos para cada item da escala. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Saúde Escola Cuiabá, (CAAE) 79517717.0.0000.5414.

Resultados: O comitê de especialistas foi composto por 3 profissionais experientes em reabilitação do ombro que selecionaram 68 itens da CIF considerados relevantes para a avaliação do segmento. Clínicos e pacientes também foram consultados, restando 19 itens considerados para etapa de validade de conteúdo. As 19 fotos que representaram os itens pré-selecionadas da CIF e que obtiveram IVC acima de 0,8, na análise de dados de 120 clínicos e 45 pacientes, foram consideradas para a versão inicial da escala fotográfica relacionada ao modelo medo e evitação para atividades do ombro por serem julgadas como satisfatórias em representar os itens da CIF (Tabela 1.)

Referências

1. Pool JJM, Hiralal S, Ostelo RWJG, Veer K Van Der, Vlaeyen JWS, Bouter LM, et al. The applicability of the Tampa Scale of Kinesiophobia for patients with sub-acute neck pain : a qualitative study. 2009;773–80.
2. de Vet HC, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. Measurement in medicine. A practical guide. In New York: Cambridge university press; 2011.
3. Farias N, Buchalla CM. A Classificação Internacional De Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas. Rev Bras Epidemiol. 2005;8(2):187–93.

Tabela 1. Itens de Atividades e Participação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para a escala de medo-evitação e valores do índice de validade de conteúdo das fotos selecionadas.

Atividade - Código CIF (índice de validade de conteúdo)	
1-Levantar objetos - CIF: d4300 (93,3)	2-Carregar nas mãos- CIF: d4301 (86,7); 3-Carregar nos braços - CIF: d4302 (86,7); 4-Carregar nos ombros, quadris e costas - CIF: d4303 (86,7); 5-Empurrar CIF: d4451 (80,0); 6-Alcançar- CIF: d4452 (86,7); 7-Jogar - CIF: d4454 (86,7); 8-Dirigir transporte com tração humana - CIF: d4750 (93,3); 9-Lavar partes do corpo CIF: d5100 (93,3); 10-Lavar todo o corpo- CIF: d5101 (93,3); 11-Secar-se - CIF: d5102 (93,3); 12-Cuidar dos dentes - CIF: d5201 (93,3); 13-Cuidar do cabelo e da barba- CIF: d5202 (93,3); 14-Vestir se - CIF: d5400 (86,7); 15-Despir-se - CIF: d5401 (93,3); 16-Comer - CIF: d550 (93,3); 17-Beber - CIF: d560 (93,3); 18-Lavar secar roupa - CIF: d6400 (86,7); 19-Limpar a habitação- CIF: d6402 (93,3)



START BACK E ÖREBRO COMO PREDITORES DE INCAPACIDADE EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA SUBMETIDOS À FISIOTERAPIA

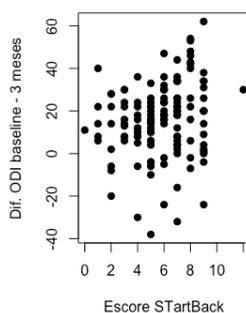
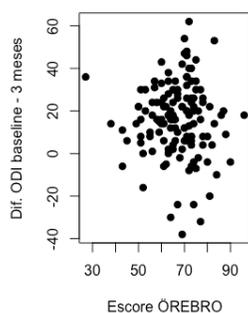
Fernandez J, Belache F, de Souza CP, Pereira P, Castro J, Pinheiro LR, Rocha CCN, Ferreira AS, Meziat Filho N

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Reabilitação, Centro Universitário Augusto Motta, UNISUAM

Introdução: Questionários para triagem foram desenvolvidos para auxiliar os fisioterapeutas a avaliar o risco de um paciente com dor lombar aguda desenvolver dor crônica e incapacidade. Entretanto, existem poucos estudos avaliando os escores e categorizações desses questionários como preditores de melhora em incapacidade em pacientes submetidos a fisioterapia. Este estudo objetiva avaliar se os scores e categorizações obtidos pelos questionários STarT Back Screening Tool e Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire podem ser considerados preditores de incapacidade em pacientes com dores lombares crônicas inespecíficas que foram submetidos à fisioterapia.

Métodos: Estudo observacional longitudinal através da análise secundária do ensaio clínico aleatorizado (CFT vs. Terapia Manual e Exercícios de Controle Motor) realizado na UNISUAM no Rio de Janeiro. Para analisar as associações entre os escores dos questionários e a categorização com a melhora clínica em incapacidade (diferença entre o baseline e o follow up de 3 meses) foi utilizada regressão linear.

Resultados: A amostra analisada (n=132) tinha média de idade de 44,97 anos (DP 11,93) e 72,72% (n=96) eram do sexo feminino. A média do escore do Örebro foi de 66,89 pontos (DP 10,75) enquanto a média do escore do STarTBack foi de 5,75 (DP 2,33). O percentual de participantes com alto risco no Örebro foi de 93,94% (n=124) enquanto os percentuais de participantes com baixo risco, médio risco e alto risco no STarTBack foram 10,61% (n=14), 72,72% (n=96) e 16,67% (n=22) respectivamente. A média de incapacidade no Questionário de Incapacidade Oswestry na linha de base foi de 32,53% (DP 12,08) e a média de incapacidade 3 meses após o início do tratamento foi de 16,56% (DP 16,42). As análises preliminares univariadas mostraram que não houve associação entre o escore do questionário Örebro e melhora em incapacidade em 3 meses ($p=0,26$, gráfico 1), entretanto, foi encontrada associação entre o escore do questionário STarTBack e melhora em incapacidade em 3 meses (beta 1,39, IC 95% 0,11–2,67, gráfico 2) Essa associação não se manteve quando foi utilizada a categorização do STarTBack ao invés do escore ($p=0,26$, gráfico 3).



Gráficos 1 e 2. Correlação entre o escores Örebro e STarTBack e melhora em incapacidade em 3 meses.

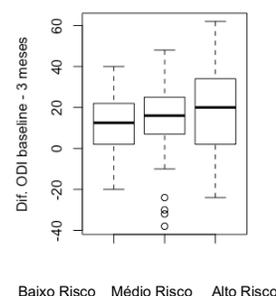


Gráfico 3. Média de melhora em incapacidade estratificada por risco no StartBack.

Conclusão: Cada ponto aumentado no risco do STarTBack previu em cerca de 1,39 pontos de melhora de incapacidade em 3 meses após o início da fisioterapia. O escore do questionário Örebro não se associou com melhora em incapacidade.

Referências:

BELACHE, F. T. C., SOUZA, C. P., FERNANDEZ, J. et al. Trial Protocol: Cognitive functional therapy compared with combined manual therapy and motor control exercise for people with non-specific chronic low back pain: protocol for a randomised, controlled trial. *Journal of Physiotherapy*, v. 64, n. 3, p. 192, 2018.
FRITZ, J.M., BENECIUK, J.M., GEORGE, S.Z. Relationship between categorization with the STarT Back Screening Tool and prognosis for people receiving physical therapy for low back pain. *Phys Ther*. 2011;91(5):722-73

INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA LOMBAR INESPECÍFICA EM IDOSOS, CONSIDERANDO A INTENSIDADE DA DOR, CINESIOFOBIA E INCAPACIDADE

Souza MJC, Campos MM, Rossetti ES, Souza EN, Nogueira HC, Barroso VV, Rabelo KO, Vera MAA, Hortense P, Gramani-Say K

Departamento de Gerontologia, ²Departamento de Enfermagem, Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos-SP

Introdução: A dor crônica é um dos maiores acometimentos relatados durante o ciclo vital, sendo que a Dor Lombar Crônica Inespecífica (DLCI) é considerada uma das principais queixas por idosos, acarretando a uma alta taxa de incapacidade e diminuição do desempenho funcional, nos domínios físicos, psicológicos e sociais, influenciando na qualidade de vida¹. Diante disso, é importante investigar se o tempo de exposição do indivíduo a cronificação dos sintomas dolorosos podem potencializar os prejuízos a sua percepção da dor, manejo das suas atividades e capacidade funcional. Portanto, este estudo teve como objetivo avaliar a influência do tempo de acometimento da dor na intensidade da dor, na cinesiofobia e nas incapacidades geradas pela DLCI aos idosos.

Métodos: O estudo trata-se de uma análise transversal. Participaram do estudo 80 idosos, com 60 anos ou mais, com DLCI de pelo menos seis meses, pontuação de acordo com a escolaridade no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e não apresentaram sintomas depressivos na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Foram excluídos aqueles que realizaram tratamento fisioterapêutico para o manejo da dor nos últimos seis meses, tratamento cirúrgico para o manejo da dor, com diagnóstico de Fibromialgia, doenças inflamatórias ativas, dor lombar relacionada a fraturas prévias de coluna ou membros inferiores, neoplasias e idosos que realizavam atividades desportivas regulares (CEP:1.974.723/2017). Instrumentos utilizados a Escala Numérica de Dor no momento da avaliação e na última semana, Questionário Roland-Morris e Escala Tampa para Cinesiofobia. Os indivíduos selecionados foram divididos em quatro grupos de acordo com os anos de presença da dor (Tabela 1). Foi realizado o teste Kruskal-Wallis ($p \leq 0.05$) (SPSS Statistics 22.0).

Resultados: De acordo com os dados coletados (Tabela 1), notou-se que o tempo de dor influenciou significativamente a intensidade da dor na última semana entre os idosos participantes, sendo que o grupo 3 apresentou maior severidade da dor.

Conclusão: O tempo de cronificação da dor em indivíduos idosos com DLCI influenciou na severidade da intensidade da dor em indivíduos entre 10 e 20 anos. Entretanto, para variáveis relacionadas ao manejo das atividades e capacidade funcional, são necessário mais estudos que investiguem outras variáveis relacionadas à dor crônica, como catastrofização, presença de sensibilização central, ansiedade e depressão.

Referências:

1. FURTADO, R. N. V. et al. Nonspecific low back pain in Young adults: Associated risk factors. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 54, n. 5, p. 371-377, 2014.

Financiamento: Este estudo foi financiado em partes pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código Financeiro Code 001.

Tabela 1. Caracterização dos participantes idosos com Dor Lombar Crônica Inespecífica quanto a Escala Numérica de Dor, Cinesiofobia e Incapacidade, relacionado ao tempo de dor.

Instrumentos	GRUPO 1: 0 A 5 ANOS (n=28)	GRUPO 2: 5,1 A 10 ANOS (n=21)	GRUPO 3: 10,1 A 20 ANOS (n=14)	GRUPO 4: 20,1 ANOS ou + (n=17)	Nível p
Escala Numérica de Dor - Considerando o momento	3,43 ± 2,70	2,81 ± 2,27	5,0 ± 2,54	2,65 ± 2,60	0,064
Escala Numérica de Dor - Considerando a última semana	6,36 ± 2,53	6,67 ± 2,67	8,14 ± 1,61	5,18 ± 2,63	0,022*
Escala Tampa de Cinesiofobia	37,54 ± 7,25	35,52 ± 6,90	34,07 ± 8,26	38,47 ± 8,79	0,228
Questionário Roland-Morris	8,93 ± 4,28	6,90 ± 5,12	7,86 ± 4,26	6,47 ± 4,93	0,157

A INFLUÊNCIA DA EDUCAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA DA DOR NA ATIVIDADE ELÉTRICA MUSCULAR DE IDOSOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA

Campos MM, Rossetti ES, Souza EN, Barroso VV, Nogueira HC, Rabelo KO, Hortense P, Avila MA, Gramani-Say K.

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Federal de São Carlos, UFSCar.

Introdução: Indivíduos com dor lombar crônica inespecífica (DLCI) apresentam disfunções na atividade elétrica dos músculos paravertebrais, com aumento da atividade elétrica dos músculos do tronco quando comparados a indivíduos sem dor. Com isso, o objetivo do presente estudo foi avaliar se a Educação em Neurociência da Dor (END) associada a exercícios do método Pilates pode alterar a atividade elétrica dos músculos extensores do tronco durante tarefas funcionais em idosos com DLCI.

Métodos: Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos. Oitenta idosos foram avaliados e alocados randomicamente em 2 grupos (Grupo END associada ao Pilates – GEP; e Grupo Pilates - GP). Ambos os grupos participaram de 16 aulas de Pilates de Solo (2 vezes por semana, por 8 semanas, com duração de 1 hora), sendo que o GEP participou inicialmente de 3 sessões individuais de END (duração de 30 minutos cada). A análise eletromiográfica avaliou os músculos multifídeos, iliocostais e longuíssimo, bilateralmente, durante as atividades de alcance e levantar antes e após as intervenções. Foi calculado a raiz quadrada da média (RMS), normalizada pela contração isométrica voluntária máxima durante movimento de extensão de tronco. As variáveis de pico e amplitude (mW) foram utilizadas para análise dos dados, bem como a medida do alcance. Foram utilizados os testes estatísticos ANOVA two way de medidas repetidas para comparar os efeitos principais e de interação por grupo e momento de avaliação, e testes T para destacar diferenças entre avaliações pré e pós intervenção inter e intragrupos.

Resultados: Foi encontrada interação entre os grupos nos momentos pré e pós intervenção na tarefa de alcance anterior no músculo iliocostal esquerdo nas variáveis de amplitude ($p=0,019$) e pico ($0,043$) e na variável de amplitude ($p=0,041$) do músculo longuíssimo direito. Não foi encontrada interação entre os grupos em nenhum momento na tarefa de levantar. Houve diferença estatística entre os grupos, com diminuição da atividade elétrica muscular do GEP após a intervenção na tarefa de alcance na amplitude e pico do músculo longuíssimo direito ($p=0,036$; $p=0,031$) e amplitude do músculo iliocostal esquerdo ($p=0,036$).

Conclusão: A associação da END aos exercícios de Pilates diminuiu a atividade elétrica dos músculos longuíssimo direito e iliocostal esquerdo, com manutenção no desempenho na tarefa de alcance.

Referências:

1. Butler HL, Hublely-kozey CL, Kozey JW. Changes in electromyographic activity of trunk muscles within the sub-acute phase for individuals deemed recovered from a low back injury. *Journal of electromyography and kinesiology*. 2013;23(2):369–77.
2. Sánchez-Zuriaga D, López-Pascual J, Garrido-Jaén D, et al. A Comparison of Lumbopelvic Motion Patterns and Erector Spinae Behavior Between Asymptomatic Subjects and Patients With Recurrent Low Back Pain During Pain-Free Periods. *J Manipulative Physiol Ther*. 2015;38(2):130–137.
3. Lima M, Ferreira AS, Reis FJJ, et al. Chronic low back pain and back muscle activity during functional tasks. *Gait Posture*. 2018;61:250-256; 4. Nava GTA, Tozim BM, Morcelli MH, et al. Influence of pain in strength, resistance and recruitment of trunk muscles. *Br J Pain*. 2018;1(4):310-315.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, código 001).

A INFLUÊNCIA DE UM TREINAMENTO BASEADO NO MODELO BIOPSIKOSSOCIAL NAS CRENÇAS E ATITUDES DE FISIOTERAPEUTAS NA DOR LOMBAR CRÔNICA

Silva GZM, Pezolato A, Custódio GAP.

Clínica Effective Fisioterapia de Resultados

Introdução: Desde a introdução do modelo biopsicossocial por George Engel, há um movimento considerável dentro das profissões da saúde, incluindo a Fisioterapia, para o uso deste modelo, com maior apreciação sobre o papel dos fatores psicológicos e sociais na dor musculoesquelética crônica¹. A alta prevalência e incidência de pacientes com dor crônica com evidência acumulada sobre a influência e impacto destes fatores na dor e incapacidade funcional requer do fisioterapeuta conhecimento e competência para atuar com esta população². Tradicionalmente, fisioterapeutas são tidos como linha de frente no tratamento da dor lombar crônica, enfatizando déficits estruturais ou biomecânicos decorrentes de sua base de formação no modelo biomédico, na qual contribui para o desenvolvimento de crenças, atitudes e comportamentos relativos a esta abordagem^{3,4}. Treinamento de fisioterapeutas em abordagens baseadas no modelo biopsicossocial é ainda bastante restrito². O objetivo deste estudo foi examinar o impacto de um treinamento de curta duração de uma abordagem biopsicossocial conhecida como Fisioterapia Informada Psicologicamente nas crenças e atitudes de fisioterapeutas que trabalham com pacientes com dor lombar crônica.

Métodos: Uma amostra compreendida por 60 fisioterapeutas de ambos os sexos (48,3% homens e 51,7% mulheres) participaram do estudo. Todos os participantes concluíram um treinamento de 20 h em Fisioterapia Informada Psicologicamente preceptorado por um único fisioterapeuta no período de janeiro/2018 a março/2019 (4 treinamentos em períodos distintos). Todos os voluntários foram orientados a responder o *Pain Attitudes and Beliefs Scale for Physiotherapists (PABS-PT)*, pré e pós-treinamento. Esta escala foi desenvolvida para avaliar o papel das crenças e atitudes de fisioterapeutas na força de 2 possíveis orientações de tratamento em pacientes com dor lombar crônica⁵. A PABS-PT é composta por 19 itens distribuídos em 2 subescalas, a biomédica (1º ao 10º item) e a biopsicossocial (11º ao 19º item) com pontuação variando entre 0 a 5 pontos (sendo 0= discordo totalmente e 5=concordo totalmente). Altas pontuações em cada escala indicam maior endosso as respectivas orientações no tratamento. A PABS-PT foi traduzida e adaptada transculturalmente para o português-brasileiro⁵.

Resultados e Discussão: Pontuações do PABS-PT demonstraram mudanças pós-treinamento na direção esperada pelos objetivos do curso. Pontuações biopsicossociais aumentaram (pré: 27,3 (± 5,8) e pós: 32,3 (± 5,7), enquanto as biomédicas reduziram (pré: 18,4 (± 8,6) e pós: 8,7 (± 6,4)) para a maioria da amostra.

Conclusão: Este estudo demonstrou que um treinamento em Fisioterapia Informada Psicologicamente de curta duração está associado com mudanças em uma direção biopsicossocial nas crenças e atitudes de fisioterapeutas no tratamento de pacientes com dor lombar crônica.

Referências:

1. Main CJ, George SZ. Psychologically informed Practice for Management of Low Back Pain: Future Direction in Practice and Research. *Phys Ther.* 2011; 91(5): 820-824
2. Jacobs CM, Guildford BJ, Travers W, Davies M, McCracken LM. Brief Psychologically Informed Physiotherapy Training is associated with changes in Physiotherapists' attitudes and beliefs toward working with people with chronic pain. *Br J Pain.* 2016;10(1):38-45
3. Gardner T, Refshauge K, Smith L, McAuley J, Hubscher M, Goodall S. Physiotherapists' beliefs and attitudes influence clinical practice in chronic low back pain: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *J Physiother.* 2017;63(3):132-143
4. Driver C, Kean B, Oprescu F, Lovell GP. Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists toward the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disabil Rehabil.* 2017;39(22):2237-2249
5. Magalhães MO, Costa LOP, Ferreira ML, Machado LAC. Testes clinimétricos de dois instrumentos que mensuram atitudes e crenças de profissionais de saúde sobre a dor lombar crônica. *Rev Bras Físio.* 2011; 15(3): 249-256

A SENSIBILIZAÇÃO CENTRAL EM INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM TENDINOPATIA DE OMBRO

Araújo LP, Rocha C, Bonifácio LP, Santos JM
Universidade Federal de Uberlândia (UFU/ FAEFI)

Introdução: A tendinopatia de ombro é uma condição clínica inflamatória e persistente. Muitas das condições clínicas que evoluem cronicamente baseiam-se na hipótese de alterações nos sistemas de modulação central da dor e são classificadas, de acordo com esses mecanismos, como síndromes de sensibilização central (SC). Quanto maior o tempo de exposição de um indivíduo à dor, maior tendência a SC e maiores as alterações neuroplásticas no SNC. Com base nisso, o objetivo desse trabalho foi avaliar se o tempo de dor apresentado por pacientes com esse diagnóstico correlaciona-se diretamente com o desenvolvimento da SC.

Métodos: O questionário de SC (CSI – validado para a língua portuguesa) foi aplicado em 10 pacientes com diagnóstico de tendinopatia de ombro e em tratamento na clínica de Fisioterapia Traumatológica da Universidade Federal de Uberlândia.

Resultados: Não foi observada correlação entre o tempo de dor e a pontuação no CSI.

Conclusão: O tempo de dor não parece ser um fator preponderante para o desenvolvimento da SC em indivíduos com tendinopatia de ombro. Cabe ressaltar que é um resultado preliminar com amostra muito pequena, o que não permite nenhuma conclusão assertiva sobre tal investigação.

Referências:

1. Nijs J, Torres-Cueco R, van Wilgen P, Gírbés EL, Struyf F, Roussel N, et al. Applying Modern Pain Neuroscience in Clinical Practice: Criteria for the Classification of Central Sensitization Pain. *Pain Physician* 2014; 17:447-457 • ISSN 1533-3159
2. Woolf CJ. Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011; 152:S2-S15.
3. Mayer TG, et al. The Development and Psychometric Validation of the Central Sensitization Inventory (CSI). *Pain Pract* . 2012; 12(4): 276–285.

Tabela 1: Pontuação no CSI e tempo de dor nos indivíduos avaliados. Dados expressos como média +/- DP.

Pontuação CSI		Tempo de dor (em anos)	
>40	<40	>40	<40
50,17	27,75	3,83	5,50
7,57	2,87	2,14	3,11

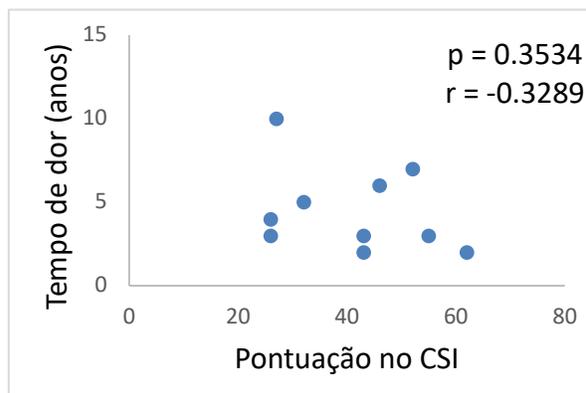


Figura 1. Correlação entre a pontuação no CSI e o tempo de dor nos indivíduos avaliados (Pearson; $p > 0,05$; IC 95% = -0,79 a 0,38).

ALODINIA CUTÂNEA EM PACIENTES COM MIGRÂNEA

Rocha MR, Benatto MT, Bragatto MM, Florêncio LL, Dach F, Grossi DB.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto FMRP/USP, Ribeirão Preto - SP Brasil. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid Espanha

Introdução: A migrânea é uma cefaleia primária¹ que pode ser episódica ou crônica, e é considerada a terceira maior causa de incapacidade no mundo.² Estudos clínicos realizados em populações migranosas apontam que pelo menos dois terços destas apresentam alodinia cutânea.^{3,4} Assim o objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas da migrânea, a incapacidade cervical e da migrânea e a cinesiofobia em indivíduos migranosos com e sem alodinia cutânea.

Métodos: Foram triadas para a amostra 20 mulheres divididas em dois grupos: migrânea sem alodinia cutânea (Idade: 30,10 anos – DP: 5,10; IMC: 24,46 kg/cm² – DP: 5,14) e migrânea com alodinia cutânea (Idade: 31,70 anos – DP: 8,55; IMC: 26,87 kg/cm² – DP: 5,39). Os grupos foram divididos de acordo com o score do questionário ASC –12 (*Allodynia Symptom Checklist*) sendo que o grupo sem alodinia foi composto por mulheres que não apresentavam alodinia e/ou alodinia cutânea leve e no grupo com alodinia cutânea apresentavam alodinia cutânea moderada e severa. O diagnóstico de migrânea das voluntárias foi estabelecido de acordo com a terceira edição da Classificação Internacional de Cefaleia¹. Os grupos foram comparados quanto a dados antropométricos, das características da migrânea e aos questionários: *NDI - Neck Disability Index*, *MIDAS - Migraine Disability Assessment* e a Escala Tampa de Cinesiofobia. Os grupos foram comparados por meio do teste *t-student* sempre adotando o nível de significância de <0,05. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética HCRP Processo nº 6146/2016

Resultados: Os grupos foram semelhantes em relação as características clínicas da migrânea: migrânea sem alodinia cutânea (Frequência: 8,90 dias/mês – DP: 8,45; Intensidade: 9,00 END - Escala Numérica de Dor – DP: 1,33; Duração: 20,60 horas – DP: 16,62; e Anos de doença: 14,90 anos – DP: 7,82) e migrânea com alodinia cutânea (Frequência: 9,30 dias/mês – DP: 8,60; Intensidade: 8,20 END - Escala Numérica de Dor – DP: 1,13; Duração: 18,30 horas – DP: 13,58; e Anos de doença: 15,40 anos – DP: 8,97). Não houve diferença entre a incapacidade cervical por meio do NDI ($p= 0,634$) e tão pouco em relação a incapacidade da migrânea pelo MIDAS ($p=0,169$). Foi verificado uma maior pontuação no questionário TAMPA no grupo com alodinia cutânea (média: 41,10 – DP: 10,56) relação ao grupo sem alodinia cutânea (média: 32,60 – DP: 6,09) ($p=0,041$).

Conclusão: Pacientes com migrânea e com alodinia cutânea tendem a apresentar maior pontuação no questionário TAMPA do que migranosos sem alodinia cutânea.

Referências

1. IHS. ICHD-3 The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. International Headache Society. 2018. p. 211.
2. Queiroz LP, Silva Junior AA. The prevalence and impact of headache in Brazil. *Headache*. 2015;55((S1)):32–8.
3. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, et al. Allodynia in Migraine: Association With Comorbid Pain Conditions. *Headache J Head Face Pain*. 2009 Oct 1;49(9):1333–44.
4. Lipton RB, Bigal ME, Ashina S, Burstein R, Silberstein S, Reed ML, et al. Cutaneous allodynia in the migraine population. *Ann Neurol*. 2008 Feb;63(2):148–58.
5. **Financiamento:** CAPES Financiamento 001

ASSOCIAÇÃO ENTRE O “TEXT NECK” - AVALIADO POR INCLINÔMETRO - E DOR CERVICAL EM ADULTOS

Correia IMT, Saliba G, Meziat Filho N

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Reabilitação, Centro Universitário Augusto Motta, UNISUAM

Introdução: A dor cervical (DC) é a quarta causa de incapacidade no mundo, sendo um potencial transtorno de saúde pública. Com o uso crescente dos smartphones, adquiriu-se novos hábitos posturais durante o uso destes aparelhos e alguns autores sugerem que o “text neck” é a principal causa de DC.¹ Entretanto, essa associação não foi encontrada no primeiro estudo observacional transversal.² Portanto, mais estudos são necessários e o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre “text neck” – avaliado por inclinômetro - e DC entre alunos e funcionários do Centro Universitário Augusto Motta

Métodos: Estudo transversal, etapa inicial de um estudo longitudinal, com amostra preliminar de 324 participantes com idade entre 18 e 65 anos composta por alunos e funcionários de um centro universitário. Os participantes responderam a questões sócio-demográficas, relativas a queixas de dor cervical e foram fotografados durante o uso do celular, simulando uma postura usual do dia a dia, com um inclinômetro CROM (Cervical Range of Motion)³ para quantificar a flexão cervical. Esse procedimento foi realizado com os participantes sentados e em posição ortostática. Foram analisados os valores de angulação para verificar a associação entre dor cervical e a flexão cervical durante o uso do smartphone (“text neck”) através de análise univariada. As análises foram realizadas usando a versão 0.99.486. do RStudio.

Resultados: A média de idade dos participantes foi de 27,7 anos (DP=8,9), 68,2% (n=221) eram do sexo feminino e 16,9% relataram dor cervical. A média de flexão cervical em posição ortostática foi de 37,4 graus (DP=11,7 graus) enquanto a média de flexão cervical sentado foi de 39,8 graus (DP=14,1). A análise preliminar univariada (teste-t não pareado) mostrou que não houve diferença nos ângulos de flexão cervical durante o uso do celular tanto em posição ortostática (DM=2,2 graus; IC 95% 1,18 – 5,59, p=0,2) quanto na posição sentada (DM=2,57 graus; IC 95% 1,52 – 6,68, p=0,26) entre os participantes com e sem queixas de dor cervical (gráficos 1 e 2).

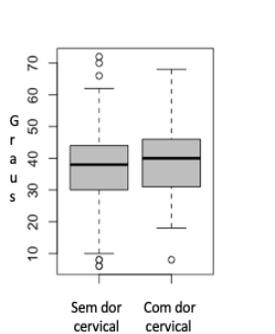


Gráfico 1. Médias de flexão cervical em posição ortostática em participantes com e sem dor cervical

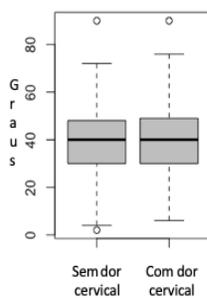


Gráfico 2. Médias de flexão cervical na posição sentada em participantes com e sem dor cervical

Conclusão: Não houve associação entre o “Text neck” - avaliado através da angulação cervical – e dor cervical. Esses resultados reforçam os achados do primeiro estudo transversal de Damasceno et al. (2018).²

Referências

1. Meziat Filho, N., Azevedo e Silva, G., Coutinho, E.S., Mendonça, R., Santos, V., 2016a. Association between home posture habits and neck pain in High School adolescents. *J. Back Musculoskelet. Rehabil.*
2. Damasceno, GM., Ferreira, A.S., Nogueira, L.A.C et al., Text neck and neck pain in 18-21-year-old young adults. *Eur Spine J* (2018b) 27: 1249
3. Tousignant M, Smeesters C, Breton AM, Breton E, Corriveau H. Criterion Validity Study of the Cervical Range of Motion (CROM) Device for Rotational Range of Motion on Healthy Adults. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 2006 Vol36 4 p242 24

AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE FUNCIONAL EM MIGRANOSOS COM E SEM CINESIOFOBIA – ESTUDO PILOTO

Rocha MR, Pinheiro CF, da Silva DC, Carvalho GF, Dach F, Bevilaqua-Grossi D

Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

Introdução: A migrânea é uma cefaleia primária incapacitante.¹ Dentre os principais acometimentos estão os déficits no equilíbrio e na agilidade da marcha.² Além disso, a cinesiofobia também é frequentemente percebida pelos pacientes com migrânea.³ No entanto, não é conhecido se a presença de cinesiofobia piora a mobilidade dos migranosos. Sendo assim, esse estudo piloto tem como objetivo analisar a influência da cinesiofobia no equilíbrio e na mobilidade da marcha de pacientes com migrânea.

Métodos: Foram avaliadas 23 mulheres entre 18 e 55 anos, diagnosticadas com migrânea.¹ De acordo com a pontuação obtida na Escala Tampa de Cinesiofobia, as participantes foram divididas em 2 grupos: Migrânea com cinesiofobia (n=17) e Migrânea sem cinesiofobia (n=6). Todas as participantes realizaram o teste Timed Up and Go (TUG) para avaliação da agilidade e mobilidade durante a marcha. Os grupos foram comparados quanto a idade, características clínicas da migrânea e tempo de realização do TUG, por meio do teste *t-student* ($p < 0,05$). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (Processo nº 14371/2018)

Resultados: Os grupos não apresentaram diferenças em relação à idade, frequência e intensidade da crise de migrânea ($p > 0,05$). O grupo com cinesiofobia apresentou maior tempo para realização do TUG, bem como maior tempo de migrânea e maior duração da crise ($p < 0,05$). Os resultados estão descritos na Tabela 1.

Conclusão: A presença de cinesiofobia pode influenciar a mobilidade da marcha de pacientes com migrânea.

Referências

1. IHS. ICHD-3 The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. International Headache Society. 2018. p. 211.
2. Carvalho GF, Chaves TC, Dach F, Pinheiro CF, Gonçalves MC, Florencio LL, et al. Influence of migraine and of migraine aura on balance and mobility - A controlled study. *Headache*. 2013;53(7):1116
3. Benatto MT, Bevilaqua-Grossi D, Carvalho GF, Bragatto MM, Pinheiro CF, Straceri Lodovichi S, et al. Kinesiophobia Is Associated with Migraine. *Pain Med*. 2018;846–51.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (2015/18031-5).

	Migrânea sem cinesiofobia (n=17)	Migrânea com cinesiofobia (n=6)	Valor p
Idade (anos)	31,41 (7,55)	38,16 (11,70)	0,11
Tempo da doença (anos)	11,47 (6,84)	21,50 (10,03)	0,01
Duração da crise (horas)	21,35 (16,87)	61,00 (17,96)	0,00
Frequência da crise (dias/mês)	9,05 (7,37)	13,66 (6,47)	0,19
Intensidade da crise (END)	6,11 (1,86)	7,66 (2,25)	0,11
Timed Up and Go (seg)	7,18 (0,81)	8,34 (0,92)	0,00

Tabela 1. Média e desvio padrão dos dados demográficos, clínicos e tempo de realização do TUG.

COMPARAÇÃO DE AFETOS POSITIVOS E NEGATIVOS ENTRE INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA NO OMBRO E UM GRUPO CONTROLE

Barbosa AM, dos Reis FJJ, Caseiro M, de Oliveira AS.

Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

Introdução: Os estudos têm mostrado que a dor crônica é frequentemente acompanhada por afetos negativos, depressão, pensamentos catastróficos, medo do movimento e disfunção física, que geram impacto negativo para o indivíduo amplificando o sofrimento^{1,2}. Alguns autores identificam os afetos positivos como uma possibilidade de recurso importante para equilibrar os afetos negativos das situações estressantes^{3,4}. Dessa forma, pessoas com dor crônica que experienciam mais emoções positivas tendem ser mais resilientes que pessoas com menos emoções positivas quando experienciam o sintoma. Portanto, é relevante identificar fatores que podem diminuir a relação entre dor e comportamento⁵. O objetivo desse estudo foi comparar a pontuação da Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) em indivíduos com dor crônica no ombro e um grupo controle.

Métodos: A amostra foi composta por 60 indivíduos com dor crônica no ombro unilateral e não traumática sendo a maioria do sexo feminino, média de idade de 54,1 ($\pm 9,46$) anos, maior acometimento do lado direito e tempo médio de sintomas de 40 meses. Já o grupo controle incluiu 50 voluntários sendo 37 mulheres e 13 homens e média de idade de 44,98 ($\pm 11,75$) anos. O questionário foi aplicado no modelo de entrevista presencial e então o participante indicou a intensidade do sentimento expresso no item referente ao último mês, baseado em uma escala Likert de cinco graus. Os itens foram estruturados com palavras únicas destinadas a refletir esses estados afetivos. Foram 20 palavras sendo 10 relacionadas aos afetos positivos e 10 relacionadas aos afetos negativos.

Resultados: Não foi verificada diferença estatística entre grupo sintomático e assintomático para afetos positivos e negativos conforme tabela 1. Além disso, o teste-t pareado mostra haver diferença entre afetos positivos e negativos intragrupo, tanto no grupo sintomático quanto no assintomático ($p=0,0$).

Conclusão: Para essa amostra específica de pacientes com dor crônica no ombro, existe um equilíbrio dos afetos positivos e negativos. A distribuição desses afetos não foi diferente daquela dos indivíduos de controle, embora indivíduos com dor crônica tenham tido predominância dos afetos positivos. Sugerindo que outros fatores biopsicossociais devam ser elucidados para compreender a experiência dolorosa e potenciais de intervenção.

Referências

1. Flor, H.; Birbaumer, N. Acquisition of Chronic Pain. *APS Journal*. 1994; 3 (2):119-127.
2. Gatchel, R.J. et al. Fear-Avoidance Beliefs and Chronic Pain. *Journal Orthopaedic Sports Physical Therapy*. 2016, 46(2):38-43.
3. Watson, D.; Clark, L.A. Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998,54(6): 1063-1070.
4. Pires, P. et al. Positive and Negative Affect Schedule: Psychometric Properties for the Brazilian Portuguese Version. *Spanish Journal of Psychology*. 2013,16(58):1-9.
5. Thong, I.S.K.; Tan, G.; Jensen, M.P. The buffering role of positive affect on the association between pain intensity and related outcomes. *Scandinavian Journal of Pain*. 2017, 14:91-97.

Tabela1. Resultado da comparação das médias de Afetos Positivos e Negativos no grupo sintomático e assintomático. DP: Desvio Padrão. p valor obtido pelo teste-t independente.

	Média (DP)		p	Diferença média	95% Intervalo de Confiança da Diferença	
	Sintomático	Assintomático			Inferior	Superior
PANAS afetos positivos	34,95 ($\pm 8,93$)	36,54 ($\pm 7,55$)	0,32	-1,59	-4,75	1,57
PANAS afetos negativos	24,32 ($\pm 8,58$)	21,70 ($\pm 7,21$)	0,09	2,61	-0,41	5,64

CORRELAÇÃO DA ÁREA CORPORAL DOLOROSA E ESCORE DO *CENTRAL SENSITIZATION INVENTORY* (CSI) EM INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA UNILATERAL NÃO TRAUMÁTICA NO OMBRO

Caseiro M, dos Reis FJJ, Barbosa AM, de Oliveira AS

Departamento de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

Introdução: A relação entre dano tecidual e dor nos indivíduos com dor crônica musculoesquelética tem sido amplamente criticada. Além disso, pacientes com condições crônicas podem apresentar fatores psicossociais associados ou não com a extensão da área corporal dolorosa¹. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi avaliar a correlação entre a área corporal dolorosa de pacientes com dor crônica e unilateral no ombro e o escore do inventário de sensibilização central.

Métodos: A amostra foi composta por 59 indivíduos, sendo 44 mulheres e 15 homens, com dor crônica no ombro unilateral e não traumática. A mensuração da área dolorosa foi realizada por um aplicativo de desenho Sketchbook instalado em um tablet de 9,7 polegadas (Samsung® Eletronics, Galaxy Tab A, Seul, ROK)¹. O indivíduo marcou a área de dor através de uma caneta para tablet em imagens de mapa corporal anterior e posterior que foram importadas para o aplicativo e posteriormente analisadas através do programa Body Chart Analyser V1.6 que nos quantificou a área dolorosa. O Inventário de Sensibilização Central (CSI), traduzido e validado para o português², foi aplicado no modelo de entrevista presencial. O instrumento possui 25 perguntas sobre sintomas que podem estar associados a sensibilização central (Parte A) além do questionamento sobre 10 possíveis diagnósticos recebidos (Parte B). O escore total varia de 0-100 pontos e o participante deveria indicar a frequência desses sintomas, baseado em uma escala *Likert* de cinco pontos que variou de 0 a 4.

Resultados: A média de idade foi de 54,24 anos e tempo médio de sintomas de 39,86 meses. A porcentagem média da área corporal dolorosa foi de 4,64 (DP=4,94) e do escore do CSI foi de 35,33 (DP=17,83) pontos. A correlação entre as variáveis (correlação de *Spearman*) mostrou correlação positiva e moderada entre área e o escore do CSI ($\rho = 0,569$; $p < 0,001$).

Conclusão: Para indivíduos com dor crônica no ombro, a presença de mais sintomas autorrelatados de sensibilização central se correlacionou com a extensão da área corporal dolorosa.

Referências

1. Reis F. J. J. et al. Association between pain drawing and psychological factors in musculoskeletal chronic pain: A systematic review. *Physiotherapy theory and practice*. 2019; 35 (6):533-542.
2. Caumo W. et al. The Central Sensitization Inventory validated and adapted for a Brazilian population: psychometric properties and its relationship with brain-derived neurotrophic factor. *Journal of Pain Research*. 2017, 1(10):2109-2122.

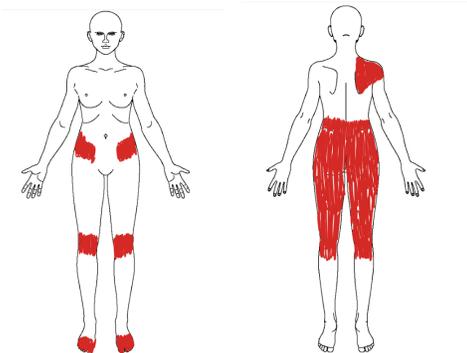


Figura 1. Mapas corporais com área dolorosa demarcada e escore do CSI.

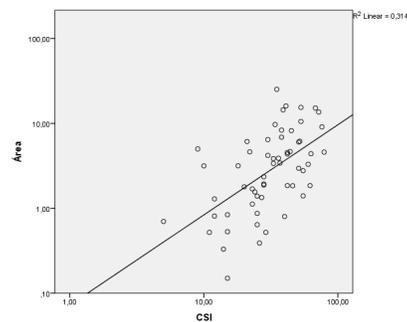


Figura 2. Correlação entre área corporal dolorosa

CORRELAÇÃO ENTRE AVALIAÇÃO DA DOR E ASPECTOS EMOCIONAIS EM INDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO

Moreira VMPS, Soares FS, Faria MN, Queiroz AS, Alves LV, da Silva MD, Martins LA, Curi GOBC, Silva GM.; Coelho LT, Martins ACF, Freitas SS, Dionísio VC.

Laboratório de Neuromecânica e Fisioterapia, Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, UFU

Introdução: A dor é o principal sintoma da osteoartrite de joelho (OAJ). Pode ser modulada por muitos fatores, dentre eles, os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Muitos estudiosos têm correlacionado a dor aos aspectos emocionais, porém com avaliação da dor limitada¹. Afim de ampliar as pesquisas na área, o presente estudo teve por objetivo verificar a correlação entre a dor avaliada de forma objetiva através do limiar de dor por pressão (LDP), e de forma subjetiva através da aplicação de questionários McGill, WOMAC e os aspectos emocionais em pacientes com OAJ.

Métodos: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Uberlândia, sob o Protocolo 2.096.045 em 06/17. Os critérios de elegibilidade do estudo foram: ter entre 50 a 80 anos; diagnóstico de OAJ de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia²; ter dor no joelho por 6 meses ou mais; Escala visual analógica igual ou acima de 3; além de evidência radiológica de acordo com os critérios de Kellgren e Lawrence em um ou mais compartimentos do joelho, uni ou bilateralmente. Foram excluídos os participantes portadores de outras alterações musculoesqueléticas, doenças inflamatórias crônicas, alterações neuromusculares, além de outras enfermidades mentais, que dificultam o entendimento e a execução das tarefas exigidas. Assim, foram elegíveis 90 indivíduos, com média de idade de 62,68±8,20 anos. Todos os indivíduos tiveram os LDPs avaliados através de um dolorímetro nos seguintes pontos: dermatômos L2, L3 e L4, miótomos vasto medial oblíquo, glúteo médio, tibial anterior e extensor radial curto do carpo e nos esclerótomos bursa da pata de ganso, tendão patelar e os ligamentos supra-espinhosos nas áreas entre as vértebras L3-L4. Além disso, os indivíduos responderam os seguintes questionários: questionário de MCGILL, WOMAC, Depressão de Beck e Escala de Pensamentos Catastróficos sobre Dor. A correlação entre as variáveis foi feita pelo teste de Coeficiente de Correlação de Spearman, considerando $p < 0,05$. A correlação foi classificada como: fraca: 0,10–0,39; moderada 0,40–0,69 e forte 0,70–0,89³.

Resultados: Foram verificadas correlações positivas e moderadas ($R < 0,60$) entre os questionários MCGILL, WOMAC dor com os aspectos emocionais. Em relação aos valores de LDP, foi verificada apenas uma correlação negativa e fraca ($R < 0,39$) com o questionário de depressão de Beck.

Conclusão: Em indivíduos com OAJ, os aspectos emocionais (depressão e catastrofização) estão mais relacionados à avaliação subjetiva da dor (aplicação de questionário) do que a avaliação mais objetiva da dor (hiperalgesia primária e secundária por LDP). Sugere-se que o acompanhamento psicológico associado ao tratamento fisioterapêutico possa apresentar melhores resultados nessa população.

Referências

1. Sharma A, Kudesia P, Shi Q, Gandhi R. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges. *Open Access Rheumatol*. 2016;8:103–113.
2. Altman R, Asch E, Bloch D et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: Classification of osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum.*, 1986, 29(8): 1039–1049.
3. Schober P, Schwarte LA. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 2018, 126(5):1763–1768.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG, processo nº01/17/CDS APQ 00146 17).

Tabela 1. Correlação entre as medidas de dor e os aspectos emocionais.

AVALIAÇÃO DA DOR OBJETIVA	Aspectos Emocionais	
	Questionário de Depressão de Beck R (valor de p)	Escala de Pensamentos Catastróficos
LDP (Kg/cm ²)		
-Próximos ao Joelho (L3, L4, VMO, TA, TP, PG)	-0.25 (0.02)	NS
-Distantes do ao Joelho (L2, GM, ERCC, L3-L4)	NS	NS
AVALIAÇÃO DA DOR SUBJETIVA		
Questionário MCGILL	0.30 (0.01)	0.47 (0.01)
Sub-escala DOR do WOMAC	0.40 (0.01)	0.60 (0.01)

LDP: Limiar de dor por pressão; NS = não significativo; VMO: vasto medial oblíquo; GM: glúteo médio; TA: tibial anterior; ERCC: extensor radi: curto do carpo; PG: bursa da pata de ganso; TP: tendão patelar; L3-L4: ligamento supra-espinhoso na área entre as vértebras L3-L4.

DIFERENÇA DE SEXO NA DOR E SUA RELAÇÃO COM OS ASPECTOS EMOCIONAIS EM INDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO

Curi GOBC, Moreira VMPS, Soares FS, Queiroz AS, Martins LA, Silva GM, Coelho LT, Martins ACF, Alves LV, Freitas SS, Faria MN, Dionisio VC.

Laboratório de Neuromecânica e Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, UFU

Introdução: A dor crônica na osteoartrite de joelho (OAJ) envolve uma experiência sensorial complexa que parece estar vinculada as regiões cerebrais relacionadas à emoção¹. As mulheres respondem à dor incluindo sentimentos emocionais mais evidentes, logo, podem ser mais propensas à hiperalgesia. O objetivo deste estudo foi avaliar a sensação dolorosa e os aspectos emocionais em indivíduos com OAJ, verificando a diferença entre os sexos e a correlação entre as variáveis.

Métodos: Foram avaliados 42 indivíduos com OAJ e idade ≥ 50 , sendo 21 mulheres (61,71 \pm 8,79) e 21 homens (62,19 \pm 8,86). Os níveis de dor foram mensurados pelo limiar de dor por pressão (LDP)², e os aspectos emocionais foram avaliados por meio do questionário de depressão de Beck (QDB), da escala de pensamentos catastróficos (EPC) e da escala de afeto positivo e negativo (PANAS). O teste t de amostras independentes testou a hipótese de que haveria diferença entre sexos. O teste de correlação de Pearson foi aplicado para verificar as correlações entre o LDP e os aspectos emocionais em cada grupo (0,10–0,39 fraca, 0,40–0,69 moderada e 0,70–0,89 forte)³.

Resultados: As mulheres obtiveram menores níveis de LDP (5,82 \pm 1,82) quando comparadas aos homens (8,46 \pm 2,04), com tamanho do efeito maior que 0,4. Além disso, apresentaram maiores escores relacionados aos aspectos emocionais (14,06 \pm 7,21) quando comparadas aos homens (10,76 \pm 6,33). Foram observadas correlações fracas, moderadas e fortes dos LDPs com os homens (negativa) e fraca correlação dos questionários com as mulheres (positivas).

Conclusão: As mulheres com OAJ apresentam maior intensidade de dor e fraca correlação com as variáveis de mensuramento dos aspectos emocionais.

Referências

1. M. C. Bushnell, M. Čeko, and L. A. Low, "Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain," *Nat. Rev. Neurosci.*, vol. 14, no. 7, pp. 502–511, 2013. R.
2. V. Wylde, S. Palmer, I. D. Learmonth, and P. Dieppe, "Test-retest reliability of Quantitative Sensory Testing in knee osteoarthritis and healthy participants," *Osteoarthr. Cartil.*, vol. 19, no. 6, pp. 655–658, 2011.
3. P. Schober and L. A. Schwarte, "Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation," *Anesth. Analg.*, vol. 126, no. 5, pp. 1763–1768, 2018.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG, processo nº 01/17/CDS APQ 00146 17).

Tabela 1. Correlação da variável sexo com os LDPs e questionários que avaliaram os aspectos emocionais.

Variáveis	R	Valor de P	Variáveis	R	Valor de P	Variáveis	R	Valor de P
L2_D	-0.54	0.001*	VMO_D	-0.41	0.007*	ERC_D	-0.45	0.003*
L2_E	-0.28	0.070	VMO_E	-0.44	0.004*	ERC_E	-0.63	0.001*
L3_D	-0.21	0.188	TA_D	-0.76	0.001*	QDB	0.38	0.013*
L3_E	-0.38	0.014*	TA_E	-0.56	0.001*	EPC_DES	0.27	0.087
L4_D	-0.53	0.001*	TP_D	-0.46	0.002*	EPC_MAG	0.31	0.042*
L4_E	-0.64	0.001*	TP_E	-0.52	0.001*	EPC_RUM	0.25	0.115
GM_D	-0.55	0.001*	PG_D	-0.58	0.001*	EPC_T	0.27	0.087
GM_E	-0.62	0.001*	PG_E	-0.54	0.001*	PANAS_AP	-0.22	0.170
			L3_L4	-0.18	0.254	PANAS_AN	0.30	0.057

D = direito, E = esquerdo, L2, L3, L4 = dermatômos, TA = tibial anterior, GM = glúteo médio, VMO = vasto medial oblíquo, ERC = extensor radial do carpo, TP = tendão patelar, PG = [pata de ganso](#), L3-L4 = esclerôtomos entre L3-L4, DES = desesperança, MAG = magnificação, RUM = ruminância, T = total, AP = afeto positivo, AN = afeto negativo, * (p<0,05).

DOR E INCAPACIDADE CRANIOCERVICAL EM UNIVERSITÁRIOS DE FISIOTERAPIA E ODONTOLOGIA COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Santana NMF, de Araújo CC, Oliveira ABB, Machado JK.

Grupo de Estudos Comportamento Motor e Alterações Neurológicas, Universidade Estadual do Norte do Paraná, UENP

Introdução: A Academia de Dor Orofacial (AAOP) define a Disfunção Temporomandibular (DTM) como um grupo de sinais e sintomas musculoesqueléticos e neuromusculares que envolve as articulações temporomandibulares, os músculos mastigatórios e os cervicais¹. Frequentemente a DTM se associa com dores de cabeça e pescoço, assim como também com incapacidades da região cervical. A íntima relação, anatômica e funcional, entre a ATM, o crânio e a cervical pode justificar a ocorrência dessas alterações². Sabe-se que a etiologia da DTM é multifatorial, englobando desde fatores anatômicos à psicossociais³, assim, os universitários principalmente da área da saúde são uma faixa da população extremamente vulnerável a desenvolver DTM. Dessa forma, o objetivo do estudo foi avaliar a presença de dores de cabeça e pescoço e a incapacidade cervical em universitários do curso de fisioterapia e odontologia com DTM.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal realizado na Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP), Jacarezinho-PR, aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UENP, sob parecer nº 2.407.595. A amostra foi composta por 68 universitários do curso de fisioterapia e odontologia, de ambos os sexos e com idades entre 17 a 31 anos. Para verificar a presença de DTM foi utilizado o “Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders” (RDC/TMD) classificando os participantes em grupos com e sem DTM, e em subgrupos (DTM mista, sendo ela muscular e articular, DTM apenas articular e DTM apenas muscular). O questionário “Neck Disability Index” (NDI) foi aplicado para verificar a incapacidade cervical e as dores de cabeça e pescoço. A análise estatística foi realizada pelo software SPSS, pelas suas médias, desvios-padrões e porcentagens, inicialmente foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados e após isso, foi verificado os percentis do n absoluto da amostra e considerado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes.

Resultados: Dos 68 universitários avaliados, 71% foram diagnosticados com DTM e 29% sem DTM. Em relação aos subgrupos gerados pelo RDC/TMD, a maioria dos universitários apresentaram classificação de DTM articular (69%), seguida por DTM mista (muscular e articular) (27%). Dos 48 indivíduos portadores de DTM, 33 (69%) apresentaram incapacidade cervical relacionados as dores de cabeça e pescoço. Quanto as dores nos indivíduos portadores de DTM, 48% destes apresentaram dores de cabeça e 20% dores no pescoço, totalizando 68% de indivíduos com dor craniocervical, apenas 32% dos indivíduos com DTM não apresentou nenhuma dor. Houve diferença estatística entre o grupo com e sem DTM e a presença de dor craniocervical ($p=0.003$), onde o grupo com DTM apresentou mais dor craniocervical. Entre os subgrupos de DTM, foi demonstrado que os indivíduos com DTM mista apresentaram mais dor craniocervical em relação ao subgrupo de DTM muscular e DTM articular, sendo considerado $p<0,05$.

Conclusão: Através deste estudo é possível concluir que a presença de dor craniocervical entre os estudantes universitários com DTM foi alta e significativa, demonstrando que está condição produz sintomas dolorosos não somente na ATM, mas também em estruturas vizinhas como a cabeça e a cervical, e isto pode caracterizar um fator de risco para determinada população, visto que a dor é um dos principais fatores limitantes socialmente.

Referências

1. Biasotto-Gonzalez DA, Andrade DV, Gonzalez T.de O, Martins MD, Fernandes KPS, Corrêa JCF, Bussadori SK. Correlação entre disfunção temporomandibular, postura e qualidade de vida. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.* 2008;18(1):79-86.
2. da Costa DR, de Lima Ferreira AP, Pereira TA, Porporatti AL, Conti PC, Costa YM, Bonjardim LR. Neck disability is associated with masticatory myofascial pain and regional muscle sensitivity. *Arch Oral Biol.* 2015;60(5):745-52.
3. COSTA, L. M. R. et al. Effect of the method Pilates on women with temporomandibular disorders: A study protocol for a randomized controlled trial. *Journal of Bodywork & Movement Therapies,* 2016;20(1):110-114.

EFEITO DO MÉTODO PILATES SOLO E DO RELAXAMENTO DE JACOBSON EM PACIENTES COM DOR LOMBAR CRÔNICA: INTENSIDADE DA DOR E DOS MEDOS E CRENÇAS

Junqueira C, Moreira SS, Sampaio WN, Mitre NCD, Lage PTS, Chaves CM

Universidade de Itaúna, UIT

Introdução: A dor lombar crônica (DLC) possui alta incidência, podendo evoluir com sintomas dolorosos permanentes, sendo considerada um problema de saúde pública. Embora as causas da DLC sejam multifatoriais e complexas, estudos mostram que está relacionada a fatores etiológicos como características sociodemográficas, hábitos de vida diária, fatores físicos e psicossociais. Assim, o presente estudo teve por objetivo, avaliar a intensidade da dor e dos medos e crenças através de exercícios de estabilização de tronco do Método Pilates solo e da Técnica de Relaxamento de Jacobson.

Métodos: A amostra deste estudo 26 indivíduos, distribuídos aleatoriamente em dois grupos de tratamento: o Grupo Pilates (GP) com idade média de 46 ± 12 , onde foram realizados exercícios de estabilização de tronco do Método Pilates e o Grupo Relaxamento (GR) com idade média de 45 ± 14 sendo aplicada a Técnica de Relaxamento de Jacobson. Os indivíduos foram avaliados através da Escala Numérica de Dor (END) para mensurar o nível da dor em repouso e em movimento, e do Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) para avaliar os medos e crenças dos indivíduos em relação à atividade física e o trabalho. Foram realizadas duas avaliações, sendo a primeira antes do início da intervenção e a segunda com 18 atendimentos. As variáveis foram comparadas com distribuição normal através de ANOVA seguida de pós-teste de Bonferroni para múltiplas comparações entre os grupos. Foi utilizado o teste *t* de Student pareado para comparação dos dados na mesma amostra. Os testes foram efetuados no nível de 5% de significância.

Resultados: Os indivíduos do GP obtiveram uma melhora significativa na dor tanto no repouso (média inicial: 4,5; média final: 0,93; $p < 0,05$) quanto em movimento (média inicial: 7,57; média final: 3,79; $p < 0,05$); no FABQ mostraram melhora significativa após o período de intervenção (média inicial: 44,57; média final: 32,07; $p < 0,05$), como pode ser observado nas figuras 1 e 2 respectivamente. O GR não obteve melhora significativa na dor e no FABQ.

Conclusão: Exercícios de estabilização de tronco do Método Pilates, mostrou ser eficiente para melhorar a dor nos indivíduos com DLC tanto em repouso como em movimento e também apresentou uma melhora significativa nos medos e crenças.

Referências

1. Kopf, A.; Patel, N. B. Guide to Pain Management. IASP Associação Internacional para o Estudo da Dor. 2010.
2. Van Dieen, J.H.; Flor, H.; Hodges, P.W. Low-Back Pain Patients Learn to Adapt Motor Behavior With Adverse Secondary Consequences. Exercise and Sport Sciences Reviews. 2017; 45 (4): 223-229.
3. Feitosa, A.S.; LOPES, J.B.; BONFA, E.; HALPERN, A.S.R. A prospective study predicting the outcome of chronic low back pain and physical therapy: the role of fear-avoidance beliefs and extraspinal pain. Revista brasileira de reumatologia. 2016; 56 (5): 384-390.
4. Yamato, T.P., Maher, C.G.; Saragiotto, B.T.; Hanconck, M.J.; Ostelo, R.W.J.G.; Cabral, C.M.N.; Costa A, L.C.M.; Costa, L.O.P. Pilates for low back pain. São Paulo Medical Journal. 2016; 134 (4): 366-367.

Tabela 1. Escores da média da Escala Visual Numérica e Fear Avoidance Beliefs Questionnaire início/meio/fim

	GR (n=12)			GP (n=14)		
	INÍCIO	MEIO	FINAL	INÍCIO	MEIO	FINAL
EVN						
REPOUSO	5,25	3,42	3,33	4,5	2,07*	0,93*
MOVIMENTO	7,25	4,58	4,8	7,57	3,85	3,79*
FABQ	43,25	42,33	45,4	44,57	42	32,07*

EXPECTATIVA DE MELHORA COMO PREDITOR DE INCAPACIDADE EM INDIVÍDUOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA SUBMETIDOS À FISIOTERAPIA

Belache FATC, Fernandez J, de Souza CP, Castro J, Pereira P, Pinheiro LR, Rocha CCN, Meziat Filho N.
Centro Universitário Augusto Motta, UNISUAM.

Introdução: Expectativa tem como definição ser uma crença sobre a probabilidade da ocorrência de algo no futuro que incorpora aos seus valores e que pode mudar ao longo do tempo. São poucos os estudos que avaliaram a expectativa de melhora como preditor de melhora em incapacidade em indivíduos com dores lombares crônicas e os resultados são controversos. Portanto o objetivo do presente estudo foi de investigar se quanto maior é a expectativa de melhora com a fisioterapia maior seria a diminuição de incapacidade após 3 meses de tratamento.

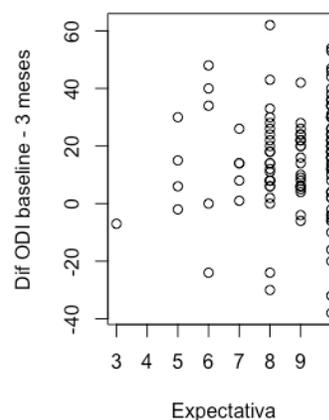
Métodos: Estudo observacional longitudinal através da análise secundária do ensaio clínico aleatorizado (CFT vs. Terapia Manual e Exercícios de Controle Motor) realizado no Centro Universitário Augusto Motta no Rio de Janeiro. A expectativa de melhora foi avaliada na linha de base com a pergunta: “Qual a sua expectativa de melhora com o tratamento proposto, em uma escala de 0 a 10, onde o 0 (zero) seria sem expectativa e 10 (dez) a maior expectativa possível.” Para analisar as associações entre os escores de expectativa de melhora de com a melhora clínica em incapacidade (diferença no escore do questionário Oswestry de incapacidade entre o baseline e o follow up de 3 meses) foi utilizada regressão linear.

Resultados: A amostra analisada (n=132) tinha média de idade de 44,97 anos (DP 11,93) e 72,72% (n=96) dos participantes eram do sexo feminino. A média da expectativa de melhora foi de 8,96 (DP 1,42). A média de incapacidade na linha de base foi de 32,53% (DP 12,08) e a média de incapacidade 3 meses após o início do tratamento diminuiu para 16,56% (DP 16,42). As análises preliminares univariadas mostraram que não houve associação entre expectativa de melhora e melhora em incapacidade após 3 meses de fisioterapia (beta 1,2 IC 95% -0,97 – 3,37, p=0,27, gráfico 1).

Conclusões: Expectativa de melhora avaliada por escala de 0 a 10 não previu diminuição da incapacidade em pacientes com dores lombares crônicas inespecíficas submetidos à fisioterapia.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - código 001.

Gráfico 1. Correlação entre expectativa de melhora e melhora em incapacidade em 3 meses



Referências

- Burcu TEK, Bayram ÜNVER, Vasfi KARATOSUN. Expectations in patients with total knee arthroplasty. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2012;46(3):174-180. doi:10.3944/AOTT.2012.2655
- Mancuso CA., Reid MC., Duculan R., Girardi FP. Improvement in Pain after Lumbar Spine Surgery: the Role of Preoperative Expectations of Pain Relief. *Clin J Pain* . 2017 February ; 33(2): 93–98.
- Barth J, Kern A, Lüthi S, et al. Assessment of patients' expectations: development and validation of the Expectation for Treatment Scale (ETS). *BMJ Open* 2019;9:e026712. doi:10.1136/bmjopen-2018-026712
- Mannion AF, Kampfen S, Munzinger U, Kramers-de Quervain I. The role of patient expectations in predicting outcome after total knee arthroplasty. *Arthritis Res Ther.* 2009;11:R139.
- Gandhi R, Davey JR, Mahomed N. Patient expectations predict greater pain relief with joint arthroplasty. *J Arthroplasty.* 2009; 24:716–721.
- Saban KL, Penckofer SM. Patient expectations of quality of life following lumbar spinal surgery. *J Neurosci Nurs.* 2007;39:180–189.

O TREINAMENTO DE CONTROLE MOTOR CERVICAL ALIVIA A DOR E MELHORA A QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR: ESTUDO PILOTO

Souza AISO, Sales LRV, Coutinho ADF, Oliveira DA

Departamento de Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco, UFPE

Introdução: Pacientes com disfunção temporomandibular (DTM) apresentam mudanças no comportamento e função muscular, com ativação reduzida dos músculos cervicais profundos e exacerbada dos músculos superficiais. As alterações de controle motor da musculatura cervical resultam na piora da dor e qualidade de vida relacionada à saúde bucal^{1,2}.

Objetivo: Analisar o efeito do treinamento de controle motor da musculatura cervical no alívio da dor e melhora da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em pacientes com DTM.

Métodos: No presente estudo foram incluídas mulheres com dor orofacial nos últimos 6 meses com diagnóstico de dor miofascial mastigatória baseado no RDC/TMD. A intensidade da dor foi mensurada pela escala visual analógica (EVA)³ e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal pelo questionário *Oral Health Impact Profile* - versão simplificada⁴. As voluntárias foram divididas randomicamente em dois grupos: treinamento e controle. O grupo treinamento realizou o treino de controle motor da musculatura cervical o qual foi dividido em duas fases: fase 1 o treinamento foi orientado a partir do feedback visual com unidade pressórica (*Stabilizer*) sob o osso occipital, a participante realizava um movimento de flexão crânio-cervical iniciando com o aparelho inflado a pressão de 20mmHg, além do exercício para musculatura extensora onde as pacientes realizaram os movimentos de extensão, flexão e a rotação crânio-cervical numa posição ventral apoiados nos cotovelos a 90° de flexão. A 2ª fase do treinamento teve duração de 2 semanas e consistiu em exercícios de fortalecimento da musculatura flexora e extensora cervical utilizando o peso da cabeça como carga. O grupo controle recebeu tratamento placebo com ultrassom terapêutico desligado durante o atendimento. Ambos os grupos receberam tratamento semanal durante oito semanas. A comparação entre o antes e depois intra grupo foi realizada com teste T para amostras pareadas, enquanto na comparação entre grupos foi utilizado o teste T para amostras independentes. Também foi analisada a relevância clínica dos dados, com o cálculo do tamanho de efeito (ES) e da mínima diferença importante (MDI).

Resultados: Foram incluídas 30 voluntárias, 15 no grupo tratamento (25,6 (DP 6,3) anos) e 15 no grupo controle (22,6 (DP 4,1) anos). Ambos os grupos apresentaram alívio da dor após o tratamento, no entanto a melhora do grupo treinamento foi superior ao grupo controle com diferença entre médias (DM) de - 3,1 [IC95% = - 4,3; -1,5] na EVA. Somente o grupo treinamento teve melhora na qualidade de vida com DM de 10,6 [IC95% = 5,3; 16], superior ao placebo com DM de - 8,1 [IC95% = -15,6; -1,1] pontos (tabelas 1 e 2).

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Referências

1. Armijo-Olivo S, Magee D. Cervical Musculoskeletal Impairments and Temporomandibular Disorders. *J Oral Maxillofac Res.* 2012. doi:10.5037/jomr.2012.3404
2. Conti PCR, De Azevedo LR, De Souza NVW, Ferreira FV. Pain measurement in TMD patients: Evaluation of precision and sensitivity of different scales. *J Oral Rehabil.* 2001.
3. Chaves TC, Oliveira AS, Grossi DB. Main instruments for assessing temporomandibular disorders, part II: diagnostic criteria; a contribution to clinicians and researchers Portuguese]. *Fisioter e Pesqui.*

Tabela 1 Análise dos desfechos primários do estudo (intensidade da dor e qualidade de vida relacionada à saúde bucal) antes e após tratamento.

Variáveis	Antes (DP)	Depois (DP)	DM [pré vs pós (IC)]	ES	MDI	P Valor	
EVA	Grupo treinamento	6,9 (1,7)	1 (1)	5,9 (4,5; 7,2)	4,2	0,7	>0,001
	Grupo controle	7,7 (1,2)	4,1 (2,4)	3,6 (2,1; 5)	3	0,6	>0,001
OHIP - 14	Grupo treinamento	16 (7,2)	5,1 (4,5)	10,6 (5,3; 16)	2	2,6	0,001
	Grupo controle	19,1 (10)	13,5 (12,8)	5,6 (0,5; 10,8)	0,7	3,8	0,034

EVA: Escala Visual Analógica; OHIP-14: Questionário de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde Bucal; DP: desvio padrão; DM: diferença entre médias; IC: Intervalo de confiança; ES: Tamanho de efeito; MDI: mínima diferença importante.

Tabela 2 Análise dos desfechos primários do estudo (intensidade da dor e qualidade de vida relacionada à saúde bucal) antes e após tratamento.

Variáveis	Grupo treinamento	Grupo controle	DM [pré vs pós (IC)]	ES	MDI	P Valor
EVA	1 (1)	4,1 (2,4)	-3,1 (-4,3; -1,5)	2,8	0,5	>0,001
OHIP - 14	5,1 (4,5)	13,5 (12,8)	-8,41 (-15,6; -1,1)	2,1	2	0,001

EVA: Escala Visual Analógica; OHIP-14: Questionário de Qualidade de Vida Relacionado à Saúde Bucal; DP: desvio padrão; DM: diferença entre médias; IC: Intervalo de confiança; ES: Tamanho de efeito; MDI: mínima diferença importante.

PROPOSTA DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAR A INFLUÊNCIA DA DOR FANTASMA NO INDIVÍDUO AMPUTADO

Grou TC, Vansan M, De Aguiar A.

Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM; Fundação Hermínio Ometto – FHO

Introdução: Embora a dor no membro fantasma (DMF) seja um mal que acomete grande parte dos indivíduos que sofreram a amputação, a inexistência da padronização de instrumentos para avaliar essa dor apresenta grande variabilidade de resultados dificultando a análise comparativa da mesma¹. Por isso, o objetivo do presente estudo foi desenvolver um instrumento que fosse capaz de qualificar e quantificar a dor fantasma e posteriormente verificar sua aplicabilidade.

Métodos: Após levantamento bibliográfico foi realizada a elaboração de um questionário composto por um cabeçalho para dados do participante, 5 perguntas multidimensionais com itens de A a E, enumerados de 4 a 0, (sendo 4 para maior prevalência dolorosa no cotidiano e 0 para aqueles que nunca a sentiram, sendo escolhido um item de cada pergunta). O resultado foi calculado conforme o valor das respostas assinaladas, gerando um *score* de 20 pontos – 100% de prevalência no cotidiano do indivíduo - Dor cruciante; de 15 a 19 pontos – 75% de prevalência no cotidiano do indivíduo - Dor persistente; de 10 a 14 pontos – 50% de prevalência no cotidiano do indivíduo - Dor incidente; de 5 a 9 pontos – 25% de prevalência no cotidiano do indivíduo - Dor tolerável; de 1 a 4 pontos – 10% de prevalência no cotidiano do indivíduo - Dor decrescente; zero pontos – Dor inexistente.

Na segunda etapa de elaboração o *McGill Pain Questionnaire* (MPQ)² foi usado como base. A partir do questionário original foram usadas 40 palavras sinônimas, dispostas em ordem crescente de intensidade, sendo 20 descritivos na dimensão sensitiva (e.g. esmagamento, cólica, mordida, entre outros) e 20 descritivos de caráter afetivo (e.g. dolorida, aborrecida e pavorosa) divididos em 10 subgrupos. O avaliado escolherá um descritivo nos subgrupos que melhor descrevem sua dor fantasma, não sendo necessário utilizar todos os subgrupos. Se necessário utilizar mais de uma palavra num mesmo subgrupo, contará a de maior intensidade. O título do questionário ficou estabelecido como: Questionário IDF-IA (Influência da Dor Fantasma no Indivíduo Amputado). Após aprovação do CEP/FHO (CAAE:55669816.2.0000.5385) realizou-se a aplicação do questionário em 20 pacientes amputados da Clínica Escola da instituição que aceitaram participar do projeto assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados: A DMF foi presente em 52% dos indivíduos avaliados. Em pacientes com dor ausente (24%) o questionário não foi aplicado, pois a dor não interfere mais no seu cotidiano e remeter às lembranças da experiência dolorosa passada não nos da confiabilidade para utilizar o IDF-IA como parâmetro avaliativo. E 24% nunca tiveram a experiência dolorosa fantasma, classificados como dor inexistente. Probstner³ cita valores de prevalência que variam entre 50 e 80%, havendo uma margem de 20% que não apresentaram tal sensação, o que corrobora com os achados do presente estudo. Após levantamento das características da população e aplicação do IDF-IA, foi possível observar facilidade e boa compreensão das questões abordadas no IDF-IA pelos voluntários.

Conclusão: Até o momento o IDF-IA mostrou-se eficiente para avaliação do indivíduo amputado sendo possível não apenas quantificar a prevalência da dor fantasma no cotidiano do indivíduo, mas qualifica-la a partir de descritivos. Em termos de perspectiva futura busca-se a validação do Questionário IDF-IA.

Referências

1. Filho, S.; Oliveira, J.C.M.; Garcia, A.C.F.; Gervasio, F.M. Tratamento Da Dor Fantasma Em Pacientes Submetidos À Amputação: Revisão De Abordagens Clínicas E De Reabilitação. 2016. Revista Brasileira De Ciências Da Saúde, V.20, N.3, P.241-246.
2. Melzack, R. The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and scoring Methods, Pain, V.L . N.3, P.277-99 , 1975.
3. Probstner, D.; E Thuler, L.C.S. Incidência E Prevalência De Dor Fantasma Em Pacientes Submetidos à Amputação De Membros: Revisão De Literatura. Revista Brasileira De Cancerologia. 2006; V.52, N.4, P.395-400.

RELAÇÃO DO LIMIAR DE DOR POR PRESSÃO COM A FUNÇÃO FÍSICA E FORÇA MUSCULAR EM INDIVÍDUOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHO

Queiroz AS, Martins ACF, Soares SS, Silva GM, Curi GBC, Martins LA, Coelho LT, Alves LV, Faria MN, Freitas SS, Moreira VMPS, Dionísio VC.

Laboratório de Neuromecânica e Fisioterapia, Universidade Federal de Uberlândia, UFU

Introdução: A osteoartrite de joelho (OAJ) é uma doença crônica degenerativa, sendo os principais sintomas a dor, fraqueza muscular e incapacidade física (1,2). Apesar disso, não foram encontrados estudos que relacionassem essas variáveis nesses indivíduos, em graus leve e moderado de severidade. Portanto, o objetivo desse estudo foi investigar a relação da dor, força muscular e função física em indivíduos com osteoartrite de joelho leve e moderada.

Métodos: A amostra foi composta por 46 indivíduos com diagnóstico de OAJ, acima de 50 anos e com dor ≥ 3 na Escala Visual Analógica (EVA). A avaliação da dor foi feita pelo Limiar de Dor por Pressão (LDP) utilizando um dolorímetro (EMG System) em pontos de dermatômos, miótomos e esclerótomos pré-determinados. A força muscular foi avaliada através de uma célula de carga nos músculos quadríceps femoral (QF), abdutores do quadril (AB) e tibial anterior (TA), bilateralmente (direito – D e esquerdo – E). Para avaliação da função física, aplicou-se o questionário Western Ontario and McMaster Universities (WOMAC), específico para OAJ. Para correlacionar os LDPs com os escores do WOMAC e os valores da força muscular foi utilizado o teste de correlação de Pearson, adotando um nível de confiança de 95% ($p \leq 0,05$). Foi considerada correlação fraca os valores de R entre 0 e 0.39, moderada entre 0,40 a 0.69 e forte igual ou acima de 0.70 (3).

Resultados: Foi encontrada correlação fraca e negativa, entre força muscular do QF com domínio WOMAC função e total (Tabela 1). Na correlação de dor com força muscular foram encontradas correlações fracas e moderadas da força muscular de QF e AB com pontos de LDPs (Tabela 2). Não houve nenhuma correlação entre o LDP, o domínio WOMAC dor e VAS.

Conclusão: Nos pacientes com OAJ, quanto maior a força muscular, melhor será sua função física e também maior será o limiar de dor em pontos específicos relacionados ao joelho.

Referências:

1. Arendt-Nielsen L, Nie H, Laursen MB, Laursen BS, Madeleine P, Simonsen OH, et al. Sensitization in patients with painful knee osteoarthritis. *Pain* [Internet]. 2010;149(3):573–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.04.003>
2. Courtney CA, O’Hearn MA, Hornby TG. Neuromuscular function in painful knee osteoarthritis. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16(6):518–24.
3. Schober P, Schwarte LA. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesth Analg*. 2018;126(5):1763–8.

Financiamento: FAPEMIG.

Tabela 1: Correlação entre WOMAC e força muscular (correlação; grau significância)

	F_QFD	F_QFE
W_FUN	-0,321;0,029*	-0,395;0,008
W_TOTAL	-0,316;0,032*	-0,398;0,007

Legenda: W_FUN: WOMAC domínio função; W_TOTAL: WOMAC total; F_QFD: força músculo quadríceps direito; F_QFE: força músculo quadríceps esquerdo. *. Correlação é significativa no nível 0,05 (2-caudas).

Tabela 2: Correlação entre força muscular e LDP (correlação; grau significância)

	F_QFD	F_QFE	F_ABD	F_ABE
L2D	0,38;0,010**	0,18;0,257	0,31;0,038*	0,19;0,217
L4E	0,29;0,052	0,11;0,484	0,29;0,049*	0,30;0,046*
GM	0,33;0,027*	0,23;0,138	0,34;0,021*	0,28;0,062
GME	0,39;0,008**	0,33;0,028	0,31;0,036*	0,33;0,028*
TAD	0,41;0,005**	0,35;0,020	0,50;0,000**	0,51;0,000**
TAE	0,49;0,001**	0,36;0,020	0,53;0,000**	0,49;0,001**
TPD	0,28;0,063	0,16;0,312	0,35;0,017*	0,21;0,164
TPE	0,26;0,080	0,24;0,125	0,33;0,027*	0,33;0,028*
PGD	0,27;0,067	0,07;0,658	0,31;0,036*	0,16;0,285

Legenda: Dermatômos: L2D, L4E; D: direito, E: esquerdo; Miótomos: GM: glúteo médio, TA: tibial anterior; Esclerótomos: TP: tendão patelar, PG: pata de ganso. F_QUD: força quadríceps direito; F_QUE: força quadríceps esquerdo; F_ABD: força abductor direito; F_ABE: força abductor esquerdo. Correlação é significativa no nível 0,05 (2-caudas). **. Correlação é significativa no nível 0,01 (2-caudas)

RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE INTENSIDADE DA DOR E A QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS COM DOR LOMBAR CRÔNICA INESPECÍFICA

Rabelo KO, de Campos MM, Rossetti ES, Blanco AL, Carmelo VV, Carrer HCN, Souza EN, Hortense P, Gramani-Say K.

Departamento de Gerontologia; Departamento de Enfermagem, Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos

Introdução: A dor lombar crônica inespecífica (DLCI) não tem causa nem patologia conhecida, é responsável por 90% dos casos de dor lombar¹. Essa condição é prevalente em adultos e tende a crescer conforme o aumento da idade², assim como a qualidade do sono tende a diminuir³. O sono tem a função restauradora e é responsável por manter o bem-estar físico e mental⁴. Diante das alterações evidentes no envelhecimento, o presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre o nível de intensidade da dor e distúrbios do sono em idosos com DLCI.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal de variáveis quantitativas. Foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos CEP/UFSCar (nº 1.974.723/2017) e Secretaria Municipal de Saúde (nº 111/2016). Foram incluídos voluntários a partir de 60 anos de idade, com autorrelato de DLCI por no mínimo 6 meses, que pontuaram a nota de corte conforme a escolaridade no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e não apresentaram sintomas de alteração de humor, conforme nota de corte da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Foram excluídos os indivíduos que realizaram cirurgia na coluna e membros inferiores; com diagnóstico médico de fibromialgia; realizavam atividades esportivas regulares e/ou fisioterapia nos últimos 6 meses; doença inflamatória ativa; fratura prévia de coluna ou de membros inferiores; e neoplasias. Foram avaliadas a intensidade da dor por meio da Escala Visual Analógica (EVA); e qualidade do sono, por intermédio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI), que por meio do escore global, classifica a qualidade do sono: boa (0-4 pontos), ruim (5-10 pontos) e presença de distúrbio do sono (acima de 10 pontos). Os voluntários foram divididos em dois grupos conforme o resultado da intensidade da dor obtido por meio da EVA: Grupo1 (GP1) aqueles que apresentaram resultado da EVA de 0 mm a 30,9 mm, classificados conforme a intensidade da dor, em sem dor e dor leve, e ao Grupo 2 (GP2), aqueles que pontuaram de 40 mm a 100 mm, que foram classificados em dor moderada e intensa. Foi realizada a comparação intergrupos da intensidade da dor e qualidade do sono. Para análise estatística foi utilizado o teste T, teste U de *Mann-Whitney* e o *Software Sigma Plot*, versão 11.0, com significância de $p \leq 0,05$.

Resultados: Participaram deste estudo 38 homens e 35 mulheres, com média de 66,85 ($\pm 5,01$) anos de idade. A média da qualidade do sono no GP1 foi de 4,0 ($\pm 3,8$) pontos, qualidade do sono boa e do GP2 5,9 ($\pm 6,0$) pontos, qualidade do sono ruim. Quando comparado a qualidade do sono à intensidade da dor, não houve relação significativa ($p=0,358$).

Conclusão: Observou-se que o GP2 47,94%, com maior intensidade da dor, apresentou a qualidade do sono ruim, mas não houve relação significativa entre a intensidade da dor e a qualidade do sono em nos idosos com DLCI participantes deste estudo.

Referências

1. KRISMER, M.; TULDER, V. M. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol*. Amsterdam, v.21, n.1, p-77-91, 2007.
2. DOMENICHELLO, A. F.; RAMSDEM, C. E. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, v.93, p. 284-290, 2019.
3. CHEN, Q. et al. Characteristics of Chronic Pain Associated with Sleep Difficulty in Older Adults: The Maintenance of Balance, Independent Living, Intellect, and Zest in the Elderly (MOBILIZE) Boston Study. *J Am Geriatr Soc*, v.59, n.8, p. 1385-92, 2011.
4. CIRELLI, C.; TONONI, G. Sleep and synaptic homeostasis. *Sleep*, v.39, n.1, p. 161-2, 2015.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/PIBIC, processo nº 171013/2018-2)

ÍNDICE DE AUTORES

AGUIAR A.....	26
ALVES LV	19; 20; 27
ANSANELLO W	8
ARAÚJO CC	21
ARAÚJO LP	13
AVILA MA	11
BARBOSA AM	17; 18
BARROSO VV	10; 11
BELACHE FATC	9; 23
BENATTO MT	14
BEVILAQUA-GROSSI D.....	14; 16
BLANCO AL	28
BONIFÁCIO LP	13
BRAGATTO MM.....	14
CAMPOS MM.....	10; 11; 28
CARRER HCN	28
CARVALHO GF	16
CASEIRO M.....	17; 18
CASTRO J	9; 23
CHAVES CM.....	22
COELHO LT.....	19; 20; 27
CORREIA IMT.....	15
COUTINHO ADF	24
CURI GOBC.....	19; 20; 27
CUSTÓDIO GAP.....	12
DACH F	14;16
DIONISIO VC.....	19; 20; 27
FARIA MN.....	19; 20; 27
FERNANDEZ J	9; 23
FERREIRA AS	9
FLORÊNCIO LL	14
FREITAS SS.....	19; 20; 27
GRAMANI-SAY K.....	10; 11; 28
GROU TC	26
HORTENSE P.....	10; 11; 28
JUNQUEIRA C.....	22
LAGE PTS	22
MACHADO JK	21
MARTINS ACF	19; 20; 27

MARTINS LA	19; 20; 27
MEZIAT FILHO N	9; 15; 23
MITRE NCD	22
MOREIRA SS	22
MOREIRA VMPS	19; 20; 27
NOGUEIRA HC	10; 11
OLIVEIRA ABB.....	21
OLIVEIRA AS.....	8; 17; 18
OLIVEIRA DA.....	24
PEREIRA P	9; 23
PEZOLATO A.....	12
PINHEIRO CF	16
PINHEIRO LR	19;23
QUEIROZ AS	19; 20; 27
RABELO KO.....	10; 11; 28
REIS FJJ.....	8; 17; 18
ROCHA C.....	13
ROCHA CCN.....	9; 23
ROCHA MR.....	14; 16
ROSSETTI ES.....	10; 11; 28
SALES LR.....	24
SALIBA G.....	15
SAMPAIO WN	22
SANTANA NMF.....	21
SANTOS JM.....	13
SILVA DC.....	16
SILVA GM	19; 27
SILVA GZM	12
SILVA MD	19
SOARES FS.....	19; 20
SOARES SS.....	27
SOUZA AISO	24
SOUZA CP	9;23
SOUZA EN	10; 11; 28
SOUZA MJC.....	10
VANSAN M	26
VERA MAA	10
ZATITI S	8