



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**MARTA SOFIA NEVES FRAGA**

***PREVALÊNCIA DE FADIGA NA DOR LOMBAR  
CRÓNICA NÃO ESPECÍFICA***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROFESSOR DOUTOR JOÃO PÁSCOA PINHEIRO  
PROFESSORA DOUTORA LUÍSA PEDRO**

**JANEIRO/2015**



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

# **Prevalência de Fadiga na Dor Lombar Crónica Não Específica**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor João Páscoa Pinheiro (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra).

Marta Fraga, 2015

**Marta Sofia Neves Fraga**

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

[msnfraga@gmail.com](mailto:msnfraga@gmail.com)

## RESUMO

---

A dor lombar crónica é um problema de Saúde Pública que afeta uma grande percentagem da população ativa na Europa. Este facto condiciona um elevado nível de incapacidade e deterioração da capacidade funcional. A fadiga é um sintoma subjetivo e complexo, difícil de quantificar e assume-se como um dos principais sintomas dos doentes com dor lombar crónica. A prevalência e a patogenia da fadiga não está completamente esclarecida mas sabe-se que interfere de forma decisiva com a perceção de bem-estar e perda de qualidade de vida. Pretendemos com este estudo avaliar qual a prevalência da fadiga em doentes com dor lombar crónica não específica e qual o seu impacto na funcionalidade dos doentes.

Foi realizado um estudo transversal, não-randomizado, num grupo de 30 doentes (6 homens e 24 mulheres) da região Centro de Portugal com dor lombar crónica não específica, tendo sido aplicados os instrumentos: *Questionário de Caracterização Individual*, *Escala Visual Analógica (EVA)* para dor, *Escala de Impacto de Fadiga (FIS)* e *Questionário de Roland e Morris (RMQ)*.

A análise demonstra um valor moderado a alto de incapacidade RMQ (pontuação média de 12.57), com cerca de 10 anos de evolução (valor médio). Verificamos uma relação estatisticamente significativa entre intensidade de dor e fadiga ( $p \leq 0.05$ ) e entre fadiga e incapacidade ( $p \leq 0.001$ ).

A fadiga é um sintoma prevalente nos doentes com dor lombar crónica não específica e está associada à dor e incapacidade.

Palavras-Chave: Dor Lombar Crónica Não Específica, Fadiga, Incapacidade, Função.

## ABSTRACT

---

Chronic low back pain represents a major concern of Public Health in Europe, since it affects a large percentage of its active population. People suffering from this condition exhibit high levels of disability and deterioration of their functional capacity. Fatigue is one of the major complains of patients with chronic low back pain, however is a subjective and complex symptom, difficult to evaluate. The prevalence and the pathogenesis of fatigue is still not completely understood, although it is known it has a great repercussion in patients quality of life and their perception of health and well-being. In this study, we aim to evaluate the prevalence of fatigue in patients suffering from nonspecific chronic low back pain and its impact in their abilities and performances.

This work consists of a non-randomised, transversal study of a 30 nonspecific chronic low back pain patients group (6 men and 24 women), living in Central Portugal, to whom were applied the questionnaire of individual characterization, visual analogic scale (VAS), *Fatigue Impact Scale* (FIS) and the *Roland and Morris Questionnaire* (RMQ).

The data revealed a moderate to high level of disability in RMQ (12.57 average) in patients with a 10 year evolution of nonspecific chronic low back pain. We also detected a statically significant correlation between the intensity of pain and fatigue ( $p \leq 0.05$ ) and also between fatigue and disability ( $p \leq 0.001$ ).

In conclusion, fatigue is a common symptom of nonspecific chronic low back pain patients and it is associated to pain and disability.

Key words: Nonspecific Chronic Low Back Pain, Fatigue, Disability, Function.

## INTRODUÇÃO

---

Estima-se que cerca de 80% da população irá manifestar dores lombares, em qualquer altura da sua vida.<sup>1,2</sup> Na verdade, atualmente é uma das principais causas da procura de cuidados de saúde em todo o mundo. Calcula-se que 36% da população adulta portuguesa sofra de dor crónica, 40% dos quais referem queixas de lombalgia.<sup>3</sup> Alguns estudos referem que a dor nas costas é uma das principais causas de incapacidade entre jovens adultos<sup>2,4</sup> e motivo pela qual se ausentam do trabalho,<sup>5</sup> sendo por isso considerado um problema de saúde pública e com consideráveis repercussões sócio-económicas.<sup>6,7</sup>

A dor lombar crónica é definida como dor ou desconforto localizado entre a margem costal e a prega glútea inferior, com ou sem irradiação para o membro inferior,<sup>8</sup> com mais de 6 meses de evolução.<sup>5</sup> Na maioria dos casos, a dor é inespecífica, ou seja, ausência de doença subjacente que a justifique (como por exemplo infeção, tumor, osteoporose, espondilite anquilosante, fratura, processo inflamatório ou síndrome radicular).<sup>8-10</sup> Apenas é possível identificar uma correlação direta com doença orgânica numa pequena percentagem de situações.<sup>11</sup> Contudo, é necessário em todos os casos realizar uma história clínica detalhada e um exame físico cuidadoso no sentido de excluir lombalgia complicada (*red flags*).<sup>7,12</sup>

Associada à dor e para além do sofrimento e redução na qualidade de vida que provoca, existem alterações fisiopatológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas<sup>13</sup> tais como fadiga, depressão e obesidade, que podem conduzir à perpetuação do fenómeno doloroso e à incapacidade funcional.

A fadiga na sua essência, é uma experiência subjectiva<sup>14</sup>, por norma é descrita como sensação de cansaço “extremo”, diminuição de energia, aumento da necessidade de descanso entre tarefas, aliada a uma sensação de stresse por estar associada a perda de capacidades físicas

ou intelectuais.<sup>15</sup> Está bem documentada a sua referência em doenças como cancro, esclerose múltipla, fibromialgia, doença de Parkinson, doenças psiquiátricas tal como a depressão.<sup>16</sup>

A relação entre fadiga, incapacidade e dor tem sido motivo de interesse de alguns estudos,<sup>15,17,18</sup> e na maioria são unânimes ao considerar o envolvimento multidimensional de contributos que inferem uma correlação direta positiva com a dor lombar nomeadamente, género, idade, escolaridade, obesidade, situação profissional, sono, fatores cognitivos e psicológicos.<sup>2,19-23</sup>

A prevalência e a patogenia da fadiga não está completamente esclarecida. Deste modo, propusemos como objetivos deste estudo, avaliar a prevalência de fadiga numa amostra de doentes com dor lombar crónica não específica, aferir o grau de incapacidade existente e verificar se existe relação entre dor, fadiga e incapacidade, determinando assim as consequências ou prejuízos na função e qualidade de vida dos doentes.

## MATERIAIS E MÉTODOS

---

### Características e Tipo de Amostra

Estudo transversal, não-randomizado, realizado na região Centro de Portugal, contando com a participação de 30 doentes de duas instituições públicas de saúde do meio urbano (Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra – CHUC e Centro Rainha Santa Isabel – Caritas Diocesana Coimbra).

A amostra foi constituída por indivíduos de ambos os géneros (6 homens e 24 mulheres), com idade compreendida entre 18 e 66 anos e diagnóstico de dor lombar crónica não específica, com mais de 24 semanas de evolução e seguidos em consulta de Medicina Física e Reabilitação.

Foram excluídos indivíduos com patologia traumática recente (até 1 ano), fibromialgia, patologia neurológica, patologia ortopédica, patologia cardiovascular não controlada, patologia psiquiátrica, doentes sob terapêutica antineoplásica ou imunossupressora, grávidas e doentes sem grau de escolaridade.

Os doentes apresentavam compreensão da língua portuguesa (falada e escrita) e ausência de défices de comunicação. Foram excluídos todos os doentes com comorbilidades neurológicas, reumatológicas e orto-traumatológicas, que condicionassem défice de mobilidade.

Após ter sido prestada informação sobre os objetivos do estudo e obtido o consentimento informado, os doentes foram sujeitos a uma entrevista de caracterização individual e preenchidos os questionários de caracterização individual, *Escala de Impacto de Fadiga (FIS)* e *Questionário de Roland e Morris (RMQ)*. Foi mantida a confidencialidade da identidade e anonimato das informações constantes nos questionários.

## **Instrumentos de análise**

O *Questionário de caracterização individual* compreende idade, género, estado civil, escolaridade, situação profissional, valores antropométricos de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC), características da dor lombar, nomeadamente duração e intensidade durante a última semana (à data do questionário) aferida através da escala visual analógica numérica de dor (EVA) classificada de 0 a 10, sendo 0 ausência de dor e 10 a dor máxima experienciada pelo doente.

O *Questionário de Roland e Morris (RMQ)* mede e avalia a incapacidade gerada por dor lombar e o impacto dos cuidados de saúde efetuados por problemas lombares. É constituído por 24 itens com sistema de pontuação apresentado numa escala de orientação negativa de 0

(ausência de incapacidade) a 24 (incapacidade grave). A janela de medida é o presente dia. A validação da escala em português mostrou consistência interna muito boa com alfa de Cronbach de 0,85 (1ª aplicação) e de 0,86 (48 horas após). Relativamente à reprodutibilidade (48 h): coeficiente de Kappa de 0,58 e 0,46 nos itens 10 e 14, e entre 0,61 e 1,00 nos restantes itens; % concordância total entre 84,2% e 100%.

A *Escala de Impacto de Fadiga (FIS) Version 2.0*, desenvolvida por Fisk em 1994, mede e avalia o impacto da fadiga na funcionalidade e qualidade de vida do indivíduo. É constituída por 40 itens distribuídos em três dimensões: cognitiva, física e social, cada uma com sistema de pontuação de 0 a 4 pontos. A pontuação é expressa numa escala de orientação negativa de menor impacto da fadiga a maior impacto. A pontuação pode ser global (0 a 160) ou por dimensão, cognitiva (0-40), física (0-40) e social (0-80). Apresenta uma boa consistência interna e correlaciona-se com a *Sickness Impact Profile* (uma medida do estado geral de saúde, baseado na descrição pessoal do doente de como a sua função foi afectada pela doença). A FIS é uma ferramenta eficaz para avaliar o impacto da fadiga na vida dos doentes.<sup>14</sup>

## Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 22 para Windows). Os valores de  $p \leq 0.05$  foram considerados estatisticamente significativos. As variáveis contínuas foram descritas usando valores de média, desvio padrão e valor percentual. Para o *Questionário Roland e Morris* foi calculado o score de incapacidade e para a *Escala de Impacto de Fadiga*, foram calculados os scores Global, Dimensão Social, Dimensão Física e Dimensão Cognitiva.

# RESULTADOS

## Estatística descritiva

Foram sinalizados para participar no estudo 30 indivíduos, 6 homens (20%) e 24 mulheres (80%), com idade média de  $53.2 \pm 10.1$  anos com dor lombar crónica não específica. Os doentes apresentaram em média 10 anos de duração da dor com uma intensidade média de 6.37 (valor relativo à semana anterior), segundo a escala visual analógica (EVA). Valores representados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Características da amostra (n=30).

	Média $\pm$ DP	Valor percentual (%)
<b>Género</b>		
Homens		20%
Mulheres		80%
<b>Idade</b>	$53.23 \pm 10.1$ anos	
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro		6.7 %
Casado		56.7%
Viúvo		10.0%
Divorciado		26.7%
<b>Escolaridade</b>		
1º Ciclo		36.7%
2º Ciclo		10.0%
3º Ciclo		13.3%
Secundário		20.0%
Licenciatura		13.3
Mestrado		3.3%
Doutoramento		3.3%
<b>Antropometria</b>		
Peso	$73.2 \pm 12.9$ Kg	
Altura	$1.60 \pm 0.08$ m	
IMC	$28.42 \pm 5.21$ Kg/m <sup>2</sup>	

DP – desvio-padrão; IMC – Índice de Massa Corporal

Tabela 2. Caracterização da dor (n=30).

	<b>Média ± DP</b>
<b>Duração da dor</b>	10.58 ± 8.24 Anos
<b>Intensidade da dor</b>	6.37 ± 2.25 (EVA)

DP – desvio-padrão; EVA – Escala Visual Analógica de dor

No *Questionário de Roland e Morris (RMQ)*, a pontuação total obtida variou entre 5 e 19. Obtivemos uma média de 12.57 pontos e um desvio padrão de 3.96.

Na *Escala de Impacto de Fadiga (FIS)*, os valores médios e desvio-padrão são para a dimensão cognitiva  $13.30 \pm 10.097$ , para dimensão física  $21.83 \pm 8.40$ , para dimensão social  $29.07 \pm 21.01$ , para score global de fadiga  $64.20 \pm 37.79$  (tabela 3).

Tabela 3. *Escala de Impacto de Fadiga* (n=30).

	<b>Média ± DP</b>
<b>Dimensão Cognitiva FIS</b>	13.30 ± 10.097
<b>Dimensão Física FIS</b>	21.83 ± 8.40
<b>Dimensão Social FIS</b>	29.07 ± 21.01
<b>Score Global FIS</b>	64.20 ± 37.79

FIS – Escala de Impacto de Fadiga; DP – desvio-padrão;

## **Estatística correlacional**

A correlação mede a força ou grau de relação entre duas variáveis. Existe uma correlação moderada ( $p \leq 0.05$ ) entre intensidade da dor versus dimensão social e intensidade da dor versus score global da FIS. Correlação moderada ( $p \leq 0.001$ ) entre score global da FIS versus Incapacidade (*RMQ*), descritos nas tabelas 4 e 6.

Tabela 4. Coeficientes de correlação entre intensidade da dor e FIS.

	<b>Intensidade da dor</b>	
	<i>Coefficiente Pearson</i>	Valor de <i>p</i>
<b>Dimensão Cognitiva FIS</b>	0.280	0.134
<b>Dimensão Física FIS</b>	0.359	0.052
<b>Dimensão Social FIS</b>	0.400	0.029*
<b>Score Global FIS</b>	0.377	0.04*

FIS – Escala Impacto de Fadiga; DP – desvio-padrão;

Tabela 5. Coeficientes de correlação entre intensidade da dor com RMQ e IMC

	<b>Intensidade da dor</b>	
	<i>Coefficiente Pearson</i>	Valor de <i>p</i>
<b>RMQ</b>	0.185	0.32
<b>IMC</b>	- 0.156	0.41

RMQ – Questionário de Roland e Morris; IMC – Índice de Massa Corporal

Tabela 6. Coeficientes de correlação entre *RMQ* e Score Global FIS

	<b><i>RMQ</i></b>	
	<i>Coefficiente Pearson</i>	Valor de <i>p</i>
<b>Score Global FIS</b>	0.588	0.001**

FIS – Escala Impacto de Fadiga; RMQ – Questionário de Roland e Morris

## DISCUSSÃO

---

Do presente estudo podemos depreender, que a dor lombar crónica não específica é uma patologia incapacitante, que acompanha os doentes por um longo período de tempo e que se repercute na qualidade de vida.

Dos vários fatores que estão na génese da incapacidade, a intensidade da dor está estabelecida como um dos fatores mais importantes na sua determinação,<sup>19</sup> por outro lado, pouco se sabe sobre a sua relação com a fadiga. Por estes motivos escolhemos estudar estas variáveis.

Num estudo recente,<sup>21</sup> verificou-se que a maioria dos doentes com dor lombar crónica manifestaram fadiga de forma evidente, e paralelamente, estes doentes apresentaram mais dor, mais sintomas depressivos e maior incapacidade. Contrariamente ao que preconizávamos, não observamos relação estatisticamente significativa entre intensidade da dor com IMC nem com incapacidade (RMQ). Está descrito na literatura, que indivíduos obesos ( $IMC \geq 30.0 \text{ Kg/m}^2$ ) têm maior probabilidade de sofrer de dor lombar e redução da função.<sup>24</sup> Aliás, a obesidade é amplamente descrita como fator de risco para lombalgia.<sup>5,11,12</sup>

Na nossa amostra, o valor médio de incapacidade foi de 12.57, o que representa um valor moderado a alto de incapacidade, pois valores superiores a 14 traduzem incapacidade grave.<sup>25</sup>

Os sintomas depressivos são frequentes em doentes com dor lombar crónica e a presença de depressão pode influenciar a avaliação pessoal de incapacidade.<sup>26 27</sup> Contudo, não está ainda bem esclarecido se a presença de depressão torna os indivíduos mais vulneráveis à incapacidade ou se a incapacidade contribui para o aparecimento da depressão.<sup>28</sup>

No nosso estudo, não foi aferida a presença de depressão nos doentes, no entanto, seria importante a sua determinação, através da introdução de escalas de ansiedade e depressão

(como a escala de Beck).<sup>29</sup> Desta forma, poderíamos concluir acerca do estado psíquico dos doentes e possivelmente estabelecer uma relação causal.

A fadiga está frequentemente associada a um grau de incapacidade persistente,<sup>30</sup> diminui a capacidade física, capacidade de deambular, o autocuidado, a motivação, o interesse, a concentração e a memória,<sup>31</sup> o que nos permite justificar a associação estabelecida no nosso estudo, com correlação estatisticamente significativa entre fadiga e incapacidade. Outros estudos indicam que existe uma forte associação entre dor e fadiga<sup>17</sup> e demonstraram que quando existe redução da perceção de fadiga, esta pode ser secundária à diminuição da dor, sugerindo haver uma relação etiológica entre estes sintomas.<sup>21</sup>

A FIS foi considerada a melhor escala para averiguar o impacto da fadiga na esclerose múltipla.<sup>16,30</sup> Existe uma Escala Modificada de Impacto de Fadiga (MFIS), onde foram selecionados 21 itens relevantes e é recomendada para a prática clínica e investigação, contudo esta escala ainda não foi validada em Portugal, apenas na Bélgica, Espanha, Eslovénia e Itália,<sup>30</sup> motivo pelo qual não foi utilizada. Obtivemos valores estatisticamente significativos na associação da incapacidade gerada pela dor lombar crónica com o seu impacto na funcionalidade e qualidade de vida dos doentes, traduzida por uma maior perceção de fadiga global. Salientamos igualmente que a dimensão social foi a mais afetada pela intensidade da dor, o que nos permite concluir que os doentes com dor lombar crónica vêm diminuídas/limitadas as suas capacidades de produtividade a nível laboral, necessitam da ajuda de outros para concluir tarefas simples, estão menos motivados para participar em eventos sociais e sentem-se menos capazes para lidar com questões emocionais.

É sabido que o controlo da dor conduz a uma melhoria na incapacidade, o que trás efeitos positivos na doença.<sup>13,23</sup> É deste modo primordial que os doentes com dor lombar crónica sejam devidamente acompanhados nos cuidados de saúde primários, pois as

repercussões da incapacidade afetam não só a qualidade de vida dos doentes como a sociedade civil em geral (menos produtividade, mais apoios sociais, menos motivação, mais gastos).

Novos estudos com maior amostra e inclusão de outras variáveis como a depressão poderão reforçar alguns resultados e inferir mais conclusões.

Como principais limitações deste estudo referimos a pequena dimensão da amostra, ausência de avaliação funcional prévia dos doentes e a inexistência de uma escala para confirmar a presença de fadiga nos doentes, que seja validada em português.

## CONCLUSÃO

---

A dor lombar crónica não específica é uma patologia incapacitante que interfere na qualidade de vida e diminui a função. Está associada a uma maior perceção de fadiga e afeta de forma mais relevante as atividades sociais e profissionais dos doentes.

## AGRADECIMENTOS

---

Ao Senhor Professor Doutor João Páscoa Pinheiro pela disponibilidade e simpatia demonstrada na orientação deste trabalho. À Senhora Professora Doutora Luísa Pedro pela coorientação.

À Senhora Professora Doutora Susana Ramos pela disponibilidade e auxílio no tratamento estatístico dos dados.

Aos Terapeutas Carlos Santos e Ana Antunes pela disponibilidade e ajuda na sinalização e encaminhamento dos doentes.

Às instituições: Serviço de Medicina Física e Reabilitação do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra e Centro Rainha Santa Isabel – Cáritas Diocesana de Coimbra, sem as quais não seria possível aplicação do estudo.

Conflito de interesses: Declaro não existir nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Walker BF. The prevalence of low back pain: a systematic review of the literature from 1966 to 1998. *J Spinal Disord.* Jun 2000;13(3):205-217.
2. Rubin DI. Epidemiology and risk factors for spine pain. *Neurol Clin.* May 2007;25(2):353-371.
3. Castro-Lopes J, PhD, Saramago P, MD, Romão J, MD, Macário Paiva MdL, MD. Pain Proposal. A Dor crónica em Portugal 2010.
4. Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol.* Apr 1993;20(4):710-713.
5. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med.* Feb 2009;169(3):251-258.
6. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *J Bone Joint Surg Am.* Apr 2006;88 Suppl 2:21-24.
7. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Rev Bras Fisioter.* 2011 May-Jun 2011;15(3):190-199.
8. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* Mar 2006;15 Suppl 2:S169-191.
9. Machado LA, Kamper SJ, Herbert RD, Maher CG, McAuley JH. Analgesic effects of treatments for non-specific low back pain: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Rheumatology (Oxford).* May 2009;48(5):520-527.
10. Bekkering GE, van Tulder MW, Hendriks EJ, et al. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. *Phys Ther.* Jun 2005;85(6):544-555.
11. Ehrlich GE. Low back pain. *Bull World Health Organ.* 2003;81(9):671-676.
12. Vaz Serra S. Editorial. *Lombalgias - 1.* Vol 14: Dor; 2006.
13. Castro Lopes J. Programa Nacional de Controlo da Dor: dgs - Direcção Geral da Saúde; 2008.

14. Dittner AJ, Wessely SC, Brown RG. The assessment of fatigue: a practical guide for clinicians and researchers. *J Psychosom Res.* Feb 2004;56(2):157-170.
15. Fishbain DA, Cutler RB, Cole B, et al. Are patients with chronic low back pain or chronic neck pain fatigued? *Pain Med.* Jun 2004;5(2):187-195.
16. Fisk JD, Pontefract A, Ritvo PG, Archibald CJ, Murray TJ. The impact of fatigue on patients with multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci.* Feb 1994;21(1):9-14.
17. Fishbain DA, Cole B, Cutler RB, Lewis J, Rosomoff HL, Fosomoff RS. Is pain fatiguing? A structured evidence-based review. *Pain Med.* Mar 2003;4(1):51-62.
18. Feuerstein M, Carter RL, Papciak AS. A prospective analysis of stress and fatigue in recurrent low back pain. *Pain.* 1987;31:333-344.
19. Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Fernández C, Network SBPR. The transition from acute to subacute and chronic low back pain: a study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine (Phila Pa 1976).* Aug 2005;30(15):1786-1792.
20. Lewis G, Wessely S. The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Community Health.* Apr 1992;46(2):92-97.
21. Snekkevik H, Eriksen HR, Tangen T, Chalder T, Reme SE. Fatigue and depression in sick-listed chronic low back pain patients. *Pain Med.* Jul 2014;15(7):1163-1170.
22. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* Sep 2014;9:CD000963.
23. Feuerstein M, Beattie P. Biobehavioral factors affecting pain and disability in low back pain: mechanisms and assessment. *Phys Ther.* Apr 1995;75(4):267-280.
24. Cuesta-Vargas AI, González-Sánchez M. Obesity effect on a multimodal physiotherapy program for low back pain sufferers: patient reported outcome. *J Occup Med Toxicol.* 2013;8(1):13.
25. Monteiro J, Faisca L, Nunes O, Hipólito J. [Roland Morris disability questionnaire - adaptation and validation for the Portuguese speaking patients with back pain]. *Acta Med Port.* 2010 Sep-Oct 2010;23(5):761-766.

26. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*. Jan 2004;107(1-2):54-60.
27. Salvetti MeG, Pimenta CA, Braga PE, Corrêa CF. [Disability related to chronic low back pain: prevalence and associated factors]. *Rev Esc Enferm USP*. Oct 2012;46 Spec No:16-23.
28. Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain*. May 2001;92(1-2):195-200.
29. de Moraes Vieira EB, de Góes Salvetti M, Damiani LP, de Mattos Pimenta CA. Self-efficacy and fear avoidance beliefs in chronic low back pain patients: coexistence and associated factors. *Pain Manag Nurs*. Sep 2014;15(3):593-602.
30. Pavan K, Schmidt K, Marangoni B, Mendes MF, Tilbery CP, Lianza S. [Multiple sclerosis: cross-cultural adaptation and validation of the modified fatigue impact scale]. *Arq Neuropsiquiatr*. Sep 2007;65(3A):669-673.
31. Mota DD, Pimenta CA. Self-report instruments for fatigue assessment: a systematic review. *Res Theory Nurs Pract*. 2006;20(1):49-78.

## ANEXOS

---

### **Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em Investigação**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Título: *PREVALÊNCIA DE FADIGA NA DOR LOMBAR CRÓNICA*

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Orientador: Professor Doutor João Páscoa Pinheiro

Coorientadora: Professora Doutora Luísa Maria Reis Pedro

Aluna: Marta Sofia Neves Fraga

No âmbito do trabalho final de 6º ano com vista à obtenção do grau de Mestre do Ciclo de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina, venho por este meio solicitar a sua colaboração para participar neste projeto, através do preenchimento de questionários de caracterização individual, “Escala de Impacto de Fadiga” e “Questionário de Incapacidade de Roland Morris”.

Este estudo tem como objetivos estimar a prevalência de fadiga nos doentes com dor lombar crónica e identificar que impacto tem na funcionalidade dos doentes.

Não existem respostas certas nem erradas, importa sim registar a sua opinião, assinalando a resposta que melhor representa a sua situação.

É garantido que a sua participação não acarreta quaisquer gastos ou custos e que os dados recolhidos serão tratados e mantidos com total confidencialidade.

A sua participação é voluntária, e desde já agradecemos as suas respostas, pois sem elas não seria possível concluir este estudo.

Obrigada pelo tempo dispensado e por colaborar na realização de estudo.

.....

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura. \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Questionário de Caracterização Individual

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa.

1- Género

Masculino  Feminino

2- Idade \_\_\_\_\_ anos

|20-30|  |31-40|  |41-50|  |51-60|  |+60|

3- Estado Civil

Solteiro  Casado  Viúvo  Divorciado  Outro

4- Escolaridade

Sem nível de escolaridade  1º ciclo  2º ciclo  3º ciclo  Secundário

Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

5- Situação Profissional:

Desempregado  Profissionalmente instável  Profissionalmente estável

6- Qual o seu peso \_\_\_\_\_ (Kg)

Qual a sua altura \_\_\_\_\_ (m)

IMC = \_\_\_\_\_ (Kg/m<sup>2</sup>)

7- Duração da dor lombar \_\_\_\_\_ ("M" para meses ou "A" para anos).

8- Localização da dor

Dor lombar sem irradiação  com irradiação proximal  com irradiação distal

9- Intensidade de dor lombar na última semana:

Sem dor

Dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10- Durante o último ano faltei ao trabalho devido à minha dor lombar?

Sim  Não

11- Se sim, quanto tempo \_\_\_\_\_ ("D" para dias ou "S" para semanas).

12- Medicação Habitual:

Analgésicos  Qual \_\_\_\_\_ | Opióides  Qual \_\_\_\_\_

AINE'S  Qual \_\_\_\_\_

Anticonvulsivantes  Qual \_\_\_\_\_

Ansiolíticos/Antidepressivos  Qual \_\_\_\_\_

Outros  Qual \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO DE ROLAND E MORRIS SOBRE INCAPACIDADE

Quando lhe doem as costas, pode ter dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz.

Esta lista contém algumas frases que as pessoas utilizam para descrever as suas dores de costas. Quando as ler, pode achar que algumas sobressaem porque se aplicam a si *hoje*. Ao ler a lista, pense em si *hoje*. Quando ler uma frase que se aplica a si *hoje*, assinale-a. Se a frase não se aplicar a si, então deixe em branco e passe à seguinte. Lembre-se que só deve assinalar se tiver a certeza que a frase se aplica a si *hoje*.

### Por causa das minhas dores nas costas ou na perna (ciática) *hoje*:

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.....
2. Mudo frequentemente de posição para pôr as costas numa posição confortável.....
3. Ando mais devagar do que é costume por causa das minhas costas...
4. Por causa das minhas costas não consigo fazer nenhum dos trabalhos que costumo fazer em casa.....
5. Por causa das minhas costas, apoio-me no corrimão para subir escadas....
6. Por causa das minhas costas, deito-me mais frequentemente para descansar....
7. Por causa das minhas costas, tenho que me apoiar em qualquer coisa para me levantar dum sofá....
8. Por causa das minhas costas, tento que os outros que me façam as coisas.....
9. Visto-me mais devagar do que é costume por causa das minhas costas.....
10. Só consigo estar de pé pouco tempo por causa das minhas costas.....
11. Por causa das minhas costas, tento não me dobrar ou ajoelhar.....
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa das minhas costas.....
13. Estou quase sempre com dores nas costas.....
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas.....
15. Não tenho muito apetite por causa das dores nas costas.....
16. Tenho dificuldade em calçar as meias (ou collants) por causa das dores nas costas.....
17. Só consigo andar pequenas distâncias por causa das dores nas costas.....
18. Durmo menos bem por causa das minhas costas.....
19. Por causa das dores nas costas, preciso de ajuda para me vestir.....
20. Estou quase todo o dia sentado/a por causa das minhas costas.....
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.....
22. Por causa das dores nas costas, ando mais irritado/a e mal-humorado/a com as pessoas do que é costume.....
23. Por causa das minhas costas, subo escadas mais devagar do que é costume.....
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.....

## Escala de Impacto da Fadiga

Segue-se uma lista de frases que descrevem o modo como a fadiga pode causar problemas na vida das pessoas. Leia atentamente cada frase. Faça um círculo à volta do número que melhor indica até que ponto a fadiga tem sido um problema para si nas últimas quatro (4) semanas, incluindo hoje. Por favor, escolha uma opção para cada frase e responda a todas as questões.

<i>Faça um círculo à volta de um número em cada linha</i>	Sem Problema	Pequeno Problema	Problema Moderado	Grande Problema	Enorme Problema
1. <i>Por causa da minha fadiga... sinto-me menos alerta.</i>	0	1	2	3	4
2. <i>Por causa da minha fadiga ... sinto que estou mais isolado do contacto social.</i>	0	1	2	3	4
3. <i>Por causa da minha fadiga ... tenho de reduzir a minha carga de trabalho ou responsabilidades.</i>	0	1	2	3	4
4. <i>Por causa da minha fadiga ... estou mais mal-humorado.</i>	0	1	2	3	4
5. <i>Por causa da minha fadiga ... tenho dificuldade em concentrar-me durante muito tempo.</i>	0	1	2	3	4
6. <i>Por causa da minha fadiga ... sinto que não consigo pensar com clareza.</i>	0	1	2	3	4
7. <i>Por causa da minha fadiga ... trabalho com menos eficácia. (Isto aplica-se ao trabalho dentro e fora de casa).</i>	0	1	2	3	4
8. <i>Por causa da minha fadiga ... tenho de depender mais dos outros para me ajudarem ou fazerem coisas por mim.</i>	0	1	2	3	4
9. <i>Por causa da minha fadiga ... tenho dificuldade em planear actividades com antecedência pois a minha fadiga pode interferir com elas.</i>	0	1	2	3	4
10. <i>Por causa da minha fadiga ...estou mais desajeitado e descoordenado.</i>	0	1	2	3	4
11. <i>Por causa da minha fadiga ...acho que estou mais esquecido.</i>	0	1	2	3	4
12. <i>Por causa da minha fadiga ...estou mais irritadiço e zango-me mais facilmente.</i>	0	1	2	3	4
13. <i>Por causa da minha fadiga ...tenho de ter cuidado com o ritmo das minhas actividades físicas.</i>	0	1	2	3	4
14. <i>Por causa da minha fadiga ...estou menos motivado para fazer qualquer coisa que exija esforço físico.</i>	0	1	2	3	4
15. <i>Por causa da minha fadiga ...estou menos motivado para participar em actividades sociais.</i>	0	1	2	3	4
16. <i>Por causa da minha fadiga ...a minha capacidade para sair de casa está limitada.</i>	0	1	2	3	4
17. <i>Por causa da minha fadiga ... tenho dificuldade em fazer esforços físicos por períodos longos.</i>	0	1	2	3	4
18. <i>Por causa da minha fadiga ...acho difícil tomar decisões.</i>	0	1	2	3	4
19. <i>Por causa da minha fadiga ...tenho poucos contactos sociais fora da minha própria casa.</i>	0	1	2	3	4
20.). <i>Por causa da minha fadiga ...os acontecimentos normais do dia-a-dia são stressantes para mim.</i>	0	1	2	3	4

<i>Faça um círculo à volta de um número em cada linha</i>	Sem Problema	Pequeno Problema	Problema Moderado	Grande Problema	Enorme Problema
21. <i>Por causa da minha fadiga... estou menos motivado para fazer qualquer coisa que exija pensar.</i>	0	1	2	3	4
22. <i>Por causa da minha fadiga... evito situações que são stressantes para mim.</i>	0	1	2	3	4
23. <i>Por causa da minha fadiga... sinto os músculos muito mais fracos do que deveriam.</i>	0	1	2	3	4
24. <i>Por causa da minha fadiga... o meu desconforto físico é maior.</i>	0	1	2	3	4
25. <i>Por causa da minha fadiga... tenho dificuldade em lidar com qualquer coisa nova.</i>	0	1	2	3	4
26. <i>Por causa da minha fadiga... sinto-me menos capaz em acabar tarefas que exijam pensar.</i>	0	1	2	3	4
27. <i>Por causa da minha fadiga... sinto-me incapaz de corresponder ao que os outros esperam de mim.</i>	0	1	2	3	4
28. <i>Por causa da minha fadiga... sinto-me menos capaz de proporcionar suporte financeiro para mim e para a minha família.</i>	0	1	2	3	4
29. <i>Por causa da minha fadiga... tenho menos actividade sexual.</i>	0	1	2	3	4
30. <i>Por causa da minha fadiga... acho difícil organizar os meus pensamentos quando estou a fazer coisas em casa ou no trabalho.</i>	0	1	2	3	4
31. <i>Por causa da minha fadiga... sinto-me menos capaz de completar tarefas que exijam esforço físico.</i>	0	1	2	3	4
32. <i>Por causa da minha fadiga... preocupo-me com a imagem que os outros têm de mim.</i>	0	1	2	3	4
33. <i>Por causa da minha fadiga... sou menos capaz de lidar com questões emocionais.</i>	0	1	2	3	4
34. <i>Por causa da minha fadiga... sinto que o meu raciocínio está mais lento.</i>	0	1	2	3	4
35. <i>Por causa da minha fadiga... acho difícil concentrar-me.</i>	0	1	2	3	4
36. <i>Por causa da minha fadiga... tenho dificuldade em participar plenamente nas actividades familiares.</i>	0	1	2	3	4
37. <i>Por causa da minha fadiga... tenho de limitar as minhas actividades físicas.</i>	0	1	2	3	4
38. <i>Por causa da minha fadiga... necessito de períodos de descanso mais frequentes ou mais longos.</i>	0	1	2	3	4
39. <i>Por causa da minha fadiga... não consigo dar à minha família tanto apoio emocional quanto deveria.</i>	0	1	2	3	4
40. <i>Por causa da minha fadiga... pequenas dificuldades parecem grandes dificuldades.</i>	0	1	2	3	4