



Perfil funcional de pessoas com dores persistentes na coluna baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade

Functioning profile of people with persistent back pain based on International Classification of Functioning

**Edson Barros¹, Jéssica da Silva Batista², Poliana Cândido Vasconcelos²,
Diego Dantas³, Débora Wanderley^{3*}**

¹ Departamento de Fisioterapia, Discente do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (PE), Brasil.

² Fisioterapeuta, Recife (PE), Brasil.

³ Departamento de Fisioterapia, Professora Doutora do Programa de Pós-graduação - Mestrado em Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife (PE), Brasil.

***Autor correspondente:** Débora Wanderley – *E-mail:* debora.wanderley@ufpe.br

Recebido em: 07 julho 2023

Aceito em: 15 agosto 2023

RESUMO

Traçar o perfil de funcionalidade de pessoas com dores persistentes na coluna por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Trata-se de um estudo transversal com aplicação do método SCEBS (*Somatic, Cognition, Emotion, Behavior and Social*), Escala de catastrofização da dor, escala de cinesiofobia e percepção corporal. O discurso dos participantes foi analisado para identificação de conteúdos da CIF. O estudo incluiu 49 participantes com média de 25 anos. A partir do discurso foram identificadas 2.053 citações relacionadas a 108 diferentes categorias da CIF. As categorias mais identificadas foram: segmento vertebral lombar (s76002), funções relacionadas aos aspectos emocionais (b1522 e b152), cuidados da própria saúde (d570) e educação (d838). A catastrofização e cinesiofobia interferiram no perfil de funcionalidade dos participantes. As pessoas com dor persistente na coluna enfrentam prejuízos nas estruturas e funções corporais, limitação nas atividades e participação, fatores ambientais e pessoais.

Palavras-chave: Avaliação da deficiência. Dor crônica. Dor nas costas.

ABSTRACT

To outline the functional profiles of individuals with persistent back pain using the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF). This cross-sectional study employed the Somatic, Cognition, Emotion, Behavior, and Social (SCEBS) method, the Pain Catastrophizing Scale, the Kinesiophobia Scale, and body perception measures. The participants' discourses were analyzed to identify the content related to the ICF. This study included 49 participants with an average age of 25 years. From the discourse analysis, 2,053 citations related to 108 ICF categories were identified. The most frequently identified categories were the lumbar vertebral column (s76002), functions related to emotional aspects (b1522 and b152), self-care (d570), and education (d838). Catastrophizing and kinesiophobia influenced participants' functional profiles. Individuals with persistent back pain experience impairments in body structure and function, limitations in activities and participation, and environmental and personal factors.

Keywords: Back pain. Chronic pain. Disability evaluation.

INTRODUÇÃO

A dor persistente na coluna se destaca como um dos tipos de dor mais prevalentes em todo o mundo. Seus impactos levam a incapacidades, piora na percepção da qualidade de vida, aposentadoria precoce e aumento dos custos com cuidados em saúde.¹ A dor lombar, por exemplo, é a quarta causa de incapacidade no mundo entre indivíduos com idade entre 25 e 49 anos.²

A persistência da dor implica em mudanças importantes na vida do indivíduo, pois afeta as dimensões emocionais, cognitiva e social, além de promover alterações estruturais.³ Tal sintoma, por exemplo, está relacionado a múltiplas áreas de processamento e ao remodelamento do mapa cortical, levando à ativação de áreas relacionadas aos aspectos afetivo-cognitivos e emocional-comportamentais da dor, favorecendo o desenvolvimento de crenças negativas sobre ela. Além disso, esse processo pode levar a mudanças de atitudes que envolvem aspectos biopsicossociais da vida do indivíduo, resultando na cronificação da dor, com pensamentos catastróficos, cinesiofobia e alterações na percepção corporal.³⁻⁵

Diante disso, a utilização de modelos de atenção biopsicossocial centrados no paciente é o ponto chave para o tratamento de pacientes com dor persistente.⁶ Para auxiliar na compreensão dessa condição dolorosa sob uma perspectiva biopsicossocial, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) tem sido utilizado em diversos estudos, permitindo a criação de core sets, listas resumidas e necessidades de saúde dessa população.^{7,8} Isso porque a CIF permite a operacionalização do conceito de saúde e a identificação dos perfis de funcionalidade, facilitando o estabelecimento de prioridades no manejo terapêutico.⁹

Apesar dos avanços na utilização da CIF aplicada a pessoas com contexto de dor persistente, poucos estudos comparam o perfil de funcionalidade e incapacidade com base na presença de catastrofização (pensamentos e sentimentos negativos relacionados à dor) ou cinesiofobia (medo de realizar movimento ou de reincidência da lesão) nessa população.¹⁰ Como alternativa, estudos têm utilizado a metodologia de identificação de conteúdo da CIF com base em informações clínicas de rotina.^{10,11}

O modelo da CIF é uma estrutura bem estabelecida para entender o perfil de funcionalidade de pessoas com dor persistente. Isso pode ser útil para estabelecer metas e registrar dados funcionais, melhorando o manejo de pessoas com queixas persistentes de dor nas costas em um modelo biopsicossocial. No entanto, é escasso o uso deste modelo para

categorizar os problemas de saúde e apontar diferenças nos perfis funcionais quando a cinesiofobia e a catastrofização estão presentes. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo Traçar o perfil de funcionalidade de pessoas com dores persistentes na coluna por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal envolvendo pessoas com dor persistente na coluna, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (Parecer nº: 4.499.197). Todos os voluntários receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e consentiram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em formato eletrônico. O estudo foi realizado com base nas diretrizes da Declaração de Helsinque.

O estudo está vinculado ao Laboratório de Recursos Cinesioterapêuticos e Recursos Terapêuticos Manuais (LACIRTEM), e foi realizado no período de 1º de setembro de 2020 a 31 de agosto de 2021.

Esta pesquisa não recebeu nenhuma concessão específica de agências de financiamento nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

PARTICIPANTES

Adotou-se a amostragem por conveniência, e os voluntários foram recrutados por meio de anúncios online nas redes sociais, como *Facebook* e *Instagram*, bem como pelo compartilhamento do link do formulário da pesquisa entre os potenciais participantes. A elegibilidade da amostra foi avaliada por meio de questionário eletrônico, de acordo com os critérios de inclusão: homens e mulheres, com idade entre 18 e 60 anos, que relataram queixa de dor persistente na coluna por um período mínimo de três meses em qualquer segmento da coluna vertebral.¹²

Os critérios de exclusão englobaram voluntários com doença neurológica ou reumatológica; história de tumores na coluna vertebral, trauma ou cirurgia; presença de osteoartrite; implantes metálicos na coluna; doenças cardiorrespiratórias; uso de auxiliar de marcha; obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30); gestantes, portadores de diabetes ou indivíduos submetidos a qualquer tipo de tratamento para dor durante o período da pesquisa.

PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para compreender a perspectiva de voluntários com dores persistentes na coluna sobre seu perfil funcional, foi utilizada uma metodologia amplamente divulgada na literatura.^{11,13} Assim, a pesquisa foi dividida em duas etapas:

Etapa I - Caracterização da amostra e dos aspectos biopsicossociais de pessoas com dores persistentes na coluna

Os participantes elegíveis responderam a um formulário eletrônico auto aplicável, via *Google Forms*, contendo dados para caracterização da amostra, avaliação da presença de cinesiofobia e de catastrofização, percepção corporal, além de perguntas do método SCEBS (*Somatic, Cognition, Emotion, Behavior and Social*), uma versão adaptada transculturalmente para o Brasil, para identificar o perfil de funcionalidade dos participantes.

O método SCEBS é um dos poucos instrumentos com abordagem biopsicossocial direcionados para pacientes com dor.¹⁴ Este instrumento compreende 51 questões abertas divididas em três grupos ou dimensões: somática, psicológica e social. Com relação à dimensão psicológica, também são avaliados os seguintes aspectos: fatores cognitivos, emocionais e comportamentais.¹⁴ Os participantes foram instruídos a responder livremente, não sendo estabelecido limite de caracteres para as respostas.

A presença de cinesiofobia foi avaliada por meio da *Tampa Scale for Kinesiophobia*, composta por 17 questões que abordam a dor e a intensidade dos sintomas para prever a cinesiofobia.^{15,16} A pontuação final varia de 17 a 68 pontos e quanto maior a pontuação, maior o grau de cinesiofobia.¹⁷ O resultado também pode ser dicotomizado em baixo nível de cinesiofobia, com pontuação menor ou igual a 37 pontos, ou alto nível de cinesiofobia, para pontuações superiores a 37 pontos.^{15,16}

A avaliação da catastrofização incluiu a *Pain Catastrophizing Scale* - PCS, desenvolvida por M. J. L. Sullivan et al.¹⁸ e validada para o contexto brasileiro por Sehn et al.¹⁹ Este instrumento abrange 13 itens, nos quais os pacientes relatam, por meio de uma escala de 0 a 4 pontos, o grau de sentimento ou pensamento sobre sua dor. A escala é composta por três domínios: Desamparo - 4 itens, Ampliação - 3 itens e Ruminação - 6 itens. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens, variando de 0 a 52 pontos.¹⁹ Além disso, o resultado pode ser categorizado em níveis: catastrofização alta (30 pontos ou mais); catastrofização

intermediária (20-29 pontos); catastrofização baixa (19 pontos ou menos).²⁰

Para avaliar a percepção corporal, o teste de desenho da imagem corporal foi adaptado para um formulário online do Google, no qual os participantes escolhiam a imagem que melhor os representava. As imagens dos desenhos corporais continham figuras que representavam o formato da coluna vertebral considerado normal e outras figuras que representavam algumas alterações da coluna. Além disso, os participantes relataram se a dor era predominante no lado direito, esquerdo ou em ambos os lados. As imagens dos desenhos corporais foram feitas com base em estudos anteriores.^{21,22}

Etapa II - Identificação de conteúdo próprio da CIF nas falas dos participantes

Na segunda etapa empregou-se o *linking rules*, método proposto e atualizado por Cieza et al.²³, para identificar o conteúdo da CIF a partir de outras fontes de informação em saúde. Inicialmente, foi realizada a identificação dos conceitos significativos a partir do corpo textual das respostas dos participantes ao método SCEBS. Em seguida, foi analisada a possibilidade de vincular os conceitos significativos a pelo menos uma categoria da CIF. A escolha da categoria da CIF foi baseada no modelo de decisão proposto por Cieza et al.²³ e envolveu quatro etapas: (i) análise se o conceito significativo está contemplado na estrutura da CIF, (ii) identificação do componente da CIF que abrange o conceito significativo (estruturas do corpo, funções do corpo, atividade e participação e fatores ambientais); (iii) identificação do domínio da CIF relacionado (categoria de primeiro nível); (iv) identificação da categoria de segundo nível que contempla o conceito significativo. Quando possível, categorias de terceiro nível foram utilizadas para maior exatidão da informação.

Além disso, como a CIF não possui categorias para fatores pessoais, foi utilizada a lista proposta por Geyh et al.²⁴ para também codificar as informações desse componente.

Todos os passos seguidos na etapa II foram realizados por dois pesquisadores de previamente treinados para este método de forma independente. Após finalização da identificação das categorias contempladas, foi realizada uma reunião de consenso e as divergências resolvidas por dois outros pesquisadores com experiência em estudos com a CIF e na metodologia do *linking rules*. A concordância entre os avaliadores foi mensurada pelo coeficiente de Kappa e valores de $k \geq 0,60$ foram interpretados como boa concordância²⁵.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados em planilha do Microsoft Excel® e as variáveis quantitativas foram expressas em mediana, média, valores mínimos e máximos, frequências absolutas e relativas.

Em relação ao conteúdo da CIF, foi calculada a frequência de citação de cada categoria, bem como a frequência relativa das categorias por componentes da CIF: estruturas do corpo (s), funções do corpo (b), atividades e participação (d), fatores ambientais (e) e fatores pessoais (i).

RESULTADOS

O fluxograma de recrutamento da amostra é apresentado na Figura 1. Ao todo, 96 participantes foram triados e 60 deles foram elegíveis para o estudo (39 mulheres), com idade média de $25,18 \pm 7,9$ anos.

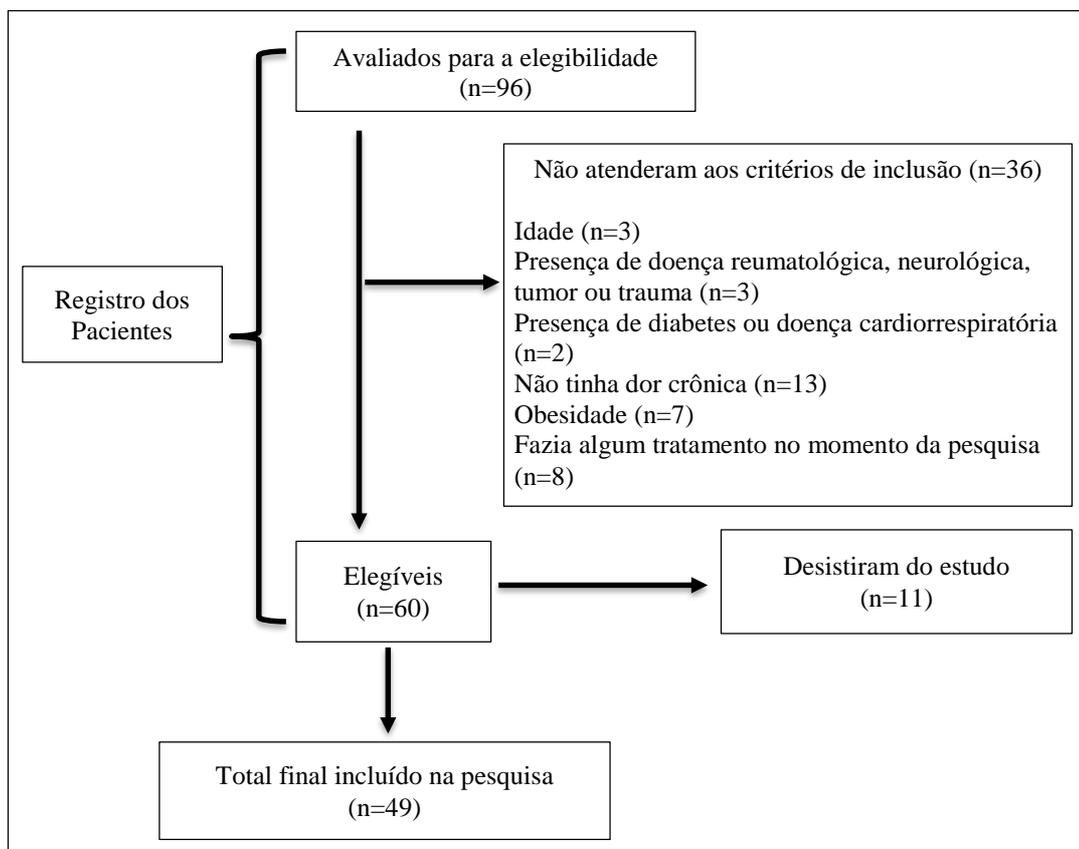


Figura 1. Fluxograma de captura dos participantes

A Tabela 1 contém as características gerais da amostra. A maioria dos participantes da pesquisa apresentou dor em mais de um segmento da coluna, correspondendo a 46,9% da

amostra total. Entre os participantes, 18,4% testaram positivo para COVID-19 e 8,2% relataram piora da percepção da dor em decorrência do isolamento social.

Todos os participantes apresentaram cinesiofobia (49), sendo divididos entre os que apresentaram níveis baixo (53,1%) e alto (46,9%). Em relação aos voluntários que apresentaram catastrofização 98%, 45,8% foram classificados como grau baixo, enquanto 29,2% apresentaram grau moderado e 25% grau alto.

Tabela 1. Características gerais da amostra

Variáveis	Participantes (n=49)
Idade (anos) M±DP	25,18±7,9
Sexo n (%)	
<i>Feminino</i>	39 (79,6)
<i>Masculino</i>	10 (20,4)
Peso (kg) M±DP	59,96±14,67
Altura (m)M±DP	1,98±0,14
Índice de massa corpórea (kg/m²) M±DP	21,57±4,2
Tempo com dor na coluna(meses)	34,39±29,61
Local da dor n (%)	3 (6,1)
<i>Coluna cervical</i>	8 (16)
<i>Coluna torácica</i>	14 (28)
<i>Coluna lombar</i>	1 (2)
<i>Coluna Sacral</i>	23 (46,9)
<i>Mais de um segmento da coluna</i>	
Teve COVID-19 n (%)	9 (18,4)
A dor piorou durante o isolamento social? n (%)	4 (8,2)
Cinesiofobia (TAMPA) M±DP	35,22±6,25
Catastrofização (B-PCS) M±DP	20,61±10,29
Alteração da percepção corporal n (%)	41 (83,7)

Os dados são apresentados como média±desvio padrão (X±DP) ou n (%). Número (n); Índice de Massa Corpórea (IMC). Escala de Pensamento Catastrófico sobre a Dor (B-PCS); Escala Tampa para Cinesiofobia (TAMPA).

A Figura 2 sintetiza o perfil de funcionalidade dos participantes com dores persistentes na coluna. Ao todo, 2.053 citações foram relacionadas a 108 categorias diferentes da CIF, das quais 10 foram relacionadas a estruturas corporais; 39 às funções corporais; 44 atividades e participação; 7 a fatores ambientais, 7 a fatores pessoais e 1 relacionado a uma condição de saúde não contemplada pela estrutura da CIF. A confiabilidade entre avaliadores no processo de ligação da CIF demonstrou boa concordância ($k = 0,614$). Considerando os componentes da CIF, a concordância foi boa apenas no componente “funções do corpo – b” ($k = 0,617$), sendo considerada regular nos componentes “estruturas do corpo – s” ($k = 0,569$), “atividades e participação – d” ($k = 0,509$); e fraco no componente “fatores ambientais – e” ($k=0,361$) e fatores pessoais ($k=0,357$).

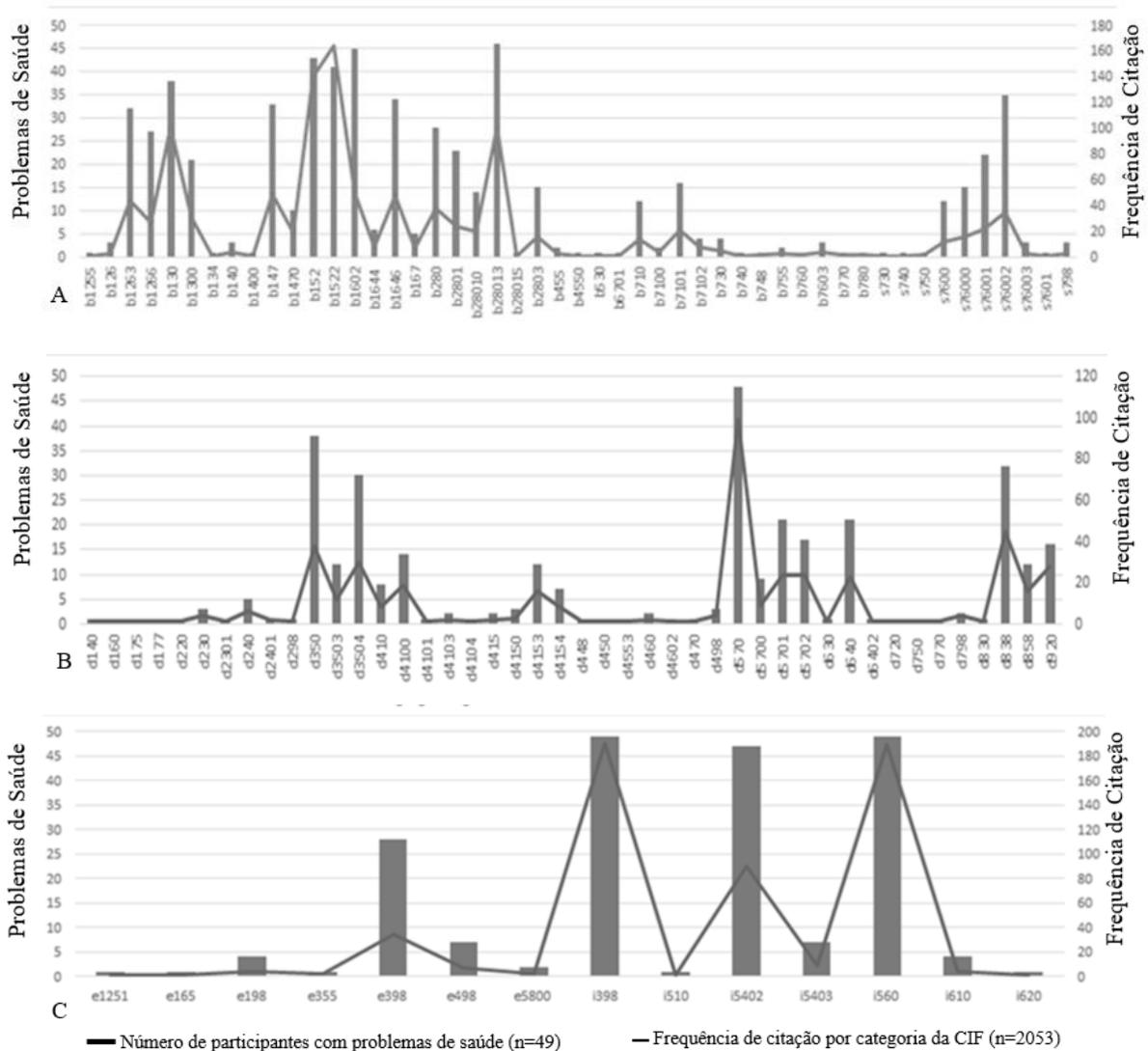


Figura 2. Perfil de funcionalidade de pessoas com dores persistentes na coluna (n=49). As colunas representam o número de participantes com problema na categoria CIF apresentada, enquanto as linhas representam quantas vezes a categoria da CIF foi citada no discurso do participante. A = Categorias Funções do corpo e Estruturas do corpo, B = Categoria Atividade e participação, C = Categorias Fatores ambientais e Fatores pessoais.

Em relação às categorias mais citadas, o componente Estruturas do Corpo foi o mais vinculado abordando as categorias da coluna vertebral, principalmente a coluna vertebral lombar (s76002), seguida da coluna vertebral torácica (s76001) e da coluna vertebral cervical (s76000). Já em relação às Funções Corporais, englobaram-se as questões emocionais (b152 – funções emocionais e b1522 – gama de emoções). As limitações e restrições mais relatadas no componente Atividade e Participação foram relacionadas a cuidar da própria saúde (d570), educação (d838) e conversação (d350), nessa ordem, respectivamente. Além disso, a maioria das categorias de Fatores Ambientais estava relacionada a apoio e relacionamentos (e398) e atitudes (e498). Por fim, também foram identificados os seguintes Fatores Pessoais: história pessoal e biografia (i398) e avaliações pessoais (i560).

A Tabela 2 apresenta distribuição na frequência de citação dos capítulos da CIF, segundo a presença de cinesiofobia, catastrofização e percepção corporal alterada. Participantes com altos níveis de cinesiofobia tiveram maior frequência de citação do capítulo s7 do componente Estrutura do Corpo, quando comparados a participantes com baixo grau de cinesiofobia. O mesmo padrão foi observado no capítulo b1 de Funções do Corpo, bem como no capítulo d6 de atividades e participação. Por outro lado, o capítulo d5 foi identificado principalmente em participantes com baixa cinesiofobia. Além disso, pacientes com baixo nível de catastrofização evidenciaram maior frequência de citação do capítulo b1, quando comparado aos demais níveis. Em relação às pessoas com alterações na percepção corporal, o capítulo s7 das estruturas corporais foi muito mais citado.

Tabela 2. Distribuição das frequências de citação dos capítulos da CIF representativos do perfil de funcionalidade de pessoas com dores persistente da coluna (n=49), de acordo com os níveis de cinesiofobia (baixo e alto nível), catastrofização (nível baixo, intermediário e alto) e a presença de alteração da percepção corporal

Capítulo da CIF	Cinesiofobia		Catastrofização			Alteração da percepção corporal	
	Baixo nível (53,1%)	Alto nível (46,9%)	Nível baixo (45,8%)	Nível intermediário (29,2%)	Nível alto (25%)	Sim	Não
Estruturas do corpo							
<i>s7</i> (n=96)	45	51	48	23	24	87	9
Funções do corpo							
<i>b1</i> (n=698)	330	368	278	223	186	602	96
<i>b2</i> (n=200)	106	94	86	55	54	171	29
<i>b4</i> (n=4)	3	1	3	1	0	2	2
<i>b5</i> (n=1)	0	1	0	1	0	0	1
<i>b6</i> (n=1)	1	0	0	1	0	1	0
<i>b7</i> (n=68)	49	19	36	21	10	48	20
Atividades e participação							
<i>d1</i> (n=4)	2	2	2	1	1	4	0
<i>d2</i> (n=15)	6	9	5	4	6	15	0
<i>d3</i> (n=80)	43	37	35	24	19	66	14
<i>d4</i> (n=71)	44	27	40	12	18	62	9
<i>d5</i> (n=156)	91	65	71	45	36	132	24
<i>d6</i> (n=25)	7	18	9	7	9	21	4
<i>d7</i> (n=7)	4	3	1	6	0	6	1
<i>d8</i> (n=62)	26	36	23	17	22	52	10
<i>d9</i> (n=28)	13	15	17	3	8	26	2
Fatores ambientais							
<i>e1</i> (n=6)	4	2	4	2	0	5	1
<i>e3</i> (n=36)	23	13	18	12	5	29	7
<i>e4</i> (n=7)	3	4	4	3	0	6	1
<i>e5</i> (n=2)	0	2	1	0	1	2	0
Fatores pessoais							
<i>i3</i> (n=191)	102	89	86	53	48	163	28
<i>i5</i> (n=290)	150	140	125	81	78	246	44
<i>i6</i> (n=5)	2	3	3	2	0	5	0

Capítulos da CIF elencados a cima: **Estruturas do corpo:** *s7* - Estruturas relacionadas ao movimento. **Funções do Corpo:** *b1* - Funções mentais; *b2* - Funções sensoriais e dor; *b4* - Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório, *b5* - Funções dos sistemas digestivo, metabólico e endócrino; *b6* - Funções geniturinárias e reprodutivas; *b7* - Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento. **Atividades e participação:** *d1* - Aprendizagem e aplicação de conhecimento; *d2* - Tarefas e demandas gerais; *d3* - Comunicação; *d4* - Mobilidade ; *d5* - Cuidado pessoal; *d6* - Vida doméstica; *d7* - Relações e interações interpessoais; *d8* - Áreas principais da vida; *d9* - Vida comunitária, social e cívica. **Fatores ambientais:** *e1* - Produtos e tecnologia; *e3* - Apoio e relacionamentos; *e4* - Atitudes; *e5* - Serviços, sistemas e políticas. **Fatores pessoais:** *i3* - História pessoal e biografia; *i5* - Pensamentos e crenças; *i6* - Motivação.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou os domínios e categorias mais citados nas falas dos participantes. Tais achados podem refletir o perfil de funcionalidade de pacientes com dor persistente na coluna. Algo até então não abordado na literatura e que pode ser útil para aprimorar o direcionamento de ações voltadas para uma abordagem biopsicossocial.

Pode-se considerar que todos os indivíduos são sistemas complexos que interagem com múltiplos fatores. O modelo biomédico não tem sido suficiente para explicar muitos sintomas e quadros de dor, o que tem levado pesquisadores e profissionais de saúde a utilizarem instrumentos baseados no modelo biopsicossocial.¹⁴ Nesse sentido, o método de avaliação SCEBS foi desenvolvido para ser um guia para avaliação de pacientes com dor, a fim de facilitar uma abordagem centrada no paciente com base no modelo biopsicossocial.¹⁴

Como observado, a dor persistente na coluna é uma condição altamente incapacitante e causa danos consideráveis à saúde.²⁶ Essa morbidade afeta a vida das pessoas em diferentes aspectos emocionais, cognitivos, clínicos e até mesmo de comportamento como evidenciados na presente pesquisa, exigindo uma abordagem abrangente.^{26,27}

Em relação aos componentes da CIF, no que diz respeito ao componente Estruturas do Corpo, foram encontrados maiores comprometimentos nas categorias relacionadas ao seguimento vertebral lombar (s76002), seguimento vertebral torácico (s76001) e seguimento vertebral cervical (s76000). Esse achado está relacionado com a prevalência de dor em cada segmento da coluna. Tais sintomas, além de altamente prevalentes, desencadeiam impactos financeiros, diminuição da produtividade no trabalho e gastos diretos com saúde.^{15,16}

Por sua vez, o comprometimento das funções relacionadas aos aspectos emocionais (b1522 – amplitude da emoção e b152 – funções emocionais) corrobora achados anteriores. Esse resultado sugere que crenças, crenças, cognições, medo, ansiedade, comportamento cinesiofóbico e catastrofização estariam associados a um aumento da incapacidade, resultando em maior percepção da intensidade da dor. Por outro lado, comportamentos positivos de dor poderiam estar fortemente associados a melhores resultados funcionais e melhor adesão aos tratamentos.^{28,29} Assim, o comprometimento psicológico reforça a necessidade de uma avaliação global, pois tais fatores contribuiriam para uma mudança ou piora da percepção da dor.

Além disso, atividades como cuidar da própria saúde (d570), educação (d838) e conversação (d350) foram observadas com frequência, o que pode ser explicado pelo fato de

que a dor persistente afeta a capacidade de se exercitar, caminhar, realizar atividades domésticas, participar em atividades sociais e manter um estilo de vida independente.^{11,27}

Do mesmo modo, toda pessoa está inserida em um contexto socioambiental, e suas características podem influenciar os efeitos, manifestação e exacerbação da dor.¹⁴ A presença da rede social, por exemplo, família, amigos, colegas de trabalho e outros, também modifica o contexto da dor, pois pacientes com altos níveis de suporte social geralmente relatam menos sofrimento e dor. Assim, as condições ambientais devem ser consideradas ao fornecer suporte ao paciente.²⁹ Nesta pesquisa, a categoria mais relatada relacionada aos Fatores Ambientais foi justamente apoio e relacionamentos (e398). Quanto aos fatores pessoais, os mais citados foram história pessoal e biografia (i398) e avaliações pessoais (i560).

Ao verificar a frequência de citação dos capítulos da CIF, os resultados indicam que as respostas obtidas pelo método SCEBS contemplam um modelo biopsicossocial. Entre as respostas obtidas, foram identificadas afirmações relacionadas às funções mentais, autocuidado e vida doméstica, que nem sempre são contempladas em uma avaliação convencional, centrada no modelo biomédico. Nesse sentido, o presente estudo reforça a necessidade de realizar avaliações que considerem não apenas a estrutura e as funções do corpo, incluindo danos nos tecidos e anormalidades estruturais, mas também aspectos relacionados às atividades e nível de participação, com ênfase na saúde, e não apenas na doença.

Ainda em relação à frequência de citação dos capítulos da CIF, o capítulo b1 (funções mentais) se destaca como o mais citado, o que sugere o fato de muitos pacientes com dor persistente na coluna apresentarem medo elevado, presença frequente de problemas psicológicos e catastrofização da dor.⁴ Além disso, os capítulos i5 (pensamentos e crenças) e b2 (funções sensoriais e dor) também foram identificados com frequência, indicando que muitas pessoas com dor persistente possuem medos e crenças existentes, concepções pré-estabelecidas, que dificultam ainda mais o processo de recuperação, e tal persistência da dor pode estar relacionada a alterações no mapa cortical.³⁰

No geral, a dor persistente da coluna apresenta um prognóstico ruim e representa um fenômeno biopsicossocial complexo em termos de abordagens de avaliação e tratamento. Assim, uma avaliação biopsicossocial é útil, pois contribui fornecendo informações importantes para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisão para um melhor tratamento de pacientes com dor musculoesquelética.

Neste estudo, todos os domínios da CIF foram contemplados e uma correlação com o método SCEBS foi realizada. No entanto, esta pesquisa apresenta limitações devido ao pequeno

tamanho amostral e por adotar um método de levantamento com muitas questões, o que não limita o uso de seus dados e informações.

CONCLUSÃO

A partir dos achados encontrados, pode-se sugerir que o indivíduo com dor persistente na coluna enfrenta prejuízos nas Estruturas e Funções corporais, limitação nas Atividades e na Participação, e nos Fatores Ambientais e Pessoais. Esta pesquisa pode contribuir para a prática clínica como norteadora do cuidado, sabendo que os problemas de saúde do indivíduo com dor persistente na coluna são diversos e devem abranger aspectos amplos a fim de proporcionar um modelo biopsicossocial de cuidado adequado.

REFERÊNCIAS

1. Gogovor A, Visca R, Auger C, Bouvrette-Leblanc L, Symeonidis I, Poissant L, et al. Informing the development of an Internet-based chronic pain self-management program. *Int J Med Inform.* 2017 Jan;97:109–19. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2016.10.005
2. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global Burden of 369 Diseases and Injuries in 204 Countries and territories, 1990–2019: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020 Oct 17;396(10258):1204–22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
3. Hashmi JA, Baliki MN, Huang L, Baria AT, Torbey S, Hermann KM, et al. Shape shifting pain: chronification of back pain shifts brain representation from nociceptive to emotional circuits. *Brain.* 2013 Aug 26;136(9):2751–68. doi: 10.1093/brain/awt211
4. Kamonseki DH, Christenson P, Rezvanifar SC, Calixtre LB. Effects of manual therapy on fear avoidance, kinesiophobia and pain catastrophizing in individuals with chronic musculoskeletal pain: Systematic review and meta-analysis. *Musculoskelet Sci Pract.* 2021 Feb;51:102311. doi: 10.1016/j.msksp.2020.102311
5. Turton AJ, Palmer M, Grieve S, Moss TP, Lewis J, McCabe CS. Evaluation of a Prototype Tool for Communicating Body Perception Disturbances in Complex Regional Pain Syndrome. *Front Hum Neurosci.* 2013;7. doi: 10.3389/fnhum.2013.00517.
6. Hutting N, Caneiro JP, Ong'wen OM, Miciak M, Roberts L. Patient-centered care in musculoskeletal practice: key elements to support clinicians to focus on the person. *Musculoskeletal Sci and Pract.* 2021 Aug;57:102434. doi: 10.1016/j.msksp.2021.102434.
7. Selb M, Escorpizo R, Kostanjsek N, Stucki G, Üstün B, Cieza A. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. 1st ed. Vol. 51. *Eur J of Phys Rehabil Med;* 2015.
8. Fréz AR, Binda AC, Dubiela A, Daniel CR, Bertolini GRF, Ruaro JA, et al. Funtional

- profile of active adults with low back pain, according to the ICF. *Rev Bras Med Esporte*. 2016; 22:252–5. doi.org/10.1590/1517-869220162204159647
9. Stucki G, Rubinelli S, Bickenbach J. We need an operationalisation, not a definition of health. *Disabil and Rehabil*. 2018 Oct 16;42(3):442–4. doi: 10.1080/09638288.2018.1503730.
 10. Miller MB, Roumanis MJ, Kakinami L, Dover GC. Chronic Pain Patients' Kinesiophobia and Catastrophizing are Associated with Activity Intensity at Different Times of the Day. *J Pain Res*. 2020 Jan;Volume 13:273–84. doi: 10.2147/JPR.S230039.
 11. Bernardo Figueiredo B, de Sousa Dantas D, Oliveira TG, Cavalcanti GD, Reinaux C, Dornelas de Andrade A. Functioning profiles of individuals with Mucopolysaccharidosis according to the International Classification of Functioning. *Eur J Phys and Rehabil Med*. 2022 Mar;58(1). doi: 10.23736/S1973-9087.21.06881-7.
 12. DB C. How Prevalent is Chronic Pain? *Pain*. 2003;11(2).
 13. Postma SAE, van Boven K, ten Napel H, Gerritsen DL, Assendelft WJJ, Schers H, et al. The development of an ICF-based questionnaire for patients with chronic conditions in primary care. *J Clin Epidemiol*. 2018 Nov;103:92-100. doi: 10.1016/j.jclinepi.2018.07.
 14. Santos MRP dos, Nogueira LC, Armando Meziat-Filho N, Oostendorp R, Reis FJJ dos. Transcultural adaptation into Portuguese of an instrument for pain evaluation based on the biopsychosocial model. *Fisioter mov*. 2017;30(suppl 1):183–95. doi.org/10.1590/1980-5918.030.S01.AO18
 15. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*. 1995 Sep 1;62(3):363–72. doi: 10.1016/0304-3959(94)00279-N
 16. Van Oosterwijck J, Nijs J, Meeus M, Truijen S, Craps J, Van den Keybus N, et al. Pain neurophysiology education improves cognitions, pain thresholds, and movement performance in people with chronic whiplash: A pilot study. *J Rehabil Res Dev*. 2011;48(1):43. doi: 10.1682/jrrd.2009.12.0206.
 17. Silva AN, Martins MRI. Pain, kinesiophobia and quality of life of low back pain patients. *Rev dor*. 2014;15(2). doi.org/10.5935/1806-0013.20140023
 18. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7(4):524–32. doi.org/10.1037/1040-3590.7.4.524
 19. Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, Custódio de Souza IC, Torres ILS, et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Brazilian Portuguese Version of the Pain Catastrophizing Scale. *Pain Medicine*. 2012 Nov;13(11):1425–35. doi: 10.1111/j.1526-4637.2012.01492.x
 20. Sullivan M. *The Pain Catastrophizing Scale: User Manual*. Montreal: McGill University. 2009;1:1-36
 21. Meier R, Iten P, Luomajoki H. Clinical assessments can discriminate altered body perception in patients with unilateral chronic low back pain, but not differences between

- affected and unaffected side. *Musculoskelet Sci and Pract.* 2019 Feb;39:136–43. doi: 10.1016/j.msksp.2018.12.006
22. Nishigami T, Mibu A, Osumi M, Son K, Yamamoto S, Kajiwara S, et al. Are tactile acuity and clinical symptoms related to differences in perceived body image in patients with chronic nonspecific lower back pain? *Man Ther.* 2015 Feb;20(1):63–7. doi: 10.1016/j.math.2014.06.010
23. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil.* 2016 Mar 17;41(5):574–83. doi: 10.3109/09638288.2016.1145258
24. Geyh S, Schwegler U, Peter C, Müller R. Representing and organizing information to describe the lived experience of health from a personal factors perspective in the light of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): a discussion paper. *Disabil Rehabil.* 2018 Mar 6;41(14):1727–38. doi: 10.1080/09638288.2018.1445302.
25. Zaros L, Medeiros H. *Bioestatística.* Natal; 2011.
26. Fernandes BHP, Gomes CR de G. Mecanismos e Aspectos Anatômicos da Dor. *Saúde E Pesqui.* 2011 Jul 8;4(2):237-246.
27. Stroud MW, Thorn BE, Jensen MP, Boothby JL. The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain.* 2000 Feb;84(2):347–52. doi: 10.1016/s0304-3959(99)00226-2
28. Meeus M. Are Pain Beliefs, Cognitions, and Behaviors Influenced by Race, Ethnicity, and Culture in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *January 2018.* 2018 Nov 14;1(21;1):541–58.
29. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R, Patel KV. Assessment of Psychosocial and Functional Impact of Chronic Pain. *Jour Pain.* 2016 Sep;17(9):T21–49. doi: 10.1016/j.jpain.2016.02.006
30. Bonathan CJ, Zakrzewska JM, Love J, Williams A. Beliefs and Distress About Orofacial Pain: Patient Journey Through a Specialist Pain Consultation. *J Oral Facial Pain a Headache.* 2014 Jun;28(3):223–32. doi: 10.11607/ofph.1184