

Incapacidade Auto-Reportada e Retorno à Actividade Profissional em Indivíduos com Dor Crónica Lombar

Rui Serpa¹; Eduardo Brazete Cruz²

Abstract

Work-absenteeism due to the condition of Low Back Pain (LBP) presents itself as a public health problem with high economic costs in Western societies.

Objective: The aim of this study was to assess the ability to return to work on patients with chronic LBP, and examine the relationship with the levels of self-reported disability. Secondly we intend to evaluate the influence of fear-avoidance beliefs to the levels of self-reported disability.

Methods: We conducted a prospective cross-sectional study in which we observed 42 patients chronic LBP with new episodes of exacerbation of their symptoms. After a 3 months follow-up we evaluated the return to work in and its relationship with initial levels of disability according whit the classification system developed by Dionne *et al.* (2007).

Results: There was a negative correlation between levels of disability and “return to work in good health” success ($p = -0.369$, $p = 0.016$), with the highest scores correspond to the *failure* in the work-return. We also found a positive correlation between the existence of fear-avoidance beliefs for work and disability ($r = 0.511$; $p = 0.001$), with a predictive value of these fear-avoidance beliefs ($\beta = 0.533$; $p = 0.001$) in self-reported disability.

Conclusions: The ability to return to work in chronic LBP patients, after a new episode of exacerbation of symptoms is related to the levels of functional disability. Psychosocial factors, including fear-avoidance beliefs for work showed a predictive value for the self-reported disability.

Keywords: Return to work; Self-reported disability; Fear-Avoidance beliefs; Chronic Low Back Pain.

¹ Serviço de Medicina Física e Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Setúbal

² Departamento de Fisioterapia da Escola Superior de Saúde

Correspondência:
rui.serpa@gmail.com

Introdução

A DL de natureza não-específica é descrita como uma dor, tensão muscular ou rigidez, localizada abaixo da extremidade costal e acima das pregas glúteas inferiores, com ou sem ciatalgia (Gonzalez-Viejo, 1996; Koes, van Tulder, & Thomas, 2006; Krismar & van Tulder, 2007) ou como a intolerância à actividade devido a sintomas lombares ou lombares associados a sintomatologia nos membros inferiores (Kendall, Linton & Main, 1997). Globalmente, a DL tem uma história natural favorável, uma vez que 30 a 60% dos indivíduos recupera no espaço de uma semana e que 60 a 90% irão recuperar num período de 6 semanas (Du Bois & Donceel, 2008). No entanto, os restantes 10%, desenvolvem uma condição crónica (DCL) e são responsáveis por cerca de 65 a 85% de todos os custos associados a esta condição (Maetzel & Li, 2002). Outro aspecto significativo, é que após um primeiro episódio de Dor, cerca de 20 a 44% dos indivíduos que apresentaram um episódio de DL irão sofrer uma recidiva no espaço de um ano, e até 85% terão pelo menos uma recorrência durante a sua vida (Waddell & Burton, 2001; van Tulder, Koes & Bombardier 2002).

Embora os dados referentes à condição de DL no nosso país sejam pouco específicos, de acordo com um estudo de levantamento efectuado pelo Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, sabe-se que a DL (51,3%) é o tipo de dor mais referido pela população Portuguesa (Rabais, Nogueira, & Falcão, 2003). Quanto ao impacto económico que esta condição apresenta na actividade profissional, e apesar de não se tratar de um relatório especificamente direccionada para a DL, o trabalho desenvolvido a nível europeu pela iniciativa *Pain Proposal* (2010) observou que em Portugal os indivíduos com Dor Crónica apresentam em média cerca 14 dias de baixa por ano (Castro-Lopes, Saramago, Romão & Paiva - *Pain Proposal*, 2010).

Outros estudos realizados acerca do impacto da DL no absentismo profissional estimam que 22% dos indivíduos com DL recorrem a alguma forma de licença médica por necessitarem de se ausentar da sua actividade profissional devido à condição enquanto que 11% permanecem na sua actividade profissional mas com redução da sua capacidade normal (Wynne-Jones, Dunn & Main, 2008).

Foi também observado que 17% dos indivíduos que se encontram ausentes da sua actividade profissional irão apresentar incapacidade recorrente nessa actividade, incorrendo em 69% do seu tempo total de dias de trabalho perdido e 84% do total das despesas médicas após a recorrência do seu primeiro episódio de DL (Wasiak, Kim & Pransky, 2006).

O absentismo à actividade profissional parece estar relacionado com a existência de níveis elevados de incapacidade funcional na fase de agudização dos sintomas (Loisel *et al.*, 1997; van der Weide *et al.*, 1999; Fransen *et al.*, 2002; van Tulder *et al.*, 2002; Fritz, Delitto e Erhard, 2003; Du Bois *et al.*, 2009), contribuindo esta para a diminuição ou impossibilidade de realização de tarefas ao nível das actividades e participação em função da dor (Waddell & Burton, 2001; van Tulder *et al.*, 2002). Por outro lado, sendo a redução da capacidade funcional comum nos indivíduos com DCL, esta parece depender mais de factores psicossociais do que de factores físicos (van den Hout, Vlaeyen, Heuts, Sillen, & Willen, 2001; Staerke *et al.*, 2004; Denison, Asenlof & Lindberg, 2004; Boersma & Linton, 2005; Goubert, Crombez, & Lysens, 2005; Peters, Vlaeyen & Weber 2005; Du Bois & Donceel, 2008; Main *et al.*, 2010). De entre os diversos factores psicossociais identificados na literatura, as Crenças de medo-evitamento (relativas à Actividade Física e ao Trabalho), têm sido referidas como o factor com maior poder preditivo para um baixo nível de desempenho funcional e para a elevada incapacidade funcional relacionada com a actividade profissional (Vlaeyen & Linton, 2000; Grotle *et al.*, 2004).

No entanto e apesar de diversos estudos suportarem a relação entre elevados níveis de incapacidade e absentismo à actividade profissional (Loisel *et al.* 1997; van der Weide *et al.* 1999; van der Giezen *et al.* 2000; Fritz *et al.*, 2003; Du Bois *et al.*, 2009), a forma como o regresso à actividade profissional tem sido medido poderá subestimar a realidade da incapacidade funcional associada à DCL, uma vez que numa elevada percentagem de indivíduos esta persiste após esse regresso (Chen *et al.*, 2007). Dito de outra forma a utilização de índices dicotómicos (regresso/ não regresso) para avaliar o regresso à actividade profissional poderá não apresentar uma validade efectiva, visto a sua análise não permitir avaliar em que condições se dá esse regresso, nem se este é seguido de novos episódios de recidiva ou novos períodos de absentismo (Dionne *et al.*, 2007), constituindo-se assim como um indicador enganador para a avaliação da eficácia dos cuidados de saúde e da redução da Incapacidade (Baldwin, Johnson e Butler, 1996).

A investigação efectuada acerca do regresso à actividade profissional após as situações de agudização da DL é escassa ou mesmo inexistente no nosso país. Também, não parecem existir no nosso país estudos que relacionem as variáveis psicossociais com os níveis de Incapacidade auto-reportados nesses períodos de agudização dos sintomas. Assim, o objectivo deste estudo foi analisar prospectivamente a capacidade de retorno à actividade profissional em utentes com DCL, que procuraram a Fisioterapia em situação de agudização dos seus sintomas, e averiguar a sua relação com os níveis de Incapacidade auto-reportados. Secundariamente pretendeu-se analisar a influência dos factores psicossociais, nomeadamente as Crenças de medo-evitamento, nos níveis de Incapacidade auto-reportada observados.

Uma vez que a literatura identificou a Incapacidade funcional como um factor relevante e que apresenta uma relação bem estabelecida no que diz respeito ao retorno ou não a essa actividade (Reme *et al.*, 2009), em indivíduos com DCL, tal levou-nos a considerar a existência de uma possível relação entre os níveis de Incapacidade auto-reportados e o Regresso ao Trabalho em Boas Condições nos utentes com DCL (Hipótese 1). De igual forma, e considerando os resultados dos diversos estudos realizados, que sugerem que o medo relacionado com a dor é um dos factores com maior poder preditivo para um baixo desempenho funcional e para uma elevada Incapacidade auto-reportada (p.e. Vlaeyen & Linton, 2000), tal levou-nos a ponderar a existência de uma associação entre as Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho e a Incapacidade (Hipótese 2) e/ou a existência de uma relação similar entre as Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física com essa mesma Incapacidade (Hipótese 3).

Metodologia

Utilizou-se um estudo observacional correlacional, de desenho longitudinal, através do qual se observou uma amostra de 56 indivíduos com DCL em dois momentos, num período de 12 semanas, para avaliar a natureza e amplitude das relações entre as variáveis independentes: Incapacidade (H1), Crenças de medo-evitamento relativas ao Trabalho (H2) e Crenças de medo-evitamento relativas à Actividade Física (H3), e as variáveis dependentes: Regresso ao Trabalho em Boas Condições (H1) e Incapacidade (H2 e H3).

Amostra

Recorreu-se a uma amostra não aleatorizada, e seleccionada por conveniência a partir dos indivíduos com queixas de DL que recorreram aos serviços de Fisioterapia em duas clínicas privadas na região de Setúbal e Lisboa, no período entre Agosto de 2010 e Abril de 2011. Foram considerados elegíveis os indivíduos que apresentassem uma condição de DCL de origem não-específica há mais de 12 semanas, e que tivessem tido pelo menos um período de absentismo à sua actividade profissional igual ou superior a 1 dia, devido à condição (Dionne *et al.*, 2005) Foram excluídos os indivíduos que apresentassem outras condições que pudessem afectar a sua actividade profissional de forma significativa (como utentes grávidas ou utentes com co-morbilidades graves) incluindo aqueles que apresentassem alguma das "red flags"¹ para esta condição.

O recrutamento dos participantes no estudo foi efectuado na respectiva clínica onde o indivíduo se encontrava a iniciar Fisioterapia. Os participantes foram identificados pelos investigadores, com base nos registos clínicos, e a partir do seu diagnóstico médico de Lombalgia, Dor Lombar ou Raquialgia Lombar. Através da análise dos processos clínicos foram ainda verificados os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Os indivíduos que cumpriam estes requisitos foram contactados telefonicamente pelos investigadores com o intuito de explicar os objectivos do estudo, os seus procedimentos e as suas implicações tendo-se agendado

¹ As "red flags" são consideradas indicadores da existência de uma possível patologia de maior gravidade subjacente, que sugerem o encaminhamento médico (Ferguson, Holdsworth & Rafferty, 2010). Na condição de Dor Lombar estas estão descritas como: fracturas vertebrais, compressão medular ou da raiz nervosa, osteomielite, tumores (Low, Lai & Connaughton, 2006) história recente de trauma, deficit neurológico generalizado, síndrome de cauda equina, fraqueza generalizada nos membros inferiores, utilização abusiva de drogas ou vírus de imunodeficiência humana (Ferguson *et al.*, 2010).

uma entrevista presencial para a realização da avaliação inicial com aqueles que aceitaram participar no estudo. Nesta avaliação foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados e solicitado o consentimento informado por escrito.

Variáveis e Instrumentos de Avaliação

A variável **Regresso ao Trabalho em Boas Condições** foi avaliada através do sistema de classificação *"Regresso ao Trabalho em Boas Condições"* (Figura 1) desenvolvida por Dionne *et al.* (2005). Neste sistema são tidos em consideração 3 aspectos ocupacionais distintos: a situação profissional actual, isto é, se o indivíduo se encontra a trabalhar, tal como no início dos sintomas, ou se está ausente da sua actividade profissional devido à condição; os níveis de Incapacidade funcional que estes indivíduos apresentam (superior ou inferior a 30% de Incapacidade); e o número de dias de absentismo existentes desde a avaliação inicial (superior ou inferior a 5 dias). De acordo com estes factores a situação do indivíduo pode ser classificada numa de 4 categorias distintas: *Sucesso*, *Sucesso Parcial*, *Falha Após Tentativa* e *Falha*.

A fiabilidade teste-reteste do sistema foi avaliada pelos autores, com recurso ao Coeficiente de correlação intraclasse, verificando a estabilidade da medida entre as duas avaliações, no que se referia ao número de dias de trabalho modificado em resultado da Incapacidade associada condição, (ICC=0,97; $p=0,05$ e IC 0,93-0,98) e o número de dias de absentismo à actividade devido à condição (ICC=0,99; $p=0,05$ e IC 0,98-1). Os autores obtiveram ainda um valor de sensibilidade de 79,0%, especificidade de 64,3%, valor preditivo positivo de 31,0% e valor preditivo negativo de 93,8%, com a utilização deste sistema (Dionne *et al.*, 2005).

Figura 1 - Tabela das categorias da variável "Regresso ao Trabalho em Boas Condições"

Regresso ao Trabalho em Boas Condições	
Categorias	Factores de Classificação
Sucesso	A exercer a actividade profissional normal (como antes da ocorrência da condição) e As limitações funcionais $\leq 30\%$ e Não mais do que 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação inicial ou Outra situação não relacionada com a condição de Dor Lombar (exemplo, tornou-se dona de casa por opção)
Sucesso Parcial <i>Hipótese 1</i>	A trabalhar regularmente e As limitações funcionais $\leq 30\%$ e Mais de 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação inicial ou
<i>Hipótese 2</i>	A trabalhar regularmente e As limitações funcionais $> 30\%$ e Não mais do que 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação inicial ou
<i>Hipótese 3</i>	A trabalhar regularmente e As limitações funcionais $> 30\%$ e Mais de 5 dias de ausência à actividade profissional regular, desde a avaliação
Falha Após Tentativa	Ausente da actividade profissional regular devido à condição de Dor Lombar, a partir da avaliação inicial. e Pelo menos uma tentativa de retornar à actividade profissional regular desde a avaliação inicial.
Falha	Ausente da actividade profissional regular devido à condição de Dor Lombar. e Nenhuma tentativa de voltar à actividade profissional até agora.

A **Incapacidade funcional** foi avaliada através do *Quebec Back Pain Disability Questionnaire*- versão portuguesa. Este questionário foi desenvolvido originalmente por Kopec *et al.* em 1995, sendo constituído por 20 itens que tem por objectivo medir o nível de Incapacidade funcional em indivíduos com Dor Lombar. Os itens correspondem a diferentes actividades da vida diária (ex. "Levantar-se da cama", "Estar sentado numa cadeira várias horas", "Carregar dois sacos de compras"), facilmente identificadas e reproduzidas no quotidiano dos participantes. Cada item é pontuado numa escala de 6 pontos (0 - sem dificuldade nenhuma e 5 - incapaz de realizar), obtendo-se o *score* total através da soma das pontuações de cada item (varia entre 0 e 100). Os *scores* que variam entre 0 e 30 indicam a existência de uma Incapacidade funcional baixa e os *scores* acima dos 50 indicam um nível de incapacidade funcional considerável (Reneman *et al.*, 2002).

A avaliação psicométrica do instrumento, realizado pelo autor, revelou boa fidedignidade teste-reteste ($r = 0.92$), boa consistência interna dos itens (α de Cronbach's = 0.96), boa validade aparente e de construto, assim como boa validade concorrente quando comparada com outros instrumentos (por exemplo: a *Oswestry Low Back Pain Disability*; $r = 0.80$) (Kopec *et al.*, 1995). A versão portuguesa obteve igualmente bons valores de fidedignidade teste-reteste (*Coefficiente de Correlação Intraclassa* (ICC) = 0,781) e de consistência interna (α de Cronbach = 0.943 no primeiro preenchimento e de 0.952 após uma semana) (Nunes, Ribeiro, Cruz, 2005).

As **Crenças de medo-evitamento** foram avaliadas através do *Fear Avoidance Beliefs Questionnaire*- versão portuguesa, desenvolvido originalmente por Waddell *et al.*, 1993). Trata-se de um questionário de auto-avaliação composto por 16 itens, que medem crenças individuais sobre o medo da dor e o evitamento do movimento. É composto por 2 sub-escalas distintas: uma referente às crenças relativas à Actividade Física (CrAF) e outra associada às crenças sobre o Trabalho (CrT). Os itens incluem afirmações tais como, "A actividade física faz piorar a minha dor" ou "O meu trabalho faz ou poderá vir a fazer com que a minha dor piore", e são respondidos utilizando uma escala de Likert de 7 pontos (sendo os números mais elevados associados a maiores níveis de crenças), que varia entre "discordo completamente" a "concordo completamente".

Relativamente às suas propriedades psicométricas, a versão original apresentou níveis de fidedignidade teste-reteste aceitáveis para todos os itens e um *Kappa de Cohen* médio para todos os 16 itens de $k = 0,74$. A correlação entre os resultados das duas aplicações foi de $r=0,95$ (sub-escala de Actividade Física) e $r=0,88$ (sub-escala de Trabalho) enquanto a consistência interna verificada com o α de Cronbach foi de $\alpha=0,88$ para a primeira sub-escala e $\alpha=0,77$ para a segunda (Waddell *et al.*, 1993). Este instrumento foi adaptado e validado para a população portuguesa por Gonçalves & Cruz (2007), tendo-se verificado boa conformidade nas suas propriedades psicométricas: concordância obtida pelo *Kappa de Cohen* médio para todos os 16 itens foi de $k = 0,77$ e os resultados das correlações foram de $r=0,84$ na sub-escala de Actividade Física e $r=0,91$ na sub-escala do Trabalho, obtendo-se um valor médio de todo o questionário de $r=0,92$. A consistência interna verificada foi de $\alpha=0,96$ na sub-escala do Trabalho e $\alpha=0,64$ na sub-escala de Actividade Física, garantindo assim uma excelente homogeneidade e coerência desta versão. Durante a adaptação do instrumento os autores retiraram a questão 8 do questionário original devido à inconsistência de associação desta questão com ambas as sub-escalas e a problemas verificados durante o processo de tradução (Gonçalves & Cruz, 2007).

Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha dos dados foi efectuada em dois momentos distintos, pelo investigador, e por um colaborador, segundo um protocolo pré-definido. A avaliação inicial foi efectuada no início do tratamento de Fisioterapia, entre os meses de Agosto e Novembro de 2010; a segunda avaliação foi realizada 12 semanas após, entre os meses de Dezembro de 2010 e Fevereiro de 2011, respeitando assim o período previsível de retorno à actividade profissional (Dionne *et al.*, 2005, 2007) (Figura 2).

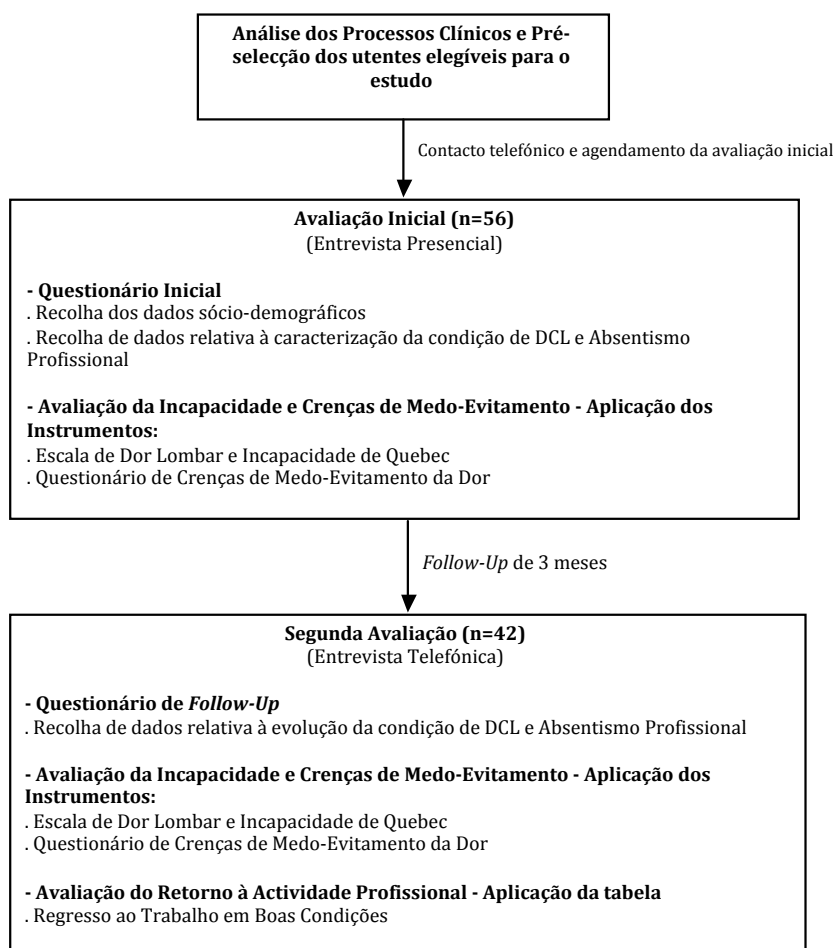
A avaliação inicial foi realizada presencialmente, na qual se procedeu à caracterização sócio-demográfica e clínica do participante e à avaliação do nível de Incapacidade funcional, e do nível de Crenças de medo-evitamento. No segundo momento, os participantes foram reavaliados através de entrevista telefónica, relativamente à evolução da sua condição, ao seu nível de Incapacidade e ainda à sua situação de retorno à actividade profissional anterior, de acordo com os critérios utilizados no sistema de classificação "*Regresso ao Trabalho em Boas Condições*".

Análise dos dados

Na análise estatística utilizou-se o PASW (*Predictive Analytics SoftWare*) Statistics Data Editor, na versão 18 para o Windows®. Esta análise teve por base as características sócio-demográficas e alguns dos aspectos relacionados com a caracterização da condição, sendo estes dados analisados através da estatística descritiva, com recurso às medidas de tendência central e de dispersão. Em seguida foram efectuados os testes de normalidade das variáveis em estudo, através do Teste de *Shapiro-Wilk*, visto a amostra ser inferior a 50 indivíduos (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010), e a análise inferencial das mesmas. Na primeira hipótese, a variável "*Regresso ao Trabalho em Boas Condições*" apresenta-se como uma variável ordinal qualitativa, tendo-se por isso utilizado o teste de *Correlação de Spearman* para verificar a existência ou não de associação entre essa variável e a Incapacidade (Pestana & Gageiro, 2008; Marôco, 2010).

Relativamente às variáveis independentes estudadas nas hipóteses 2 e 3, utilizámos a *Correlação de Pearson* para verificar a relação existente entre as Crenças de medo-evitamento (relativas à Actividade Física e ao Trabalho) e a Incapacidade auto-reportada, sendo considerado como satisfatório o nível de significância de $p \leq 0,05$. Para as correlações que apresentaram coeficientes estatisticamente significativos, efectuou-se a *Análise de Regressão Linear* para modelar a relação existente entre as variáveis e averiguar o valor preditivo das mesmas (Marôco, 2010).

Figura 2 – Desenho do Estudo, Recolha de dados e Instrumentos de Avaliação



Resultados

Da amostra inicial de 56 indivíduos, 14 indivíduos não participaram no 2º momento de avaliação (2 devido a passarem à situação de reforma; 5 por complicações de saúde não relacionadas com a condição; 1 por ter engravidado e 6 por não responderem ao contacto telefónico efectuado). Assim, a amostra final do estudo foi constituída por 42 indivíduos, predominante ao género feminino, e com idades compreendidas entre os 27 e os 62 anos (média de 46,0 anos). Destes, 66,7%, referiram ter já experienciado vários episódios semelhantes e efectuado diversos períodos de tratamento ao longo do tempo. Todos os indivíduos eram trabalhadores activos, com actividades profissionais diversificadas. No 1º momento de avaliação os participantes apresentavam um valor médio de 35,62 pontos na *Quebec Back Disability Scale- versão portuguesa*, correspondendo a uma Incapacidade moderada (Reneman *et al.*, 2002). Apresentavam ainda um *score* médios de 15,43 relativo às CrAF, e 25,29 relativo às CrT.

No que respeita ao “Regresso ao Trabalho em Boas Condições”, 12 semanas após a avaliação inicial, 76,2% dos participantes na amostra tinham regressado à sua actividade profissional anterior, e 23,8% mantinha-se em situação de absentismo. Dos indivíduos que regressaram à actividade profissional, 45,2% tinham regressado em pleno (classificados na categoria de “Sucesso”) e 31,0% encontrava-se na categoria de “Sucesso Parcial” (o que poderá significar que continuavam a apresentar Incapacidade moderada ou que estiveram ausentes da actividade profissional por mais de 5 dias nos três últimos meses). Dos indivíduos que se mantinham em situação de absentismo (23,8%), 7,1% foram classificadas na categoria de “Falha após Tentativa”, ou seja, indivíduos que tinham já tentado um primeiro regresso mas não conseguiram se manter a actividade devido à condição, e 16,7%, nunca tentaram o regresso à actividade profissional (classificados na categoria de “Falha”).

Tabela 1 - Características da Amostra na Avaliação Inicial e após o período de Follow-Up

Características (Av. Inicial) n=42	Medidas de Distribuição e Percentagens		
	%	\bar{X}	S'
Gênero			
Masculino	21,4		
Feminino	78,6		
Idades			
		46,05	8,9
Número de episódios de recorrência			
Primeiro episódio de recorrência	33,3		
Mais que um episódio de recorrência	66,7		
Recurso à baixa médica (Duração da baixa médica – semanas)			
Sim	76,2	7,84	9,7
Não	23,8		
Incapacidade ^a			
		35,62	15,9
Crenças AF ^b			
		15,43	4,8
Crenças T ^c			
		25,29	7,4
Características (Follow-Up) n=42			
Novos episódios de agudização			
Sim	61,9		
Não	38,1		
Continua a efectuar Tratamentos de Fisioterapia			
Sim	73,8		
Não	26,2		
Incapacidade ^a			
		23,98	16,0
Crenças AF ^b			
		15,05	4,5
Crenças T ^c			
		22,33	9,5
Regressou à Actividade Profissional			
Sim	76,2		
Não	23,8		
Regresso ao Trabalho em Boas Condições ^d (valores \bar{X} da Incapacidade em cada categoria)			
Sucesso	45,2	29,2	14,6
Sucesso Parcial	31,0	36,5	20,1
Falha Após Tentativa	7,1	41,0	9,6
Falha	16,7	44,8	13,2

n – número de elementos; % - percentagem; \bar{X} - média; S' – desvio padrão

^a avaliada com a Escala de Dor Lombar e Incapacidade de Quebec;

^b avaliadas com o Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor (sub-escala Actividade Física);

^c avaliadas com o Questionário de Crenças de medo-evitamento da Dor (sub-escala Trabalho);

^d avaliado com a Tabela de Regresso ao Trabalho em Boas Condições.

Considerando a primeira hipótese formulada neste estudo, os resultados obtidos permitiram verificar a existência de uma correlação fraca, negativa ($p = -,369$), e estatisticamente significativa ($p=0,016$) entre os níveis de Incapacidade auto-reportada avaliados no momento da 1ª avaliação e a categoria *Sucesso* definida no sistema de Regresso ao Trabalho em Boas Condições. Assim, os valores mais baixos de Incapacidade no período de agudização de sintomas estão associados a maior probabilidade dos indivíduos voltarem à sua actividade profissional anterior (classificados na categoria de “Sucesso”).

Na segunda e terceira hipóteses em estudo pressupôs-se que os indivíduos com níveis mais elevados de CrT, e CrAF apresentariam maiores níveis de Incapacidade funcional. Os resultados obtidos não suportam a terceira hipótese em estudo, ou seja, não foi demonstrada uma correlação significativa entre as CrAF e a Incapacidade auto-reportada. O valor obtido de $r=0,061$ ($p = 0,702$) é superior ao valor de significância $p \leq 0,05$ considerado como referência. Contrariamente, foi possível verificar a existência de uma correlação significativa entre as CrT e a Incapacidade, sendo que para um valor $p \leq 0,01$ o coeficiente de correlação encontrado foi de $r=0,511$ ($p = 0,001$), interpretada como uma correlação moderada (Pestana & Gageiro, 2008). Estes resultados suportam a hipótese levantada de que a verificação de maiores níveis de CrT reflecte-se no aumento do nível de Incapacidade funcional auto-reportado.

Posteriormente, e com o objectivo de modelar a relação existente entre estas variáveis e averiguar o valor preditivo das mesmas utilizámos o *Modelo de Regressão Univariado Simples*, onde verificámos a existência de um poder preditivo das CrT na Incapacidade auto-reportada ($\beta = 0,533$; $p = 0,001$). O valor r^2 ajustado = 0,288 permite-nos afirmar que 28,8% das pontuações observadas no instrumento de avaliação da Incapacidade podem ser explicadas pela existência de CrT, sendo a restante percentagem devida a outros factores não incluídos nesta análise (Tabela 2). Outro dado relevante prende-se com a interpretação do Coeficiente não Standardizado da Análise de Regressão Linear, no qual pelo aumento de 1 ponto na subescala de Cr T observa-se um aumento de 1,178 pontos na *Quebec Back Disability Scale- versão portuguesa*.

Tabela 2 - Coeficientes de Correlação e Análise de Regressão Linear

Correlações e Análise de Regressão Linear					
Variáveis	Coeficientes de Correlação		Modelo de Regressão Univariado Simples		
	Incapacidade	Valor p	Coefficiente Standardizado (β)	r^2 ajustado	Coefficiente não Standardizado (b)
Regresso ao Trabalho em Boas Condições	$\rho = -0,369^*$	$p = 0,016$	-	-	-
Crenças AF	$r = 0,061$	$p = 0,702$	-	-	-
Crenças T	$r = 0,511^{**}$	$p = 0,001$	0,553	0,288	1,178

*Correlação de Spearman (ρ) significativa para um valor $p \leq 0,05$

**Correlação de Pearson (r) significativa para um valor $p \leq 0,01$

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que 12 semanas após um período de agudização de sintomas em indivíduos com DLC, 76,2% ($n=35$) conseguiram regressar à sua actividade profissional anterior. No entanto, e tendo por base o critério “*Regresso ao Trabalho em Boas Condições*”, apenas 45,2% dos indivíduos se encontravam na categoria de *Sucesso*. Estes resultados são consistentes com outros resultados reportados, nomeadamente no estudo de Dionne *et al.* (2007), que observaram que apenas 50% dos indivíduos se encontravam na categoria de “Sucesso”, 3 meses após uma situação de agudização dos sintomas. Os valores que obtivemos nas restantes categorias foram igualmente similares aos verificados no estudo dos mesmos autores (31% na Categoria de *Sucesso Parcial*, 7,1% na categoria de *Falha Após Tentativa* e 16,7% na categoria de *Falha*) (Dionne *et al.* (2007), o que pode ilustrar o impacto desta condição ao nível do absentismo profissional.

Quanto à relação entre os níveis de Incapacidade auto-reportados e o regresso à actividade profissional observamos uma relação estatisticamente significativa e inversa com a capacidade de retorno dos utentes à actividade profissional ($r = -0,369$; $p = 0,016$). Estes resultados são consistentes com os descritos noutros estudos (p.e. van der Weide *et al.* 1999; Waddell & Burton, 2001; Fritz *et al.*, 2003) e sugerem que quanto mais elevado for o nível de incapacidade auto-reportado, em situação de agudização de sintomas, menor a probabilidade de sucesso no regresso à actividade profissional anterior.

Neste estudo observámos também, que apenas as CrT apresentaram uma relação estatisticamente significativa com os níveis de Incapacidade verificados ($r = 0,511$; $p = 0,001$), pelo que será possível assumir que o seu contributo para a incapacidade funcional contribui igualmente para o insucesso verificado no retorno à actividade profissional. Estes resultados vão de encontro aos reportados nos estudos de Waddell *et al.* (1993) e Crombez *et al.* (1999) que concluíram que este tipo de Crenças é o principal responsável pela variância verificada nos scores relativos à incapacidade funcional. Para além da verificação desta correlação, apurámos também que este tipo de crenças apresenta um poder preditivo relativamente à incapacidade funcional, sendo o coeficiente standardizado $\beta = 0,553$ ($p = 0,001$) e o r^2 ajustado = 0,288, que nos permite afirmar que mais de um quarto das pontuações observadas na *Quebec Back Pain Disability Questionnaire- versão portuguesa*, pode ser explicado pela influência deste tipo de crenças (28,8%), sendo a restante percentagem devida a outros factores não incluídos nesta análise. Este valor preditivo foi bastante superior ao verificado nos estudos de Woby *et al.* (2004) e George *et al.* (2010) que obtiveram valores na ordem dos 7 e 8% ($r^2=0,07$ e $r^2=0,08$ respectivamente; $p < 0,01$). Esta diferença poderá ser explicada pela diferença dos valores médios iniciais

na sub-escala relativa ao trabalho verificados por George *et al.* (13,9 pontos) quando comparados com os valores encontrados neste estudo (25,29). Contudo no estudo de Woby *et al.* (2004) os valores iniciais obtidos nesta sub-escala foram muito similares (25,0 pontos) ao verificado no nosso estudo, pelo que a diferença no valor preditivo verificado poderá ser devida à conjugação de outros factores psicossociais analisados por estes autores na regressão hierarquizada efectuada.

Um factor que poderá explicar a associação encontrada no nosso estudo entre as CrT e a Incapacidade relaciona-se com o facto de mais de um quarto dos indivíduos analisados ter identificado a sua actividade profissional como a principal causa para a origem da sua condição (26,2%), ou que esta foi causada por um acidente de trabalho (9,5%). Tendo em conta os resultados desta auto-percepção poderá ser espectável que estes indivíduos apresentem CrT mais elevadas uma vez que poderão identificar a sua actividade profissional como precursora do agravamento da sua condição ou como um factor contribuinte para a sua Incapacidade.

Conclusão

Os resultados deste estudo mostraram que um nível elevado de incapacidade auto-reportado no momento da agudização está inversamente relacionado com o Sucesso no Regresso ao Trabalho em Boas Condições, e que as CrT apresentam uma correlação significativa com os níveis de Incapacidade verificados e apresentaram um poder preditivo, explicando 28,8% das pontuações observadas nessa variável. Estes resultados sugerem que a avaliação das crenças e da incapacidade no momento de agudização de sintomas fornece informação clínica relevante quanto às condições de retorno ao trabalho em indivíduos com DCL.

Estes resultados devem ser lidos tendo em consideração as seguintes limitações. Em primeiro lugar, o método utilizado na definição e selecção da amostra, não assegura a representatividade da mesma, o que aliado ao seu reduzido tamanho não permite a extrapolação dos resultados obtidos neste estudo para uma população mais abrangente de utentes com DCL. Por outro lado, a natureza dos instrumentos de avaliação utilizados pode promover a desejabilidade social no seu preenchimento. Neste caso em particular as respostas dadas pelos participantes poderão ser utilizadas como uma forma de justificar a sua necessidade de tratamento ou justificar o seu absentismo profissional devido à condição, influenciando os resultados obtidos através da sobrevalorização do seu nível de incapacidade ou das crenças de medo-evitamento que apresentam.

Bibliografia

Baldwin ML, Johnson WG, Butler RJ. (1996) The error of using returns-to-work to measure the outcomes of health care. *American Journal of Industrial Medicine*, 29, 632–41.

Boersma K, & Linton SJ. (2005) Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 38–43, Discussion 69–72.

Castro-Lopes J, Saramago P, Romão J, Paiva, MLM. (2010, Outubro 13) *Pain Proposal – A Dor Crónica em Portugal*. Retirado a 18 Abril, 2011, de www.pfizer.pt/Files/Billeder/Pfizer_Público/Notícias/Portugal_Country_Snapshot.pdf.

Chen C, Hogg-Johnson S, Smith P. (2007) The recovery patterns of back pain among workers with compensated occupational back injuries. *Occupational & Environmental Medicine*, 64, 534-540.

Crombez, G., Vlaeyen, J. W., Heuts, P. H., & Lysens, R. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329–339.

Denison, E., Asenlof, P., Lindberg, P. (2004). Self-efficacy, fear avoidance, and pain intensity as predictors of disability in subacute and chronic musculoskeletal pain patients in primary health care. *Pain*, 111, 245–252.

Dionne C, Bourbonnais R, Frémont P, *et al.* (2005) A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *Canadian Medical Association Journal*, 172(12), 1559–1567

Dionne CE, Bourbonnais R, Fremont P, *et al.* (2007) Determinants of "return to work in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings: a 2-year prospective study. *European Spine Journal*, 16(5), 641-655.

Du Bois M & Donceel P. (2008) A screening questionnaire to predict no return to work within 3 months for low back pain claimants. *European Spine Journal*, 17, 380-385.

Du Bois M, Szpalski M, Donceel P. (2009) Patients at risk for long-term sick leave because of low back pain. *Spine J*, 9, 350–359.

Ferguson F, Holdsworth L, Rafferty D. (2010) Low back pain and physiotherapy use of red flags: the evidence from Scotland. *Physiotherapy*, 96, 282–288.

Fransen M, Woodward M, Norton R, *et al.* (2002) Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain. *Spine*, 27, 92–8.

Fritz JM, Delitto A, Erhard RE. (2003) Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain. A randomised clinical trial. *Spine*, 28, 1363–1372.

Fritz JM, Delitto A, Erhard RE. (2003) Comparison of classification-based physical therapy with therapy based on clinical practice guidelines for patients with acute low back pain. A randomised clinical trial. *Spine*, 28, 1363–1372.

- Gonçalez-Viejo, M. A. (1996). Epidemiologia: Dimensión socioeconómica. In J. L. Mayordomo & M. T. Garcia (Eds.), *Dolor Lumbar: clínica y rehabilitación* (pp. 3-14). Madrid: Aula Medica.
- George SZ, Valencia C, Beneciuk JM. (2010) A psychometric investigation of fear-avoidance model measures in patients with chronic low back pain. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 40, 197-205.
- Gonçalves E & Cruz E. (2007) Fidedignidade e estrutura interna da versão portuguesa do *Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire*. *Essfisionline*, 3(3), 52-63.
- Goubert, L., Crombez, G., Lysens, R. (2005). Effects of varied-stimulus exposure on overpredictions of pain and behavioural performance in low back pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1347–1361.
- Grotle, M., Vollestad, N. K., Veierod, M. B., Brox, J. I. (2004) Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain*, 112, 343–352.
- Kendall N.A.S., Linton S.J., Main C.J. (1997). *Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss*. Wellington, New Zealand: Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand, and the National Health Committee, Ministry of Health.
- Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332:1430-1434.
- Kopec JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, et al. (1995). The Quebec Back Pain Disability Scale: Measurement Properties. *Spine*, 20 (3), 341-352.
- Krismer M, van Tulder M. Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). Best practice & research. 2007 Feb;21(1):77-91.
- Loisel P, Abenhaim L, Durand P, et al. (1997) A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine*, 22, 2911–8.
- Low J, Lai R, Connaughton P. (2006) *Back injuries - Getting injured workers back to work*. *Australian Family Physician*, 35(12), 940-944.
- Maetzel A, Li L. (2002) The economic burden of low back pain: a review of studies published between 1996 and 2001. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16, 23-30.
- Main CJ, Foster N, Buchbinder R. (2010) How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24, 205-217.
- Marôco J. (2010) *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda
- Müller U, Duetz MS, Roeder C, Greenough CG. (2004) Condition-specific outcome measures for low back pain. Part 1: Validation. *European Spine Journal*, 13, 301-13.
- Nunes F, Ribeiro A, Cruz E, (2005) *Adaptação Cultural e Validação da Quebec Back Pain Disability Scale para a População Portuguesa, com Dor Lombar Crónica*. Artigo não publicado.
- Pestana, M; Gageiro, J. (2003) *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. (3ª Edição) Lisboa: Edições Sílabo.
- Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Weber, W. E. J. (2005). The joint contribution of physical pathology, pain-related fear and catastrophizing to chronic back pain disability. *Pain*, 113, 45–50.
- Rabais, S., Nogueira, P., & Falcão, J. (2003). A Dor na população Portuguesa. Alguns Aspectos Epidemiológicos. *Ecos. Relatório de 2002 do Observatório Nacional de Saúde*.
- Reme SE, Hagen EM, Eriksen HR. (2009) Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10,139.
- Reneman, MF., Jorritsma, W., Schellekens, JM., Goeken, LM. (2002) Concurrent validity of Questionnaire and performance- based disability measurements in patients with chronic nonspecific back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 12(3), 119-29.
- Schoppink LEM, van Tulder MW, Koes BW. (1996) Reliability and validity of the Dutch adaptation of the Quebec Back Pain Disability Scale. *Physical Therapy*, 76, 168-75.
- Staerke, R., Mannion, A. F., Elfering, A et al. (2004) Longitudinal validation of the fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) in a Swiss-German sample of low back pain patients. *European Spine Journal*, 13, 332–340.
- van den Hout, J. H. C., Vlaeyen, J. W. S., Heuts, P. H. T. G., Sillen, W. J. H., Willen, A. J. E. H. L. (2001). Functional disability in non-specific low back pain: the role of painrelated fear and problem-solving skills. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 149–162.

-
- van der Giezen AM, Bouter LM, Nijhuis FJ. (2000) Prediction of return-to- work of low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Pain*, 87(3), 285-294.
- van der Weide WE, Verbeek JHAM, Salle HJA, van Dijk FJH. (1999) Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(1), 50-56.
- van der Weide WE, Verbeek JHAM, Salle HJA, van Dijk FJH. (1999) Prognostic factors for chronic disability from acute low-back pain in occupational health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 25(1), 50-56.
- van Tulder M, Koes B, Bombardier C. (2002) Low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 16, 761-75.
- Vlaeyen, J.W.S. & Linton, S. J. (2000) Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317-332.
- Waddell G & Burton AK. (2001) Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occupational Medicine (Lond)*, 51, 124-35.
- Waddell G, Newton M, Henderson I, Somerville D, Main C. (1993) A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52, 157-168.
- Wasiak, R., Kim, J., Pransky, G. (2006). Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: Longer and more costly than in first episodes. *Spine*, 31, 219-225.
- Woby, S.R., Watson, P. J., Roach, N.K., Urmston, M. (2004) Adjustment to chronic low back pain—the relative influence of fear-avoidance beliefs, catastrophizing, and appraisals of control. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 761–774.
- Wynne-Jones G, Dunn KM, Main CJ. (2008) The impact of low back pain on work: A study in primary care consultants. *European Journal of Pain*, 12, 180-188.