

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE
CURSO DE FISIOTERAPIA**



Eduardo Sander Vieira

**Prevalência De Dor Lombar Em
Profissionais De Fisioterapia De
Uma Rede Hospitalar De Porto**

Alegre

Universidade Federal de Ciências da Saúde
de Porto Alegre

Porto Alegre

2022

Eduardo Sander Vieira

Prevalência De Dor Lombar Em Profissionais De Fisioterapia De Uma Rede Hospitalar De Porto Alegre

Trabalho de Conclusão de Curso de Fisioterapia, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia

Orientador: Marcelo Faria Silva
Coorientador: Roberto Costa Krug

Porto Alegre
2022

Catálogo na

Vieira, Eduardo Sander

Prevalência de dor lombar em profissionais de
fisioterapia de uma rede hospitalar de Porto Alegre /
Eduardo Sander Vieira. -- 2022.

31 p. : tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) --
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto
Alegre, Curso de Fisioterapia, 2022.

Orientador(a): Prof. Dr. Marcelo Faria Silva ;
coorientador(a): Me. Roberto Costa Krug.

1. Dor Lombar. 2. Atividade Física. 3.
Fisioterapeutas. I. Título.

Publicação

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades encontradas durante o caminho da faculdade. À Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, e principalmente ao seu corpo docente por me oportunizarem a possibilidade de adquirir conhecimento, e por meio desse, vislumbrar um horizonte superior. Por meio de um ensino público, gratuito e de qualidade. Ao meu orientador, Marcelo Faria Silva, pelo suporte na criação, elaboração e formatação do presente trabalho. Assim como no incentivo e dedicação no pouco tempo que lhe coube. Ao meu Co-orientador, Roberto Costa Krug, que me atendeu prontamente, a fim de corrigir e incentivar na formação do presente trabalho, além de me proporcionar adquirir conhecimento. Aos meus pais, Rogério e Linea, pelo amor, carinho, incentivo, e apoio incondicional. Por compreender as noites em claro e outras que foram mal dormidas, além de todos os momentos que estive ausente por causa da graduação e que mesmo assim se mantiveram comigo, seja presencialmente ou espiritualmente. A minha irmã Paula, que sempre entendeu meus compromissos com a minha graduação e que sempre me apoiou incondicionalmente apesar de minha ausência. À minha família, que sempre me motivou a buscar mais estudos e mais capacitação na futura carreira profissional. Aos meus colegas de grupo de estágio, Juliana, Felipe, Eduarda, Eunice e Augusto, que me auxiliaram no dia a dia e que fizeram parte da minha reta final de graduação. Agradeço ao meu amigo Gabriel, que mesmo de longe me acompanhou, incentivou e me deu força desde o princípio para essa caminhada. E a todos que me incentivaram de forma direta ou indireta nessa caminhada para que conseguisse a minha graduação.

RESUMO

A dor lombar (DL) é a principal causa de anos vividos com incapacidade em 126 países, com uma prevalência de ocorrência ao longo da vida de aproximadamente 40%. Muitas pesquisas determinam que a atividade física (AF) seria fator protetivo para a diminuição desse percentual. Portanto é necessário analisar a existência de uma associação entre a prática de AF, com a definição de DL utilizada por um consenso de clínicos e pesquisadores experientes no campo da dor lombar. Trata-se de um estudo observacional transversal, aplicado em Fisioterapeutas hospitalares de Porto Alegre, RS. Nesse estudo são aplicados os questionários “*International Physical Activity Questionnaire*” IPAQ, e o “*Consensus for the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies*” por meio digital para a realização de associações. A amostra contém 52 sujeitos de maioria do sexo feminino (84,6%), com uma média de idade de 33,47 anos (IC95% 31,69 - 35,26) \pm 6,3 anos. Verificou-se nessa pesquisa, que a prevalência de dor lombar (PDL) foi de 7,7%. A amostra avaliada possui 78,8% de sujeitos que praticam atividade física, sendo que 67,3% foram categorizados como ativos. As associações realizadas entre AF e PDL, e o índice de massa corporal (IMC) e PDL demonstraram que a dor lombar não tem aproximação com essas variáveis nessa amostra. Portanto, a atividade física associada a DL não ocasiona em uma diminuição do percentual de pessoas afetadas.

Palavras-chave: Dor Lombar; Atividade Física; Fisioterapeutas;

ABSTRACT

Low back pain (LBP) is the leading cause of years lived with disability in 126 countries, with a lifetime prevalence of approximately 40%. Many studies determine that physical activity (PA) would be a protective factor to reduce this percentage. Therefore, it is necessary to analyze the existence of an association between the practice of PA, with the definition of LD used by a consensus of experienced clinicians and researchers in the field of low back pain. This is a cross-sectional observational study applied to hospital physiotherapists in Porto Alegre, RS. In this study, the “International Physical Activity Questionnaire” IPAQ questionnaires and the “Consensus for the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies” are applied digitally to carry out associations. The sample contains 52 subjects, mostly female (84.6%), with a mean age of 33.47 years (95%CI 31.69 - 35.26) \pm 6.3 years. It was found in this research that the prevalence of low back pain (LBP) was 7.7%. The evaluated sample has 78.8% of subjects who practice physical activity, and 67.3% were categorized as active. The associations made between PA and PDL, and the body mass index (BMI) and PDL demonstrated that low back pain has no approximation with these variables in this sample. Therefore, physical activity associated with LBP does not cause a decrease in the percentage of affected people.

Key words: Low Back Pain; Physical activity; Physical Therapists

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados contínuos e categóricos referentes ao perfil demográfico dos Fisioterapeutas analisados	176
Tabela 2 - Dados percentuais relacionados ao questionário IPAQ e sua respectiva classificação	177
Tabela 3 - Dados percentuais e categóricos relacionados ao “Consensus for the standardization of Back pain definitions for use in prevalence studies”.....	188
Tabela 4 - Associações entre prevalência de dor lombar e AF; Prevalência de dor lombar e classificação do IMC	198

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF – Atividade Física

AVI - Anos vividos com incapacidade

DL – Dor Lombar

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ - International Physical Activity Questionnaire

ISCMPA – Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDL – Prevalência de Dor Lombar

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

ARTIGO	10
1. Introdução:	13
2. Metodologia:	14
3. Resultados:	15
4. Discussão:	19
5. Conclusão:.....	20
6. Referências:.....	20
ANEXOS.....	24
ANEXO A.....	24
ANEXO B.....	25
ANEXO C	27
ANEXO D	28

ARTIGO

Prevalência De Dor Lombar Em Profissionais De Fisioterapia De Uma Rede Hospitalar De Porto Alegre

Prevalence of low back pain in physiotherapy professionals from a hospital network in Porto Alegre

(A ser submetido ao periódico Fisioterapia e Pesquisa)

(Fator de Impacto: 0,204)

Eduardo Sander Vieira¹, Roberto Costa Krug², Marcelo Faria Silva³

¹ Graduando de Fisioterapia na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil

² Mestre na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre (UFCSPA), RS, Brasil

³ Professor Doutor na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Porto Alegre, RS, Brasil

Trabalho desenvolvido pelo curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço postal:

CEP: 90030040, N° 408

Email:

eduardo_sandervieira@hotmail.com

Número CAAE

59780022.7.0000.5335

ARTIGO NA ÍNTEGRA

Resumo:

A dor lombar (DL) é a principal causa de anos vividos com incapacidade em 126 países, com uma prevalência de ocorrência ao longo da vida de aproximadamente 40%. Muitas pesquisas determinam que a atividade física (AF) seria fator protetivo para a diminuição desse percentual. Portanto é necessário analisar a existência de uma associação entre a prática de AF, com a definição de DL utilizada por um consenso de clínicos e pesquisadores experientes no campo da dor lombar. Trata-se de um estudo observacional transversal, aplicado em Fisioterapeutas hospitalares de Porto Alegre, RS. Nesse estudo são aplicados os questionários “*International Physical Activity Questionnaire*” IPAQ, e o “*Consensus for the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies*” por meio digital para a realização de associações. A amostra contém 52 sujeitos de maioria do sexo feminino (84,6%), com uma média de idade de 33,47 anos (IC95% 31,69 - 35,26) $\pm 6,3$ anos. Verificou-se nessa pesquisa, que a prevalência de dor lombar (PDL) foi de 7,7%. A amostra avaliada possui 78,8% de sujeitos que praticam atividade física, sendo que 67,3% foram categorizados como ativos. As associações realizadas entre AF e PDL, e o índice de massa corporal (IMC) e PDL demonstraram que a dor lombar não tem aproximação com essas variáveis nessa amostra. Portanto, a atividade física associada a DL não ocasiona em uma diminuição do percentual de pessoas afetadas.

Palavras Chave: Dor Lombar; Atividade Física; Fisioterapeutas;

Abstract:

Low back pain (LBP) is the leading cause of years lived with disability in 126 countries, with a lifetime prevalence of approximately 40%. Many studies determine that physical activity (PA) would be a protective factor to reduce this percentage. Therefore, it is necessary to analyze the existence of an association between the practice of PA, with the definition of LD used by a consensus of experienced clinicians and researchers in the field of low back pain. This is a cross-sectional observational study applied to hospital physiotherapists in Porto Alegre, RS. In this study, the “International Physical Activity Questionnaire” IPAQ questionnaires and the “Consensus for the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies” are applied digitally to carry out associations. The sample contains 52 subjects, mostly female (84.6%), with a mean age of 33.47 years (95%CI 31.69 - 35.26) \pm 6.3 years. It was found in this research that the prevalence of low back pain (LBP) was 7.7%. The evaluated sample has 78.8% of subjects who practice physical activity, and 67.3% were categorized as active. The associations made between PA and PDL, and the body mass index (BMI) and PDL demonstrated that low back pain has no approximation with these variables in this sample. Therefore, physical activity associated with LBP does not cause a decrease in the percentage of affected people.

Keywords: Low Back Pain; Physical activity; Physical Therapists

1. Introdução:

Dor lombar (DL) é considerada dor muscular, na localização anatômica abaixo da margem costal da décima segunda costela e acima das pregas glúteas, havendo ou não o componente de dor que percorre a perna a partir da parte inferior das costas¹. Quando analisada a incidência, prevalência e anos vividos com incapacidade (AVI) para 354 condições médicas analisadas em 195 países, observou-se que a dor lombar é a principal causa de perda de produtividade e AVI em 126 países, e também a dor lombar está entre os 10 principais distúrbios em 188 países avaliados². O motivo que leva a essa alta classificação é a elevada prevalência de dor lombar (PDL). Em dados levantados de uma revisão sistemática com 165 estudos de 54 países, a prevalência pontual de dor resultou em 11,9%, já a prevalência de 1 mês de 23,3% e por fim, a prevalência ao longo da vida é de aproximadamente 40%³. Quanto ao fardo econômico, a DL causa um prejuízo financeiro global. No Reino Unido o gasto anual foi estimado em £ 2,8 bilhões, já na Austrália o valor empregado foi de AU\$ 4,8 bilhões em 2002. Por fim, nos EUA, o tratamento de pacientes com dores lombares movimentou cerca de US\$ 100 bilhões por ano⁴⁻⁶.

As atividades que não aumentam o gasto energético consideravelmente acima da linha do repouso, como sentar, deitar, dormir são consideradas atividades que são englobadas no perfil de comportamento sedentário. A atividade física leve, que tem como exemplos: escrever, caminhar lentamente e cozinhar, por vezes são classificadas como comportamento sedentário, porém, conceitualmente se diferem, pois possuem um grau de gasto energético divergente⁷. Hussain et al⁸ indicam que existem correlações entre o sedentarismo e as dores lombares, com aumento de 3,5 vezes na chance de desenvolvimento de dor lombar quando associado com o comportamento sedentário⁹. Outra pesquisa, com 5.050 adultos australianos, relatou que assistir televisão por um tempo superior a 2 horas por dia tem relação com episódios de DL⁸. Já um estudo holandês, relata que ocorreu aumento de prevalência de dor nas lombar por virtude do sedentarismo, e relata que a DL possui característica de causalidade de dor em U referente ao exercício físico excessivo e ao comportamento sedentário¹⁰.

Atividade física (AF) pode ser conceituada como qualquer movimento corporal voluntário, que levará a um gasto energético maior que o basal em repouso. Já o exercício físico é resultante do planejamento de atividades, que possuem estrutura, repetição e organização, que tem como objetivo a otimização do condicionamento físico e consequentemente o gasto energético¹¹. De acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), o tempo para prática de AF para uma pessoa é de 150 a 300 minutos de atividade aeróbica moderada a vigorosa por semana, esse tempo deve ser realizado por todos os adultos¹². Quando se pensa em DL, a AF é utilizada como manejo, sendo uma das recomendações das diretrizes para o tratamento da DL¹³. Estudos relatam que a AF tem um caráter preventivo, protetivo e de manejo em relação às condições dolorosas na região lombar¹⁴⁻²¹. Porém, outras pesquisas divergem e apontam que a atividade física pode ser classificada como um possível fator de risco para a DL²²⁻²⁵.

A Fisioterapia tem como objetivo promover a saúde do indivíduo, entretanto apresenta altos índices de déficits posturais ocasionados pela exigência do sistema musculoesquelético do profissional²⁶⁻²⁸. Como fatores de risco para o aparecimento de lesões, estão os gestos de flexão extrema do tronco, levantamentos frequentes de peso e transferências de pacientes, manutenções de postura desajeitada ou estática, flexões, torções, e trabalhos na mesma posição por longos períodos²⁹. Em uma revisão sistemática, a região mais acometida por lesões foi a lombar, que apresentava uma prevalência que variou de 26 a 79,6% ao longo da vida e a prevalência em 12 meses em 22 a 73,1%³⁰.

A literatura parece divergir em relação à AF ser um fator de risco ou um fator protetivo para a prevalência de DL. Levando em consideração que os profissionais de fisioterapia apresentam uma prevalência alta de DL, essa população pode ser investigada para avaliar a possível relação entre AF e dor lombar. Sendo assim, o objetivo desse estudo é analisar a prevalência de DL e sua associação com a prática de AF em profissionais de Fisioterapia no Complexo Hospitalar de uma rede hospitalar da cidade de Porto Alegre.

2. Metodologia:

Trata-se de um estudo observacional transversal com amostra de conveniência realizado na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA) com uma população de 130 fisioterapeutas. Foram excluídos deste estudo profissionais que não são bacharéis em Fisioterapia; indivíduos que possuem distúrbios psiquiátricos graves; e sujeitos com diagnóstico positivo para neoplasias e fraturas na região lombar. O cálculo amostral considerou poder de 80%, nível de significância de 5% para identificar se existe associação entre nível de AF e prevalência de DL, sendo o n resultante de 107 sujeitos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da ISCMPA, tendo o número 5.512.588. Ao participar, os sujeitos aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), confirmaram o vínculo empregatício com a instituição na qual foi feita a pesquisa, além de possuírem o título de bacharel em Fisioterapia.

Todos os participantes preencheram de forma online o TCLE, e após aceitarem os termos, preencheram itens referentes aos dados demográficos e dois questionários. O primeiro questionário a ser preenchido foi o “*International Physical Activity Questionnaire*” (IPAQ) para a avaliação do nível de atividade física do participante. Na sequência o “*Consensus for the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies*” era respondido para determinação da prevalência e temporalidade da DL. Os questionários foram aplicados de forma on-line por meio da ferramenta do Google Forms™.

A avaliação do nível de AF foi realizada por meio do “*International Physical Activity Questionnaire*” (IPAQ). O questionário funciona através da resposta de perguntas objetivas relacionadas a realização de atividades físicas por parte do avaliado. Para a definição de uma pessoa ativa é necessário que o indivíduo realize atividades

vigorosas por pelo menos 25 minutos por 3 dias semanais. Outro tipo de AF que o questionário verifica é a atividade física moderada, essa, que necessita que seja feita ao menos 30 minutos diários por 5 dias semanais para que se classifique o sujeito como ativo

31.

A avaliação da prevalência da DL foi feita baseado no artigo “*Consensus for the standardization of Back pain definitions for use in prevalence studies*”. Nesse consenso a dor lombar é definida como dor na região entre a décima segunda costela e a linha glútea, que afeta a pessoa em suas atividades diárias (ex.: sono, trabalho, atividade física, uso de medicação), por mais de um dia. Ao todo, são realizadas 6 perguntas aos participantes que induzem a responder sobre a presença de dores lombares. Duas dessas perguntas, são utilizadas para a definição da DL. Os questionamentos envolvem a localização dos sintomas dolorosos, a necessidade de mudança de rotina em virtude da dor, a temporalidade da dor, e a Escala Visual Analógica (EVA) da dor nas últimas 4 semanas³².

Os dados contínuos foram apresentados em média e desvio padrão, enquanto os dados categóricos em valores absolutos e relativos. A normalidade das variáveis foi testada através do teste de *Kolmogorov-Smirnof*. Foi utilizado o teste de qui-quadrado com o teste exato de Fischer para analisar a associação entre as variáveis categóricas, presença de dor lombar e Atividade Física. Foi utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS versão 21.0) e adotado como significância estatística $p \leq 0,05$.

3. Resultados:

Responderam ao questionário 60 profissionais de fisioterapia, e destes, 8 foram excluídos (n=1 recusou a assinatura do TCLE; n=6 não eram profissionais da instituição de estudo; n=1 indicou que já teve fratura ou neoplasia na coluna) totalizando uma amostra final de 52 participantes. Do total de entrevistados, 84,6% eram do sexo feminino. Os participantes da amostra possuíam uma média de Idade de 33,47 anos (IC95% 31,69 - 35,26) $\pm 6,3$ anos (61% com faixa etária entre 30-39 anos). Em relação a altura média obtida foi de 1,68 m (IC95% 1,658 - 1,704) $\pm 0,081$ m. Quanto ao peso, a média obtida foi de 74,01 kg (IC95% 69,86 - 78,15) $\pm 14,7467$ kg. O Índice de massa corporal (IMC) dos participantes do estudo tem como média 26,092 Kg/m² (IC95% 24,83 - 27,35) $\pm 4,48$ Kg/m². Os sujeitos são classificados como 55,8% eutrófico; 30,8% sobrepeso e 13,5% obesidade. Quando analisados os valores fora da normalidade do IMC, 44,2% dos sujeitos possuem alguma alteração. Tabela 1.

Dados demográficos e de atividade física				
Idade	IC95% para média	Média	33,47 anos	
		Limite inferior	31,69 anos	
		Limite superior	35,26 anos	
		Desvio padrão	± 6,345 anos	
Altura	IC95% para média	Média	1,68 metros	
		Limite inferior	1,65 metros	
		Limite superior	1,70 metros	
		Desvio padrão	± 0,08 metros	
Peso	IC95% para média	Média	74,010 kg	
		Limite inferior	69,862 kg	
		Limite superior	78,157 kg	
		Desvio padrão	±14,7467 kg	
IMC	IC95% para média	Média	26,09 kg/m ²	
		Limite inferior	24,83 kg/m ²	
		Limite superior	27,35 kg/m ²	
		Desvio padrão	± 4,480 kg/m ²	
	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	(n)	(%)	(%)	(%)
	Faixa etária			
20-29 Anos	14	26,9	26,9	26,9
30-39 Anos	32	61,5	61,5	88,5
> 40 Anos	6	11,5	11,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	100,0
	Classificação IMC			
Eutrófico	29	55,8	55,8	55,8
Sobrepeso	16	30,8	30,8	86,5
Obesidade	7	13,5	13,5	100,0
Total	52	100,0	100,0	100,0
	Realização de atividade física			
SIM	41	78,8	78,8	78,8
NÃO	11	21,2	21,2	100,0
Total	52	100,0	100,0	100,0
	Frequência semanal de atividade física			
Nenhum dia	11	21,2	21,2	21,2
1 dia	3	5,8	5,8	26,9
2 dias	13	25,0	25,0	51,9
3 dias	13	25,0	25,0	76,9
4 dias	5	9,6	9,6	86,5
5 dias	4	7,7	7,7	94,2
6 dias	2	3,8	3,8	98,1
7 dias	1	1,9	1,9	100,0
Total	52	100,0	100,0	100,0

Tabela 1 - Dados contínuos e categóricos referentes ao perfil demográfico dos Fisioterapeutas analisados e a atividade física realizada. IC95% - Intervalo de confiança de 95%.

No que se refere à atividade física, 78,8% dos sujeitos realizam AF e 21,2% não realizam AF. Em relação à frequência semanal, os dados estão descritos na Tabela 1. Quanto à classificação IPAQ de atividade física, 7,7% classificam-se como sedentários; 3,8% como irregularmente ativo A; 1,9% como irregularmente ativo B; 19,2% como muito ativo; 67,3% como ativo. Dados descritos na Tabela 2.

Dados referentes ao questionário IPAQ					
Horas sentado em um dia da semana	IC95% para média	Média	4,67 horas		
		Limite inferior	3,99 horas		
		Limite superior	5,34 horas		
		Desvio padrão	± 2,39 horas		
Horas sentado no final de semana	IC95% para média	Média	6,57 horas		
		Limite inferior	5,52 horas		
		Limite superior	7,61 horas		
		Desvio padrão	± 3,71 horas		
		Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
		(n)	(%)	(%)	(%)
Classificação de níveis de atividade física quanto ao IPAQ					
Sedentário	4	7,7	7,7	7,7	
Irregularmente Ativo A	2	3,8	3,8	11,5	
Irregularmente Ativo B	1	1,9	1,9	13,5	
Muito Ativo	10	19,2	19,2	32,7	
Ativo	35	67,3	67,3	100,0	
Total	52	100,0	100,0	100,0	

Tabela 1 - Dados percentuais relacionados ao questionário IPAQ e sua respectiva classificação. % - valor percentual; n – valor quantitativo da amostra; IC95% - Intervalo de confiança de 95%.

Para a verificação da DL relatada, 57,7% dos sujeitos afirmaram possuir dor nas últimas 4 semanas. Segundo a definição de dor lombar utilizada nesse estudo (DL presente nas últimas 4 semanas que afeta a rotina da pessoa por mais de um dia), somente 7,7% tiveram prevalência relatada. Quando analisada a frequência da dor, 36,5% alegam que não teve dor lombar; 51,9% (n = 27, $[\chi^2\{3\} = 33,385; p=0,001]$) relatam que possuíam dor lombar em alguns dias. Quanto à temporalidade da dor, os dados foram descritos conforme a Tabela 3.

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Dor lombar relatada nas últimas 4 semanas		
Sim	30	57,7%
Não	22	42,3%
Dor suficiente para alterar atividades diárias por mais de 1 dia		
Sim	4	7,7%
Não	48	92,3%

Variável	Frequência (n)	Porcentagem (%)	Qui-quadrado	Valor-p
Frequência de lombalgia				
Não Tive Dor Lombar	19	36,5%	33,385	0,001
Em Alguns Dias	27	51,9%		
Na Maioria Dos Dias	4	7,7%		
Todos Os Dias	2	3,8%		

Tabela 2- Dados percentuais e categóricos relacionados ao “Consensus for the standardization of Back pain definitions for use in prevalence studies”. % - valor percentual; n – valor quantitativo da amostra

Quanto às associações das variáveis, o teste de qui-quadrado foi utilizado, junto ao teste exato de Fischer para verificar a associação entre as variáveis categóricas. Não foi encontrada associação entre as variáveis: definição de DL e AF ($\chi^2(1) = 1,163$; $p=0,281$), e entre IMC e a definição de DL. ($\chi^2(1) = 2,049$; $p=0,359$). Ambos os dados são apresentados na Tabela 4.

Realiza Atividade Física?	Se sim, essa dor foi suficiente para mudar suas atividades diárias e alterar sua rotina diária por mais de um dia?		Total (n)	Qui-quadrado	Valor-p
	Sim (n)	Não (n)			
Sim	4	37	41	$\chi^2(1) = 1,163$	0,281
Não	0	11	11		
Total	4	48	52		

Classificação IMC	Se sim, essa dor foi suficiente para mudar suas atividades diárias e alterar sua rotina diária por mais de um dia?		Total (n)	Qui-quadrado	Valor-p
	Sim (n)	Não (n)			
Eutrófico	3	26	29	$\chi^2(2) = 2,049$	0,359
Sobrepeso	0	16	16		
Obesidade	1	6	7		
Total	4	48	52		

Tabela 3- Associações entre prevalência de dor lombar e AF; Prevalência de dor lombar e classificação do IM. n = Frequência.

4. Discussão:

O presente estudo contou com uma amostra de 52 indivíduos, de maioria do sexo feminino (84,6%), com uma média de idade de 33,47 anos (IC95% 31,69 - 35,26) \pm 6,3 anos, apresentando IMC médio de 26,09 Kg/m² (IC95% 24,83 - 27,35) \pm 4,48 Kg/m². A prevalência de DL verificada foi de 7,7% (n=4) do total de sujeitos. No estudo de Bento et al ³³, a prevalência verificada foi de 28,8% (IC 95% 30,4-38,0), todavia, o corte temporal era de 7 dias anteriores à entrevista. Já no artigo de Souza et al ³⁴, a prevalência medida, que envolvia uma população idosa, era de 76,4% (IC 95%: 76,4–82,5%). Em um estudo com estudantes de fisioterapia ³⁵, revelou-se que a prevalência de DL relatada foi de 56,3% (IC95%:51,5-61,2). Porém com uma análise temporal progressiva de 1 ano para a ocorrência da dor. Quando associados a outras profissões da saúde, um estudo turco apresentou uma prevalência de 70,09% para episódios de DL³⁶. Uma revisão integrativa ³⁷ apontou que quando a prevalência de DL envolve fisioterapeutas como amostra, existe uma prevalência que varia de 40 a 50%, o que difere da atual pesquisa. As análises aplicadas por esses estudos, para a definição de DL, envolvem a somente a presença do quadro doloroso na região lombar. Portanto, os estudos não verificam a incapacidade resultante da dor. Na presente pesquisa, a conceituação utilizada para definir DL está na soma dos fatores, dor lombar e incapacidade de atividades diárias causadas pela dor. Quando esse conceito de DL não é aplicado, a prevalência de DL é de 57,7%, o que está próximo dos estudos mencionados anteriormente.

Quando associado AF e DL, verificou-se que não existiu uma diminuição da prevalência de DL nos profissionais de fisioterapia, independentemente do nível de AF ($\chi^2(1) = 1,163$; $p=0,281$). Os resultados encontrados acabam sendo contrários a diversos estudos que relatam que a AF está associada a uma menor prevalência de DL^{14 - 21, 35, 38}. Outros estudos relatam que a AF pode ser um fator de risco para que ocorra o aumento da PL, porém, essas análises são relacionadas a exercícios ocupacionais ou de intensidade muito elevada^{11, 23, 25}. Há de se constar que, essa análise ocupacional não foi realizada na presente pesquisa.

Em relação a associação, classificação do IMC e prevalência de DL, os resultados observados mostraram que não existiu uma relação entre as variáveis o que difere da literatura. Evidências demonstraram que o IMC é um fator de risco para DL³⁹⁻⁴². Shiri et al ⁴³ realizaram uma revisão sistemática com meta-análise que identificou uma relação entre peso corporal e DL, e afirmaram que a obesidade e o sobrepeso são fatores de risco para DL. No presente estudo, não foi realizada a associação entre prevalência de DL e idade, sexo ou altura dos sujeitos.

Como limitação, o estudo apresentou estar abaixo do cálculo amostral para o tamanho populacional. A presente pesquisa foi realizada com uma população muito homogênea, já que grande parte dos entrevistados realizavam AF e possuíam uma faixa etária próxima, o que acaba causando menor significância dos dados. Os questionários

foram aplicados exclusivamente em fisioterapeutas hospitalares, desta forma os resultados não podem ser extrapolados a outras áreas ocupacionais, por suas diferenças laborais. Existe também o viés de memória por parte dos participantes, o que ocasiona em informações incorretas coletadas pelo lapso temporal. Como ponto forte do estudo, a utilização da definição de dor lombar utilizada foi recomendada por um consenso de clínicos e pesquisadores experientes no campo da DL.³² Essa definição causa uma maior especificidade ao evento doloroso.

Pesquisas futuras devem levar em consideração uma amostra populacional maior, com uma heterogeneidade mais elevada, a fim de verificar se existe associação entre a atividade física e dor lombar. Somado a isso, devem padronizar as definições de dor lombar, de modo que se verifique a incapacidade que ela pode gerar nas atividades diárias. Pois, a limitação ocorrida gerará perdas econômicas.

5. Conclusão:

A prevalência de dor lombar nas 4 semanas anteriores, que afetou de alguma forma a rotina dos sujeitos da pesquisa foi de (7,7%). Não houve associação entre atividade física ou IMC com uma diminuição da prevalência de dor lombar entre os sujeitos pesquisados.

6. Referências:

1. Kongsted, A., Kent, P., Axen, I., Downie, A. S., & Dunn, K. M. (2016). What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain?. *BMC musculoskeletal disorders*, 17(1), 1-11.
2. James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Briggs, A. M. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858.
3. Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., ... & Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis & Rheumatism*, 64(6), 2028-2037.
4. Hong, J., Reed, C., Novick, D., & Happich, M. (2013). Costs associated with treatment of chronic low back pain: an analysis of the UK General Practice Research Database. *Spine*, 38(1), 75-82.
5. Schofield, D. J., Shrestha, R. N., Percival, R., Passey, M. E., Callander, E. J., & Kelly, S. J. (2012). The personal and national costs of early retirement because of spinal disorders: impacts on income, taxes, and government support payments. *The Spine Journal*, 12(12), 1111-1118.
6. Katz, J. N. (2006). Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *JBJS*, 88(suppl_2), 21-24.

7. Pate, R. R., O'Neill, J. R., & Lobelo, F. (2008). The evolving definition of "sedentary". *Exercise and sport sciences reviews*, 36(4), 173-178.
8. Hussain, S. M., Urquhart, D. M., Wang, Y., Dunstan, D., Shaw, J. E., Magliano, D. J., ... & Cicuttini, F. M. (2016). Associations between television viewing and physical activity and low back pain in community-based adults: A cohort study. *Medicine*, 95(25).
9. Citko, A., Górski, S., Marcinowicz, L., & Górska, A. (2018). Sedentary lifestyle and nonspecific low back pain in medical personnel in North-East Poland. *BioMed research international*, 2018.
10. Heneweer, H., Vanhees, L., & Picavet, H. S. J. (2009). Physical activity and low back pain: a U-shaped relation?. *Pain*, 143(1-2), 21-25.
11. Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, 100(2), 126.
12. World Health Organization. (2020). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: web annex: evidence profiles.
13. van Tulder, M. W., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*, 62(2), 233-240..
14. Abenhaim, L., Rossignol, M., Valat, J. P., Nordin, M., Avouac, B., Blotman, F., ... & Vautravers, P. (2000). The role of activity in the therapeutic management of back pain: Report of the International Paris Task Force on Back Pain. *Spine*, 25(4S), 1S-33S
15. Campello, M., Nordin, M., & Weiser, S. (1996). Physical exercise and low back pain. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 6(2), 63-72.
16. Auvinen, J., Tammelin, T., Taimela, S., Zitting, P., & Karppinen, J. (2008). Associations of physical activity and inactivity with low back pain in adolescents. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18(2), 188-194.
17. Harreby, M., Hesselsøe, G., Kjer, J., & Neergaard, K. (1997). Low back pain and physical exercise in leisure time in 38-year-old men and women: a 25-year prospective cohort study of 640 school children. *European Spine Journal*, 6(3), 181-186.
18. Hartvigsen, J., & Christensen, K. (2007). Active lifestyle protects against incident low back pain in seniors: a population-based 2-year prospective study of 1387 Danish twins aged 70–100 years. *Spine*, 32(1), 76-81.
19. Hurwitz, E. L., Morgenstern, H., & Chiao, C. (2005). Effects of recreational physical activity and back exercises on low back pain and psychological distress: findings from the UCLA Low Back Pain Study. *American journal of public health*, 95(10), 1817-1824.
20. Mikkelsen, L. O., Nupponen, H., Kaprio, J., Kautiainen, H., Mikkelsen, M., & Kujala, U. M. (2006). Adolescent flexibility, endurance strength, and physical

- activity as predictors of adult tension neck, low back pain, and knee injury: a 25 year follow up study. *British journal of sports medicine*, 40(2), 107-113.
21. Sjolie, A. N. (2004). Associations between activities and low back pain in adolescents. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 14(6), 352-359.
 22. Hoogendoorn, W. E., Van Poppel, M. N., Bongers, P. M., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1999). Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 387-403.
 23. Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., De Vet, H. C. W., Ariens, G. A. M., Van Mechelen, W., & Bouter, L. M. (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occupational and environmental medicine*, 59(5), 323-328.
 24. Jacob, T., Baras, M. A. R. I. O., Zeev, A., & Epstein, L. (2004). Physical activities and low back pain: a community-based study. *Medicine and science in sports and exercise*, 36(1), 9-15.
 25. Kujala, U. M., Taimela, S., Viljanen, T., Jutila, H., Vitasalo, J. T., Videman, T., & Battié, M. C. (1996). Physical loading and performance as predictors of back pain in healthy adults A 5-year prospective study. *European journal of applied physiology and occupational physiology*, 73(5), 452-458.
 26. Holder, N. L., Clark, H. A., DiBlasio, J. M., Hughes, C. L., Scherpf, J. W., Harding, L., & Shepard, K. F. (1999). Cause, prevalence, and response to occupational musculoskeletal injuries reported by physical therapists and physical therapist assistants. *Physical therapy*, 79(7), 642-652.
 27. Rugelj, D. (2003). Low back pain and other work-related musculoskeletal problems among physiotherapists. *Applied ergonomics*, 34(6), 635-639.
 28. Hanson, H., Wagner, M., Monopoli, V., & Keysor, J. (2007). Low back pain in physical therapists: a cultural approach to analysis and intervention. *Work*, 28(2), 145-151.
 29. Campo, M., Weiser, S., Koenig, K. L., & Nordin, M. (2008). Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: a prospective cohort study with 1-year follow-up. *Physical therapy*, 88(5), 608-619.
 30. Milhem, M., Kalichman, L., Ezra, D., & Alperovitch-Najenson, D. (2016). Work-related musculoskeletal disorders among physical therapists: A comprehensive narrative review. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 29(5), 735-747.
 31. Matsudo, S., Araújo, T., Marsudo, V., Andrade, D., Andrade, E., & Braggion, G. (2001). Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. bras. ativ. fís. saúde*, 05-18.
 32. Dionne, C. E., Dunn, K. M., Croft, P. R., Nachemson, A. L., Buchbinder, R., Walker, B. F., ... & Von Korff, M. (2008). A consensus approach toward the

- standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. *Spine*, 33(1), 95-103.
33. Bento, T. P. F., dos Santos Genebra, C. V., Maciel, N. M., Cornelio, G. P., Simeão, S. F. A. P., & de Vitta, A. (2020). Low back pain and some associated factors: is there any difference between genders?. *Brazilian journal of physical therapy*, 24(1), 79-87.
 34. de Souza, I. M. B., Merini, L. R., Ramos, L. A. V., Pássaro, A. D. C., França, J. I. D., & Marques, A. P. (2021, May). Prevalence of low back pain and associated factors in older adults: Amazonia Brazilian community study. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 5, p. 539). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.
 35. Morais, M. L., Silva, V. K. O., & Silva, J. M. N. D. (2018). Prevalence of low back pain and associated factors among physiotherapy students. *BrJP*, 1, 241-247.
 36. Çınar-Medeni, Ö., Elbasan, B., & Duzgun, I. (2017). Low back pain prevalence in healthcare professionals and identification of factors affecting low back pain. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 30(3), 451-459.
 37. Carregaro, R. L., Trelha, C. S., & Mastellari, H. J. Z. (2006). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas: revisão da literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*, 13(1), 53-59.
 38. Noll, M., Candotti, C. T., Rosa, B. N. D., & Loss, J. F. (2016). Back pain prevalence and associated factors in children and adolescents: an epidemiological population study. *Revista de saude publica*, 50, 31.
 39. Docking, R. E., Fleming, J., Brayne, C., Zhao, J., Macfarlane, G. J., & Jones, G. T. (2011). Epidemiology of back pain in older adults: prevalence and risk factors for back pain onset. *Rheumatology*, 50(9), 1645-1653.
 40. Waddell, G. (1992). Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillière's clinical rheumatology*, 6(3), 523-557.
 41. Jia, N., Zhang, M., Zhang, H., Ling, R., Liu, Y., Li, G., ... & Wang, Z. (2022). Prevalence and risk factors analysis for low back pain among occupational groups in key industries of China. *BMC Public Health*, 22(1), 1-10.
 42. Alnaami, I., Awadalla, N. J., Alkhairy, M., Alburidy, S., Alqarni, A., Algarni, A., ... & Mahfouz, A. A. (2019). Prevalence and factors associated with low back pain among health care workers in southwestern Saudi Arabia. *BMC musculoskeletal disorders*, 20(1), 1-7.
 43. Shiri, R., Karppinen, J., Leino-Arjas, P., Solovieva, S., & Viikari-Juntura, E. (2010). The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 171(2), 135-154.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nome do Estudo: **Prevalência De Dor Lombar Em Profissionais De Fisioterapia De Uma Rede Hospitalar De Porto Alegre**
Data: 16 de Setembro de 2022.

A dor lombar é uma das condições incapacitantes mais prevalentes entre todas as patologias que afetam as pessoas mundialmente e que causa grandes perdas financeiras, seja por tratamento ou por seguridade social do afetado. Estima-se que mais de 10 milhões de brasileiros possuem um grau de incapacidade relacionado a dores lombares. Existem diversas classificações referentes às lombalgias. Uma delas é quanto a sua especificação, ou seja, a queixa principal da lesão ser conhecida ou não. Estima-se que 5% a 15% dos episódios de dores lombares são associados a fraturas, neoplasias ou outras condições patológicas. Enquanto que o restante, 85% a 95% são de caracterização inespecífica, ou seja, sem uma condição pré existente conhecida que ocasione o processo doloroso. Estudos recentes indicam que a falta de atividade física é um fator de risco para a formação de distúrbios musculoesqueléticos, entre essas condições estão as dores lombares. Portanto, é necessário que se veja maneiras para a prevenção desta condição incapacitante, entre uma dessas possíveis alternativas, a atividade física pode ser um fator para uma menor prevalência, e assim um possível tratamento preventivo para dores lombares.

Considerando o exposto acima, você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“Prevalência De Dor Lombar Em Profissionais De Fisioterapia De Uma Rede Hospitalar De Porto Alegre”** cujo objetivo é avaliar as consequências funcionais e sintomáticas causadas pela lombalgia, na qualidade de vida e na dor, e a sua relação com o nível de atividade física. A pesquisa consiste em entrevista, através do preenchimento de dados de identificação e dois questionários. Primeiramente o entrevistado preenche dados básicos de identificação. Após, o primeiro questionário a ser preenchido é o IPAQ, que verifica o nível de atividade física, composto por 8 perguntas. O segundo questionário a ser preenchido é o Consenso para a padronização das definições de dor nas costas para uso em estudos de prevalência. Um questionário que avalia a prevalência da dor lombar. O tempo médio de entrevista está estimado em 15 minutos no formato online.

Os dados coletados durante este trabalho serão mantidos guardados por 5 (cinco) anos e após este período serão inutilizados. Entende-se que esta pesquisa poderá te oferecer um risco mínimo de mobilização de sentimentos, já que poderá vivenciar algum constrangimento ao responder ao questionário. O participante poderá ter benefícios a partir do entendimento da problemática e de propostas de programas de educação específicos relacionados a lombalgia e seu quadro clínico. Além disso, sua participação ajudará no desenvolvimento de novos conhecimentos, que poderão eventualmente beneficiar você e outras pessoas no futuro. Os seus registros serão sempre tratados confidencialmente. Você não terá custo nem receberá aporte financeiro para participar desta pesquisa. Os resultados deste estudo poderão ser usados em exclusivamente para fins científicos. Os dados serão utilizados apenas pela equipe do estudo desta investigação

Sua participação no estudo é voluntária, caso você decida não participar, ou ainda desistir de participar poderá retirar o seu consentimento.

Ao aceitar participar, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento que foram explicados os procedimentos do estudo.

Caso você tenha dúvidas ou solicite esclarecimento, entre em contato com o pesquisador Eduardo Sander Vieira (51) 99672-0097
Caso você ainda permaneça com dúvidas, pode ainda consultar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, fone: (51) 3214-8571.

Observação: O presente documento baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/12), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do paciente ou de seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Li e concordo em participar do estudo conforme os termos apresentados.

Eduardo Sander Vieira

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Data: ____/____/2022.

ANEXO B

Nome: _____ Data: __/__/__

Sexo: () F () M Data de nascimento: __/__/__ Idade: _____

Peso: _____ Altura: _____ Ocupação: _____

Etnia: () Branco () Pardo () Negro () Indígena

Realiza Atividade física? () Sim () Não

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, quintal ou jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar bastante ou aumentem muito sua respiração ou batimentos do coração.

____ dias por semana () Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que façam você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (Por favor, não inclua caminhada)

____ dias por semana () Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: _____ Minutos: _____

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por, pelo menos, 10 minutos contínuos em casa, no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar a outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

____ dias por semana () Nenhum

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

Horas: _____ Minutos: _____

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho ou em casa e no tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado ou deitado, lendo, assistindo televisão, visitando amigos, ...

Quanto tempo por dia você fica sentado em um dia por semana?

Horas: _____ Minutos: _____

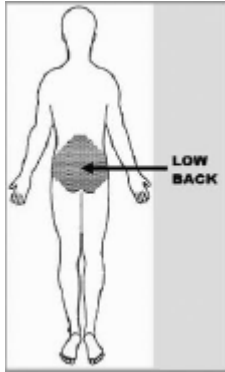
4b. Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana?

Horas: _____ Minutos: _____

ANEXO C

Nas últimas 4 semanas:

1. Local e sintomas: Você teve alguma lesão na parte inferior das costas?
(Como na figura mostrada abaixo)



SIM () NÃO ()

2. Se sim, essa dor foi suficiente para mudar suas atividades diárias e alterar sua rotina diária por mais de um dia?

SIM () NÃO ()

3. Ciático: Você teve dores que foram irradiadas pela perna

SIM () NÃO ()

4. Se sim, essa dor irradiou abaixo do joelho?

SIM () NÃO ()

5. Frequência: Se você teve dor lombar nas últimas 4 semanas, com que frequência você teve essa condição dolorosa?

- () EM ALGUNS DIAS
() NA MAIORIA DOS DIAS
() TODOS OS DIAS

6. Se você teve dor lombar nas últimas 4 semanas, identifique a intensidade usual de sua dor em uma escala de 0 a 10, onde 0 significa sem dor e 10 significa a pior dor imaginável (MARQUE A SUA RESPOSTA)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO D

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DE DOR LOMBAR EM PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DE UMA REDE HOSPITALAR DE PORTO ALEGRE

Pesquisador: Marcelo Faria Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59780022.7.0000.5335

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.512.588

Apresentação do Projeto:

Entre as profissões da área da Saúde, a fisioterapia é aquela que mais desenvolve distúrbios posturais, em relação à ocupação que realiza. Os profissionais realizam diversas atividades laborais que implicam em exigências do sistema músculo-esquelético, por meio de movimentos repetitivos de membros superiores, manutenção de posturas estáticas e dinâmicas e, principalmente, movimentos de sobrecarga para a coluna vertebral

(HOLDER et al 1999) Nos Estados Unidos, 80% da população já teve um episódio de dor lombar em algum momento da vida. (RICCI et al, 2006; RIZZO et al, 1998; WENIG et al 2009). Segundo Vos et al (2017) a lombalgia é a terceira causa de condição deficitária verificada pela autopercepção, e que portanto, é uma grande debilitante de trabalhadores, o que causa uma considerável necessidade de aplicação de recursos econômicos para tratamento. Ainda segundo Vos et al (2012) a dor lombar juntamente com suas complicações, são responsáveis pelo maior tempo vivido com deficiência entre todas os outros distúrbios. Em 2015 a dor lombar foi a principal causa global de deficiência em grande parte dos países do mundo. O aumento de casos de dor lombar vem em uma crescente ao longo dos anos, com um aumento de 57% em relação a 1990. O que gera grandes fardos econômicos devido ao seu caráter de perda de funcionalidade, e custos para a saúde. (VOS et al, 2017; DAGENAIS et al, 2008;

Endereço: R. Prof. Annes Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-000
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



Continuação do Parecer: 5.512.588

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 06 de Julho de 2022

Assinado por:
JOÃO CARLOS GOLDANI
(Coordenador(a))

Endereço: R. Prof Annes Dias,295 Hosp.Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro CEP: 90.020-090
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 Fax: (51)3214-8571 E-mail: cep@santacasa.tche.br

Página 05 de 05

NORMAS DA REVISTA ESCOLHIDA PARA SUBMISSÃO DO ARTIGO

Forma e preparação dos manuscritos

1 – Apresentação:

O texto deve ser digitado em processador de texto Word ou compatível, em tamanho A4, com espaçamento de linhas e tamanho de letra que permitam plena legibilidade. O texto completo, incluindo páginas de rosto e de referências, tabelas e legendas de figuras, deve conter no máximo 25 mil caracteres com espaços.

2 – A página de rosto deve conter:

- a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês;
- b) título condensado (máximo de 50 caracteres);
- c) nome completo dos autores, com números sobrescritos remetendo à afiliação institucional e vínculo, no número máximo de 6 (casos excepcionais onde será considerado o tipo e a complexidade do estudo, poderão ser analisados pelo Editor, quando solicitado pelo autor principal, onde deverá constar a contribuição detalhada de cada autor);
- d) instituição que sediou, ou em que foi desenvolvido o estudo (curso, laboratório, departamento, hospital, clínica, universidade, etc.), cidade, estado e país;
- e) afiliação institucional dos autores (com respectivos números sobrescritos); no caso de docência, informar título; se em instituição diferente da que sediou o estudo, fornecer informação completa, como em “d”); no caso de não-inserção institucional atual, indicar área de formação e eventual título;
- f) endereço postal e eletrônico do autor correspondente;
- g) indicação de órgão financiador de parte ou todo o estudo se for o caso;
- h) indicação de eventual apresentação em evento científico;
- i) no caso de estudos com seres humanos ou animais, indicação do parecer de aprovação pelo comitê de ética; no caso de ensaio clínico, o número de registro do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos-REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>) ou no *Clinical Trials* (<http://clinicaltrials.gov>).

OBS: A partir de 01/01/2014 a FISIOTERAPIA & PESQUISA adotará a política sugerida pela Sociedade Internacional de Editores de Revistas em Fisioterapia e exigirá na submissão do manuscrito o registro retrospectivo, ou seja, ensaios clínicos que iniciaram recrutamento a partir dessa data deverão registrar o estudo ANTES do recrutamento do primeiro paciente. Para os estudos que iniciaram recrutamento até 31/12/2013, a revista aceitará o seu registro ainda que de forma prospectiva.

3 – Resumo, abstract, descritores e keywords:

A segunda página deve conter os resumos em português e inglês (máximo de 250 palavras). O resumo e o *abstract* devem ser redigidos em um único parágrafo, buscando-se o máximo de precisão e concisão; seu conteúdo deve seguir a estrutura formal do texto, ou seja, indicar objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. São seguidos, respectivamente, da lista de até cinco descritores e *keywords* (sugere-se a consulta aos DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da Bibliotecas Virtual em Saúde do Lilacs (<http://decs.bvs.br>) e ao MeSH – Medical Subject Headings do Medline (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)).

4 – Estrutura do texto:

Sugere-se que os trabalhos sejam organizados mediante a seguinte estrutura formal: a) Introdução – justificar a relevância do estudo frente ao estado atual em que se encontra o objeto investigado e estabelecer o objetivo do artigo; b) Metodologia – descrever em detalhe a seleção da amostra, os procedimentos e materiais utilizados, de modo a permitir a reprodução dos resultados, além dos métodos usados na análise estatística; c) Resultados – sucinta exposição factual da observação, em sequência lógica, em geral com apoio em tabelas e gráficos. Deve-se ter o cuidado para não repetir no texto todos os dados das tabelas e/ou gráficos; d) Discussão – comentar os achados mais importantes, discutindo os resultados alcançados comparando-os com os de estudos anteriores. Quando houver, apresentar as limitações do estudo; e) Conclusão – sumarizar as deduções lógicas e fundamentadas dos Resultados.

5 – Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas:

Tabelas, gráficos, quadros, figuras e diagramas são considerados elementos gráficos. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo cinco desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nas legendas, as quais devem permitir o entendimento do elemento gráfico, sem a necessidade de consultar o texto. Note que os gráficos só se justificam para permitir rápida compreensão das variáveis complexas, e não para ilustrar, por exemplo, diferença entre duas variáveis. Todos devem ser fornecidos no final do texto, mantendo-se neste, marcas indicando os pontos de sua inserção ideal. As tabelas (títulos na parte superior) devem ser montadas no próprio processador de texto e numeradas (em arábicos) na ordem de menção no texto; decimais são separados por vírgula; eventuais abreviações devem ser explicitadas por extenso na legenda. Figuras, gráficos, fotografias e diagramas trazem os títulos na parte inferior, devendo ser igualmente numerados (em arábicos) na ordem de inserção. Abreviações e outras informações devem ser inseridas na legenda, a seguir ao título.

6 – Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser organizadas em sequência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborados pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas – ICMJE (<http://www.icmje.org/index.html>).

7 – Agradecimentos:

Quando pertinentes, dirigidos a pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências. O texto do manuscrito deverá ser encaminhado em dois arquivos, sendo o primeiro com todas as informações solicitadas nos itens acima e o segundo uma cópia cegada, onde todas as informações que possam identificar os autores ou o local onde a pesquisa foi realizada devem ser excluídas.