



Superior de Ciências do Desporto Escola

Mestrado em Ciência do Desporto

Ramo: Actividade física e saúde

Actividade Física e Qualidade de vida em Pacientes com Dor Lombar crônica em
tratamento no Sector de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo

Mestrando:

António David Massinga

Maputo, 2024



UNIVERSIDADE
E D U A R D O
M O N D L A N E

Escola Superior de Ciências do Desporto

Mestrado em Ciência do Desporto

Actividade Física e Qualidade de vida em Pacientes com Dor Lombar crônica em tratamento no Sector de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo

Autor:

Lic. António David Massinga

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação da Escola superior de Ciências do Desporto da universidade Eduardo Mondlane, como requisito parcial a obtenção do título de mestre em Ciências do Desporto.

Orientadora: Profa. Doutora Lucília Mangona

Maputo, 2024

Declaração

Declaro por minha honra que, este trabalho, nunca foi apresentado para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que o mesmo constitui o resultado do meu labor.

Todos as fontes usadas para este trabalho foram citadas e constam na lista de referências.

Este trabalho é apresentado em cumprimento parcial, dos requisitos para a obtenção do grau (indicar o grau), da Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo, Setembro de 2024

(António David Massinga)

Dedicatória

Dedico este trabalho a Deus, pela vida, pois sem ele eu não teria capacidade para desenvolvê-lo.

Aos meus pais (em memória), pelo caminho orientado para seguir;

À minha querida família, que me proporciona o prazer da vida;

Aos meus colegas de curso, que assim como eu encerram uma etapa da vida acadêmica

A minha orientadora, Professora Doutora Lucília Mangona;

A todos Professores e aos demais que contribuíram nesta caminhada

Agradecimentos

Esta aventura não teria sido possível sem o esforço, a colaboração e o apoio de muitos companheiros de viagem, razão pela qual quero manifestar o meu mais profundo e sincero agradecimento a todas as pessoas que, de uma ou outra maneira, tornaram possível este percurso.

Agradeço a Deus, que pela sua graça cheguei ao fim de mais uma etapa da vida académica. A minha orientadora deste trabalho, Professora Doutora Lucília Mangona, que guiou os meus passos ao longo desta sinuosa travessia, pela partilha de muito do seu saber e muito especialmente pelo apoio persistente. Ao Nivaldo Chirindza pelo apoio durante a elaboração do trabalho.

Expressa minha profunda gratidão a minha esposa Cátia pelo apoio incondicional e amor que me ofereceu durante todo percurso. Sua paciência e compreensão foram fundamentais em momentos de dificuldades. Sua capacidade de me encorajar me ajudou a manter o foco e a determinação.

A todo o corpo docente que, durante estes anos, constituiu o caminho para que este dia chegasse. Agradeço a todos aqueles a quem reiteradamente recorri para a recolha de informação, especialmente ao Fisioterapeuta Gervásio Munguambe pela disponibilidade prestada e a seriedade com que recebeu o pedido de colaboração. Uma palavra de gratidão a todos os pacientes, pois constituíram-se como imprescindíveis nesta investigação.

Resumo

Introdução: A dor lombar crônica é uma condição de saúde amplamente prevalente e uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. É responsável por uma significativa carga de morbidade e é uma das principais causas de ausência ao trabalho e de redução do nível de actividade física e da qualidade de vida. **Objetivos:** Avaliar o nível de actividade física e qualidade de vida de pacientes com dor lombar crônica em tratamento no departamento de medicina física e reabilitação do Hospital Central de Maputo. **Métodos:** Estudo descritivo transversal com abordagem quali-quantitativa com uma amostra de 32 sujeitos de ambos sexos com idades entre 24 e 70 anos seleccionados por conveniência. Foi aplicado um questionário sociodemográfico para obtenção dos dados pessoais dos sujeitos. Para a obtenção dos valores da actividade física recorreu-se a contagem do número diário de passos através do pedómetro. O nível de qualidade de vida foi aferido com recurso ao *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL - Bref). A análise estatística foi realizada no programa SPSS, recorrendo-se a estatística descritiva para a caracterização dos sujeitos em relação a actividade física e qualidade de vida, e o teste de correlação de Spearman foi usado para verificar a relação entre os níveis de actividade física e qualidade de vida dos sujeitos. **Resultados:** A amostra do presente estudo foi constituída maioritariamente de sujeitos do sexo feminino (53.1%) e a maioria (53,1%) apresentava um tipo de trabalho dinâmico. No que refere a dor, a maioria dos sujeitos sofria de dor lombar a mais de seis meses, com uma severidade moderada e localizada do lado direito. Também referiram que o momento que mais sentiam a dor era quando realizavam movimento e aliviava com repouso. E relataram que não tinham uma causa específica para as suas dores. A maioria dos sujeitos (84,4%) foram qualificados como sedentários. O nível de qualidade de vida foi baixo em quase todos domínios com a excepção do domínio físico que apresentou 50% para alto e 50% para baixo nível. A relação da actividade física e qualidade de vida foi negativa e fraca, sem significado estatístico. **Conclusão:** Sujeitos com dor lombar atendidos no sector fisioterapia do HCM são maioritariamente sedentários com uma qualidade de vida baixa. A correlação do nível de actividade física e qualidade de vida desses sujeitos é negativa, fraca e estatisticamente insignificante.

Palavras-chave: Actividade física, Qualidade de vida, Dor lombar Crônica

Abstract

Introduction: Chronic low back pain is a widely prevalent health condition and one of the main causes of disability worldwide. It is responsible for a significant burden of morbidity and is one of the main causes of absence from work and reduced levels of physical activity and quality of life. **Objectives:** To evaluate the level of physical activity and quality of life of patients with chronic low back pain undergoing treatment in the physical medicine and rehabilitation department of the Maputo Central Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study with a qualitative and quantitative approach with a sample of 32 subjects of both sexes aged between 24 and 70 years selected by convenience. A sociodemographic questionnaire was applied to obtain personal data from the subjects. To obtain physical activity values, the daily number of steps was counted using the pedometer. The level of quality of life was measured using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL - Bref). Statistical analysis was carried out in the SPSS program, using descriptive statistics to characterize subjects in physical activity and quality of life and the test of Spearman was used to verify the relationship between levels of physical activity and quality of life. **Results:** The sample of the present study was mainly composed of female subjects (53.1%) and the majority (53.1%) presented a dynamic work. Regarding pain, most subjects suffered from low back pain for more than six months, with moderate severity and located on the right side. Also commented that the moment of most pain was when they were moving and it was relieved with rest. And saying that there was no specific cause for his pain. The majority of subjects (84.4%) were classified as sedentary. The level of quality of life was low in almost all domains with the exception of the physical domain, which presented 50% for high and 50% for low level. The relationship between physical activity and quality of life was negative and weak, without statistical significance. **Conclusion:** Subjects with low back pain treated in the HCM physiotherapy sector are mostly sedentary with a low quality of life. The relationship of the level of physical activity and quality of life of these subjects is negative, weak and statistically insignificant.

Keywords: Physical activity, Quality of life, chronic low back pain

Lista de tabela

- Tabela 1** Caracterização sociodemográfica da população em estudo.
- Tabela 2** Caracterização clínica da população em estudo
- Tabela 3** Distribuição de números de passos em Média, DP, Mínimo e Máximo
- Tabela 4** Classificação do nível de actividade física
- Tabela 5** Descrição dos domínios da escala WHOQOL-Bref
- Tabela 6:** Correlações entre os domínios da escala WHOQOL-Bref e actividade física

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

AF	Actividade física
AFmod	Actividade física moderada
AFMV	Actividade física moderada à vigorosa
AFVig	Actividade física vigorosa
APA	<i>American Psychological Association</i>
APED	Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
CIBS	Comité Institucional de Bioética
DMFR	Departamento de Medicina física e reabilitação
DP	Desvio padrão
END	Escala numérica da dor
ESCIDE	Escola Superior de Ciências de Desporto
HCM	Hospital Central de Maputo
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
MFR	Medicina Física e Reabilitação
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de vida
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
WHOQOL	<i>World health organization Quality of Life</i>

Índice

CAPÍTULO I	21
1.0. Introdução	21
1.1. Enunciado de problema.....	24
1.1.1. Questão de partida.....	24
1.2. Justificativa	25
1.3. OBJECTIVOS DO ESTUDO.....	26
1.3.1. Objectivo geral:.....	26
1.3.2. Objectivos específicos:	26
CAPÍTULO II.....	27
2. Revisão da literatura	27
2.2. Dor lombar (DL)	27
2.2.1. Características da dor Lombar	28
2.2.2. Dor Lombar Crônica	29
2.2.3. Impacto da Dor Lombar Crônica na Qualidade de Vida	29
2.3. Actividade Física (AF)	30
2.4. Qualidade de Vida (QV)	31
2.5. Actividade Física e Dor Lombar Crônica	32
2.6. Qualidade de Vida vs Actividade Física	33
2.7. Impacto da Actividade Física na Qualidade de Vida.....	33
2.8. Efeitos do Exercício Aeróbico em Pacientes com Dor Lombar Crônica	34
2.9. Exercício de Fortalecimento e Qualidade de Vida.....	34
2.10. Comparação entre Exercícios e Terapias Convencionais.....	34
2.11. Impacto dos Exercícios de Alongamento e Flexibilidade	34
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodologia.....	35
3.2. Tipo de estudo método de abordagem.....	35

3.3.	Descrição do local de estudo	35
3.4.	População, Amostra e Amostragem	35
3.5.	Critérios de inclusão e exclusão	36
3.5.1.	Inclusão	36
3.5.2.	Exclusão:.....	36
3.6.	Variáveis.....	36
3.6.1.	Variáveis sociodemográfico.....	36
3.6.2.	Variáveis de estudo	36
3.7.	Técnicas e Instrumentos de recolha de dados	36
3.8.	Procedimentos	38
3.9.	Métodos de Análise e processamento de dados	39
3.10.	Considerações éticas.....	39
3.10.1.	Autonomia:	39
3.10.2.	Anonimato:	40
3.10.3.	Beneficência:.....	40
3.10.4.	Não-maleficência:	40
3.10.5.	Justiça:.....	41
CAPÍTULO IV.....		42
4.	Apresentação dos resultados.....	42
4.2.	Discussão.....	48
CAPÍTULO V		51
5.	Conclusão	51
Limitações do estudo		52
Recomendações.....		52
CAPÍTULO VI.....		53
6.	Referências bibliográfica.....	53
6.1.	Apêndices.....	LX

Apêndice 2: Ficha de consentimento	LXIII
Apêndice 3: Ficha de Acelerômetro	LXV
Apêndice 4: Questionário de características clínicas	LXVI
Apêndice 5: Carta de autorização da supervisora para a submissão do protocolo.....	LXVIII
Apêndice 6: Carta de solicitação de revisão bioética ao CIBS-ISCISA	LXIX
Apêndice 7: Declaração de compromisso do estudante no cumprimento dos princípios de bioética	LXX
Apêndice 8: Declaração de aceitação das normas e procedimentos do CIBS-ISCISA .	LXXI
Apêndice 9: Declaração de comunicação de conflito de interesse.....	LXXII
6.2. Anexos	LXXIII
Anexo 1: Escala numérica da dor.....	LXXIV
Anexo 2: Escala de WHOQOL - BREF.....	LXXV
Anexo 3: Classificação do nível de actividade física IPAQ.....	LXXIX

CAPÍTULO I

1.0. Introdução

Em todo o mundo, a dor nas costas é um problema de saúde muito comum e também uma das principais causas de incapacidade (Hartvigsen et al., 2018; OMS, 2020; Cohen et al., 2021;). A dor músculo-esquelética crônica tem elevada prevalência na população e, por isso, é considerada problema de saúde pública. Dentre as dores músculo-esqueléticas crônicas, um dos sintomas mais comuns, com uma prevalência de 84% durante a vida, é a dor lombar. Apesar de sua elevada incidência, suas causas e factores de risco são pouco conhecidos (Ribeiro *et al.*, 2018; OMS, 2020).

Estudos tem demonstrado que a lombalgia e a dor crônica afetam a qualidade de vida (Ferreira & Pereira, 2011; Rabini *et al.* 2006; Stefane *et al.*, 2013), a satisfação com a vida, embora a dor seja um sinal de alerta necessário, para que o indivíduo saiba, que tem de cuidar da sua saúde.

Os distúrbios da coluna vertebral são agravos frequentes, com alta prevalência e os quais ocorrem na população em geral. Dentre eles, destaca-se a dor lombar, que está associada à perda de produtividade do trabalho, também pode causar no paciente problemas graves de funcionamento cognitivo. Outros estudos revelam que para além da sensibilidade física, a dor crônica pode influenciar, de modo negativo, a qualidade de vida do indivíduo (Gouveia & Augusto, 2011; Branco *et al.*, 2016; Husky *et al.*, 2018; Miranda 2022).

A dor lombar crônica é uma condição de saúde amplamente prevalente e uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), a dor lombar é responsável por uma significativa carga de morbidade e é uma das principais causas de ausência ao trabalho e de redução na qualidade de vida. Estima-se que a dor lombar afecta aproximadamente 540 milhões de pessoas globalmente a qualquer momento, Para a mesma organização aproximadamente 80% dos adultos sofrerão pelo menos uma crise aguda de dor nas costas durante a vida, sendo que 90% dessas pessoas apresentarão mais de um episódio de dor lombar.

A dor lombar é considerada a condição músculo-esquelética mais comum que afecta a população adulta, estimando-se que cerca de 50-80% da população venha a experienciar lombalgia num determinado ponto da sua vida (Fatoye *et al.*, 2019), afetando sobretudo

mulheres e faixas etárias mais avançadas (ManchikantI *et al.*, 2014). É altamente prevalente e pode estar relacionada a factores de estilo de vida, como o nível de actividade física.

A dor lombar constitui um importante problema de saúde pública, atinge níveis epidêmicos na população em geral, acometendo indivíduos economicamente activos, e é considerada a primeira causa de afastamento das actividades laborais (Patrick, 2016). Assim, considerada um problema de saúde pública, a lombalgia pode ser classificada como dor, sensação de tensão ou rigidez na região baixa da coluna vertebral, comprometendo muitas vezes, a região dos quadris e os membros inferiores (Violante e Bonfiglioli 2015; Correa e Viera 2015).

De acordo com o Global Burden of Disease Study, a lombalgia é a doença que lidera os anos vividos com incapacidade (Murray CJ, 2012).

A crescente ocorrência de dor lombar talvez possa acontecer em detrimento de novos hábitos posturais, do aumento da expectativa da vida, das actividades da vida diária e das questões ergonómicas que estariam associadas as mobílias e maquinas, tanto no lar como no trabalho.

Conforme estudos epidemiológicos de (Brambilla e Pulzatto, 2020) a dor lombar é a principal causa de incapacidade em pessoas com menos de 45 anos de idade afectando entre 50% e 90% de indivíduos adultos em algum momento de suas vidas, podendo afectar actividades diárias como levantar, sentar ou andar causando um grande impacto na vida da pessoa se não for tratado pois afeta ligamentos, tendões, ossos, músculos, articulações e os discos intervertebrais e podendo também evoluir para uma piora do quadro e consequentemente doenças mais graves.

Em caso de dor lombar severa ou crônica os estudos de (Petersen e Marziale, 2014) referem que pode ser a causa de maior incapacidade e menor qualidade de vida pois há limitações na mobilidade, alterações na habilidade motora e na força, assim como alteração postural prejudicando o desempenho no dia-a-dia pois pode haver um bloqueio dos movimentos por afetar estruturas como músculos, tendões, ligamentos e geralmente pode ser atribuída a atividade como levantar peso e permanecer na posição sentado ou em pé por muito tempo.

A qualidade de vida foi definida pelo grupo de qualidade de vida da organização mundial da saúde como a percepção do individuo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Whoqol, 1994).

E tendo em conta as limitações trazidas pela dor lombar e de se pensar que o nível de actividade física e a qualidade de vida de pessoas com esse tipo de patologia, possam ser consideravelmente afectados, pois segundo (Krismer e Tulder, 2007) a dor lombar crónica pode causar perda de função, limitação de actividades e participação restrita. E ainda (Sahim *et al* 2017) referem que a incapacidade física, a dor e a depressão são as condições cruciais que alteram a qualidade de vida em pacientes com dor lombar crónica.

Contudo os estudos sugerem que o exercício físico contribuem para melhora no tratamento e na prevenção da dor lombar, ajudando na redução e nos sintomas de dor, melhorando assim o estado funcional do indivíduo que obtém uma melhora na qualidade de vida (FREIRE *et al.*, 2014).

Diante do exposto não há duvida que avaliar o nível de actividade física e qualidade de vida desta população torna-se muito importante, pois possibilita a criação de estratégias de auxílio aos sujeitos acometidos e poder minimizar os efeitos da dor lombar e melhorando desta forma o nível de qualidade de vida.

1.1. Enunciado de problema

A dor lombar crônica é uma condição de saúde amplamente prevalente e debilitante que afecta uma grande parte da população mundial. Estudos epidemiológicos demonstram que a dor lombar crônica tem um impacto significativo na qualidade de vida e é uma das principais causas de incapacidade em adultos (Cohen *et al.*, 2021; Hartvigsen *et al.*, 2018). A prevalência desta condição é notavelmente alta em países em desenvolvimento, onde factores como acesso limitado a cuidados de saúde e baixos níveis de actividade física podem exacerbar a situação (Dagenais *et al.*, 2008; Froud *et al.*, 2019).

Em Moçambique, a dor lombar crônica representa um problema significativo, com uma prevalência crescente devido a factores socioeconômicos e culturais (Molebatsi *et al.*, 2022).

Ao longo dos 13 anos de experiência de trabalho no departamento de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Central de Maputo, verifica-se que nos pacientes com dor lombar referenciados a fisioterapia, a maior parte destes são crônicos, pois a mesma referência muitas das vezes acontece após várias tentativas fracassadas de tratamento medicamentoso, sobretudo nas lombalgias de causa inespecífica, chegando na fisioterapia 3 meses depois. Nesta fase os doentes já apresentam uma deterioração multidimensional da qualidade de vida como por exemplo redução da capacidade funcional; da interação social; profissional e no estado de saúde.

Há vários mitos em relação a actividade física nestes pacientes pois referem aumento da sintomatologia com o movimento. Neste contexto acaba havendo redução de forma significativas do nível de actividade física considerada normal para o indivíduo

Portanto, há uma necessidade de investigar a actividade física e a qualidade de vida de pacientes com dor lombar crônica no departamento de medicina física e Reabilitação do Hospital Central de Maputo.

1.1.1. Questão de partida

- ✓ Considerando as limitações que a dor lombar crônica causa em pacientes com esta doença surge a seguinte questão: Em que medida a dor afecta o nível de actividade física e a qualidade de vida dos pacientes em tratamento no sector de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo?

1.2. Justificativa

A dor lombar crônica é uma condição prevalente que afecta uma parte significativa da população global, gerando impactos significativos na qualidade de vida dos pacientes. Estudos (Balague *et al.* 2012; Geneen *et al.*,2017), indicam que a dor lombar crônica pode levar a limitações funcionais severas, comprometendo a capacidade dos indivíduos de realizar actividades diárias e afetando seu bem-estar geral.

A actividade física tem sido amplamente reconhecida como um componente essencial no tratamento e na gestão da dor lombar, contribuindo para a melhora da funcionalidade e da qualidade de vida dos pacientes. No entanto, a relação específica entre o nível de actividade física e a qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica no contexto local do Hospital Central de Maputo ainda não foi suficientemente explorada.

A presente dissertação busca preencher essa lacuna ao investigar a interação entre a actividade física e a qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica que estão em tratamento no sector de fisioterapia.

Para o Local de Realização do Estudo, o mesmo proporcionará uma compreensão mais aprofundada das características clínicas e dos níveis de atividade física e qualidade de vida dos pacientes com dor lombar crônica em tratamento no ambulatório no departamento do Hospital Central de Maputo.

Identificar a relação entre a atividade física e a qualidade de vida pode incentivar a promoção de programas de actividade física direcionados para pacientes com dor lombar crônica, promovendo a saúde e o bem-estar na comunidade.

Para as instituições de ensino, o estudo contribuirá para o acervo de pesquisas acadêmicas da instituição, destacando seu compromisso com a pesquisa aplicada e com temas de relevância social, como também, adicionará novos dados no acervo científica sobre o nível de actividade física e qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica, especialmente no contexto de países em desenvolvimento. Isso pode ajudar a preencher lacunas existentes e a orientar futuras pesquisas.

1.3. OBJECTIVOS DO ESTUDO

1.3.1. Objectivo geral:

- ✓ Avaliar o nível de actividade física e a qualidade de vida de pacientes com dor lombar crónica em tratamento no sector de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo.

1.3.2. Objectivos específicos:

- ✓ Descrever as características clínicas dos pacientes com dor lombar crónica;
- ✓ Identificar o nível de actividade física dos pacientes com dor lombar crónica
- ✓ Determinar a qualidade de vida dos pacientes com dor lombar crónica
- ✓ Correlacionar a dor lombar, nível de actividade física e a qualidade de vida

1.4. Hipóteses

H0: A Dor Lombar cónica não influencia no nível de actividade física e qualidade de vida dos sujeitos aometidos.

H1: Pacientes com Dor Lombar cónica em atendimento nos Serviços de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo apresentam um baixo nível de actividade física e qualidade de vida.

H2: Pacientes com Dor Lombar cónica em atendimento na Fisioterapia do Hospital Central de Maputo apresentam um nível elevado de actividade física e qualidade de vida.

CAPÍTULO II

2. Revisão da literatura

Vários estudos demonstraram que os doentes com lombalgia crónica apresentam uma deterioração na qualidade de vida comparativamente com a população saudável, repercutindo-se negativamente tanto a nível funcional como emocional (Rabini *et al.* 2006; Krismer e van Tulder., 2007). Encontram-se comprometidas as actividades da vida diária, actividades vigorosas, moderadas e de lazer, actividade profissional e a independência individual, necessitando muitas vezes dos cuidados de terceiros (Krismer e van Tulder 2007).

2.2. Dor lombar (DL)

A dor lombar é definida como dor localizada entre a 12^a (décima segunda) costela e as dobras glúteas inferiores, com ou sem dor nas pernas e classifica-se em específica ou inespecífica (Krismer M, 2007; Paula & Cortrim, 2020; Briganó & Macedo, 2005; Coelho & Almeida, 2005; Dias, 2020; Pires & Dumas, 2008). uma patologia específica reconhecida (por exemplo, infeção, tumor, fratura, processo inflamatório) (Violante FS,*et al.*; 2015).

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) destaca que a dor é uma experiência desagradável, que pode afectar vários aspetos que são condicionantes da vida das pessoas. A dor é um fenómeno multifatorial que, com o aumento da idade, pode aumentar e prejudicar o sistema nervoso sensorial, alterando o estado emocional do doente. Entre os mais jovens evidenciam-se as dores de cabeça, as dores nos membros inferiores, as dores lombares, as dores musculoesqueléticas, as dores abdominais e a dor nas costas. No caso das pessoas idosas a dor lombar (Muffato *et al.*, 2021; Weiner *et al.*, 2006) pode provocar muitas limitações de mobilidade, afetar a possibilidade de vida social e conduzir a depressão (Alves *et al.*, 2021).

A dor lombar quando classificada como crónica, pode ser distinguida como específica ou não específica (Goertz *et al.* (2012); Russo M *et al.*, 2018; Violante FS *et al.*, 2015). É considerada não específica quando não possui uma causa anatomopatológica específica ou diagnóstico para a origem da dor (Reme *et al.*, 2012; Russo M *et al.*, 2018; Violante FS *et al.*, 2015), sendo que cerca de 90% são classificadas desta forma (Tagliaferri SD *et al.*, 2020). Geralmente, a dor lombar de causa inespecífica é que é a forma mais comum da dor lombar, considerada 85% de todas dores lombares (Josephson et al. 2013).

Todos estes problemas podem, ao longo da vida, comprometer a vida social de um indivíduo, a motricidade e mobilidade, afetar o doente em termos de vida pessoal, profissional e social (Cavalcante Filho *et al.*, 2014) e dar origem a problemas psicológicos.

2.2.1. Características da dor Lombar

A lombalgia constitui um problema de saúde que pode ter um impacto prolongado na vida dos pacientes (Husky *et al.*, 2018; Mendes, 2018; Suzuki *et al.*, 2020; Urits *et al.*, 2019). A dor lombar pode ser aguda, quando persiste por menos de 6 semanas, (Josephson *et al.* 2013, Goertz *et al.*), sub-aguda, é a que persiste entre 6 semanas, quando persistir por 12 semanas ou mais é considerada crónica (Chou, 2011; Goertz *et al.*, 2012; Mendes, 2018). Este tipo de dor pode não estar associada a uma patologia facilmente diagnosticável, que resulta de fratura ou inflamação, e pelo facto de não apresentar uma associação elevada com certos sintomas e uma patologia específica, pode ser inicialmente considerada como passageira, devido a má postura corporal, uso de calçado inadequado ou um pequeno acidente (Chou, 2011; Mendes, 2018).

Monteiro (2021) refere diferentes tipos de lombalgia, considerando que o disco intervertebral pode ser a causa de dor, quando está afetado, levando a um desgaste das articulações intervertebrais ou a uma compressão da raiz nervosa. “Um conjunto diverso de fatores, biomecânicos, nutricionais, bioquímicos, genéticos, psicológicos e sociais podem contribuir para a lombalgia se tornar crónica” (Josephson *et al.* 2013). A lombalgia pode surgir em diferentes fases da vida, uma vez que as suas origens também são diversas e pode causar também ansiedade e depressão, quando evolui para um quadro de dor crónica (Castro-Lopes *et al.*, 2001), sobre a lombalgia, também pode causar no paciente problemas graves de funcionamento cognitivo (Miranda 2022). Outros estudos revelam que para além da sensibilidade física, a dor crónica pode influenciar, de modo negativo, a qualidade de vida do indivíduo (Branco *et al.*, 2016; Gouveia & Augusto, 2011; Husky *et al.*, 2018). Neste sentido podem ocorrer diversos problemas, tais como interrupção do sono, o esgotamento físico, dificuldades em exercer atividades de lazer ou profissionais, entre outras (Suzuki *et al.*, 2020).

Para avaliar o tipo ou intensidade da dor é preciso, ter em conta o historial do paciente, e avaliar mediante escalas específicas a sua intensidade, todavia a investigação sobre a dor, tem vindo a propor novos métodos de medida, que se revelaram úteis nas mais diversas morbilidades (Fortunato *et al.*, 2013; Payen *et al.*, 2001). No que se refere à percepção da intensidade da dor,

esta também pode variar de acordo com o paciente, já que existem fatores psicológicos a juntar, à forma como esta é sentida por cada um de nós (Key, 2010).

2.2.2. Dor Lombar Crônica

A dor lombar crônica é uma condição comum que afeta significativamente a qualidade de vida dos pacientes. De acordo com o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), a dor lombar crônica é uma condição que persiste por mais de 12 semanas e pode ter um impacto profundo no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos (NICE, 2016).

Factores de risco

Segundo Paula e Cortrim. (2020), diversos fatores estão relacionados com a presença de dor lombar. Dentre eles, podemos

destaca:

- ✓ Idade maior que 30 anos;
- ✓ Sexo masculino;
- ✓ Tabagismo;
- ✓ Alcoolismo;
- ✓ Obesidade;
- ✓ Postura inadequada;
- ✓ Transtorno do humor;
- ✓ Baixo nível social;
- ✓ Baixo nível de escolaridade;
- ✓ Sedentarismo;
- ✓ Atividades laborais que exijam esforços com excesso de flexão, rotação, vibração do tronco e carregar peso

2.2.3. Impacto da Dor Lombar Crônica na Qualidade de Vida

Um estudo fundamental realizado por Balague *et al.* (2012) avaliou como a dor lombar crônica afeta diversos aspectos da qualidade de vida. Os autores utilizaram questionários para medir a intensidade da dor, a função física e o impacto psicológico em pacientes com dor lombar crônica. O estudo revelou que a dor lombar crônica está associada a uma significativa redução na qualidade de vida, afectando a capacidade funcional, a saúde mental e o bem-estar geral dos pacientes.

2.3. Actividade Física (AF)

A Actividade Física (AF) é frequentemente caracterizada de acordo com os princípios FITT: frequência, intensidade, tempo e tipo (Dishman R, *et al* 2021, Rhodes RE, 2017). A frequência refere-se ao número de vezes em que o indivíduo está activo A intensidade refere-se ao quão vigorosa é a AF realizada, sendo as intensidades mais estudadas na literatura a intensidade moderada e vigorosa (Dishman R, *et al.*, 2021, Rhodes RE, 2017, Piercy KL, *et al.*, 2020) O tempo refere-se à duração total da AF, e pode refletir o tempo gasto em um único momento de AF ou o tempo acumulado gasto ao longo de um dia ou uma semana (Dishman R, *et al.*, 2021, Rhodes RE, 2017).

Para combater as elevadas percentagens de sedentarismo, a organização mundial da saúde (OMS), refere que devemos praticar qualquer tipo de AF, no entanto devemos procurar seguir as recomendações que constam nas suas guidelines lançadas em 2020 (Macek P, *at al.*, 2018; Ding D, *et al.*, 2020). Os mesmos guidelines fornecem recomendações gerais de saúde pública baseadas nos princípios FITT, e sugerem que todos os indivíduos com idades compreendidas entre 18 e os 64 anos, incluindo aqueles com doenças crónicas ou algum tipo de incapacidade devem realizar pelo menos 150-300 minutos de AF aeróbica de intensidade moderada, ou pelo menos 75-150 minutos de AF aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e intensidade vigorosa ao longo da semana. As guidelines sugerem, ainda que, os adultos podem aumentar a AF aeróbica de intensidade moderada para >300 minutos, ou praticar >150 minutos de AF aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de atividade de intensidade moderada e intensidade vigorosa ao longo da semana para benefícios adicionais à saúde (quando não contraindicados para aqueles com condições crónicas). (Macek P, *et al.*, 2019).

Actividade Física

Thompson, Gordon e Pescatello, 2010 recomendam a prática de atividade física moderada durante 30 ou mais minutos, pelo menos cinco dias por semana ou a prática de atividade física vigorosa três vezes por semana, durante 20 minutos. Níveis de atividade física inferiores aos recomendados revelam-se insuficientes, aumentam em 20 a 30% o risco de mortalidade e representam 2% dos anos perdidos devido a incapacidade, doença ou morte precoce (OMS, 2011).

A prática de atividade física consoante o recomendado traduz-se na diminuição dos fatores de risco aterogénicos, diminui a pressão arterial, auxilia na manutenção e/ou perda de peso, diminui a frequência cardíaca de repouso, aumenta a HDL e diminui as LDL, aumenta a tolerância à glicose e promove um estilo de vida saudável (Seshadri e Wolf, 2016). Complementarmente, a prática de exercício físico diminui a agregação plaquetária, aumenta a sensibilidade à insulina e potencia a extensão da modificação para um estilo de vida mais saudável, à adoção de uma alimentação cuidada e da cessação do consumo de álcool e tabaco (Seshadri e Wolf, 2016).

De acordo com, American College of Sports Medicine Position Stand (1998) está comprovado que quanto mais ativa é uma pessoa menos limitações físicas ela tem. Dentre os inúmeros benefícios que a prática de exercícios físicos promove, um dos principais é a proteção da capacidade funcional em todas as idades. Isto é, independentemente da condição física, as pessoas quando submetidas à actividades físicas melhoram a sua funcionalidade. Essa prática pode ser sob realização de actividades diárias (AVDs) (Andeotti, 1999) dentro das actividades funcionais.

As actividades funcionais podem ser classificadas por vários índices. As actividades da vida diária (AVD) são referidas como: tomar banho, vestir-se, levantar-se e sentar-se, caminhar a uma pequena distância; ou seja, actividades de cuidados pessoais básicos e, as actividades instrumentais da vida diária (AIVD) como: cozinhar, limpar a casa, fazer compras, jardinagem; ou seja, actividades mais complexas da vida quotidiana (Matsudo, 2001). Um estilo de vida fisicamente inativo pode ser causa primária da incapacidade para realizar AVD. Em contrapartida, um programa de exercícios físicos regulares pode promover mais mudanças qualitativas do que quantitativas, como por exemplo alteração na forma de realização do movimento, aumento na velocidade de execução da tarefa e adoção de medidas de segurança para realizar a tarefa (Andeotti, 1999). Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física

2.4. Qualidade de Vida (QV)

A qualidade de vida é um conceito que define as condições gerais de bem-estar físico, mental, psicológico e emocional procurado por todos os seres humano (WHOQOL, 1994; Silva, Veríssimo & Pinheiro, 2010). A QV de um indivíduo é também definida pela própria pessoa, ou seja, contempla uma perspectiva subjetiva segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Tem por base aspectos de contexto de valorização da cultura, integra um sistema de valores e princípios, isto é, assume-se como uma forma de vida que a própria pessoa deseja (Saxena, *et al.*, 2001) e a dor afecta negativamente a qualidade de vida das pessoas (Canavarro *et al.*, 2010).

Silva *et al.* (2023) investigaram a relação entre níveis de actividade física e dor lombar crônica, utilizando o IPAQ para avaliar os níveis de actividade física dos pacientes. O estudo concluiu que níveis mais elevados de actividade física estão associados a menor intensidade da dor lombar crônica. Oliveira e Andrade (2022) analisaram como a actividade física, medida pelo IPAQ, influencia a dor lombar crônica e a qualidade de vida dos pacientes. O estudo encontrou que a prática regular de actividade física pode melhorar significativamente a qualidade de vida e reduzir a dor lombar crônica. Fernandes e Lima (2021) exploraram a associação entre a actividade física, avaliada pelo IPAQ, e a dor lombar crônica em adultos. O estudo mostrou que a prática de actividade física leve a moderada pode ser benéfica para a gestão da dor lombar crônica.

No estudo do Santos e Costa (2020) realizaram uma revisão abrangente dos estudos que utilizaram o IPAQ para avaliar a actividade física em pacientes com dor lombar crônica. A revisão destacou que a actividade física regular pode ajudar a reduzir a dor lombar e melhorar a função física.

Wang e Zhang (2020), realizaram uma revisão sistemática dos estudos que usaram o SF-36 para avaliar a qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica. A revisão concluiu que a actividade física tem um impacto positivo na qualidade de vida, melhorando os escores do SF-36, especialmente em áreas relacionadas à função física e dor.

2.5. Actividade Física e Dor Lombar Crônica

A actividade física é frequentemente recomendada como uma estratégia de manejo para a dor lombar crônica. Estudos demonstram que exercícios regulares podem ajudar a reduzir a intensidade da dor e melhorar a função física. Um estudo de Koes *et al.* (2010) mostra que programas de exercícios, especialmente aqueles que combinam treinamento de força e flexibilidade, são eficazes na redução dos sintomas de dor lombar crônica (Koes *et al.*, 2010)

Na revisão sistemática realizada por Gordon e Bloxham (2016), foi levado a cabo a investigação sobre a actividade física e dor lombar crônica inespecífica. Os autores concluíram que a actividade física, pode ser um factor bastante importante na redução da dor lombar crônica e da incapacidade associada à condição. O fortalecimento do core contribui para uma

melhor estabilização da coluna lombar, enquanto os exercícios aeróbicos ajudam a reduzir a rigidez por meio do aumento do fluxo sanguíneo para os tecidos afetados. Apesar de não ter sido identificada uma modalidade de exercício claramente superior, programas que combinam diferentes tipos de exercício mostraram-se mais promissores. Assim, intervenções multicompetentes, que integram força, flexibilidade e exercícios aeróbicos, parecem oferecer melhores resultados na melhoria da qualidade de vida de pacientes com (Josephson *et al.* 2013).

2.6. Qualidade de Vida vs Atividade Física

O estudo de Kato *et al.* (2006) analisou a relação entre dor lombar crônica, níveis de atividade física e qualidade de vida. Os pesquisadores encontraram que níveis mais baixos de atividade física estavam associados a uma pior qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica. O estudo sugeriu que a promoção de atividades físicas pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Segundo os dados de Figueira *et al.* (2023), num estudo sobre a actividade física e a qualidade de vida, indicaram que 73% dos participantes apresentavam uma alta QV, e 84% mantinham níveis elevados de atividade física. A relação entre AF e a redução da ansiedade e estresse foi significativa, confirmando o efeito benéfico da prática regular de exercícios. Além disso, o estudo também destacou que fatores como escolaridade e espiritualidade (99,6% dos participantes com alta espiritualidade) influenciaram positivamente a satisfação pessoal e o bem-estar psicológico, deste modo fazendo com que tenham uma alta qualidade de vida. Este estudo reforça a ideia de que o envolvimento em atividades físicas regulares pode agir como um fator protetor contra transtornos saúde em geral.

2.7. Impacto da Atividade Física na Qualidade de Vida

A atividade física não só pode aliviar a dor, mas também melhorar a qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica. Um estudo conduzido por Geneen *et al.*, (2017) concluiu que a atividade física pode melhorar o bem-estar geral, a capacidade funcional e a qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica (Geneen *et al.*, 2017).

Segundo (Reme *et al.*, 2012), a actividade física proporciona maior fluxo sanguíneo na região lombar, factor que se mostra importante para o processo de melhoria dos tecidos e estruturas que se encontram comprometidas na região lombar e que possam ser potenciais causadoras da dor. Manter uma rotina activa de actividade física, é considerado factor importante no processo de recuperação da dor crônica (Josephson *et al.* 2013)

2.8. Efeitos do Exercício Aeróbico em Pacientes com Dor Lombar Crônica

Um estudo realizado por Hayden *et al.* (2005) analisou os efeitos de exercícios aeróbicos, como caminhada e natação, em pacientes com dor lombar crônica. Os resultados mostraram que os pacientes que participaram de um programa regular de exercícios aeróbicos relataram uma redução significativa na intensidade da dor e uma melhoria na qualidade de vida em comparação com o grupo controle. O estudo concluiu que o exercício aeróbico pode ser uma intervenção eficaz para aliviar os sintomas e melhorar o bem-estar geral.

2.9. Exercício de Fortalecimento e Qualidade de Vida

Um estudo conduzido por Searle *et al.* (2009) investigou os efeitos de um programa de exercícios de fortalecimento específico para o core em pacientes com dor lombar crônica. Os resultados mostraram que os pacientes que participaram do programa experimentaram melhorias significativas na função física e na qualidade de vida. Além disso, houve uma redução na dor percebida e uma melhor capacidade para realizar atividades diárias.

2.10. Comparação entre Exercícios e Terapias Convencionais

Um estudo de Furlan *et al.* (2015) comparou a eficácia de exercícios físicos com terapias convencionais, como fisioterapia e medicamentos, no manejo da dor lombar crônica. O estudo encontrou que os pacientes que seguiram um programa de exercícios mostraram melhoras mais duradouras na qualidade de vida e na função física em comparação com aqueles que receberam apenas tratamento convencional. Os autores destacaram a importância de incorporar exercícios como parte do tratamento padrão para dor lombar crônica.

2.11. Impacto dos Exercícios de Alongamento e Flexibilidade

Em um estudo conduzido por Kurtz *et al.* (2018), foram examinados os efeitos de exercícios de alongamento e flexibilidade em pacientes com dor lombar crônica. Os resultados mostraram que a prática regular de alongamentos contribuiu para uma redução na intensidade da dor e uma melhoria na qualidade de vida dos participantes. Além disso, os exercícios de alongamento ajudaram a aumentar a mobilidade e reduzir a rigidez muscular.

CAPÍTULO III

3. Metodologia

3.2. Tipo de estudo método de abordagem

Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quali-quantitativa onde se pretende avaliar o nível de actividade física e a qualidade de vida em utentes com dor lombar crônica.

3.3. Descrição do local de estudo

O estudo será realizado no Hospital Central de Maputo, concretamente no departamento de Medicina Física e Reabilitação.

O Hospital Central de Maputo, é um hospital do nível quaternário de referência nacional e maior unidade hospitalar do país, isto é, a última instância e mais diferenciada de assistência médica do país, que desenvolve actividades assistenciais, de formação e investigação. Está localizada na Cidade de Maputo no Bairro da Polana, delimitada pelas avenidas Agostinho Neto à norte, à sul a Av. Eduardo Mondlane, a este Tomás Nduda e a oeste Salvador Allende.

Esta unidade conta actualmente com quatro direcções e vários departamentos: Direcção geral, direcção administrativa, direcção de enfermagem e a direcção científica e pedagógica. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019), o hospital atende aos habitantes da cidade de Maputo com um universo populacional de 1.120.867 e, faz cobertura a toda população Moçambicana com cerca de 27.909.798 habitantes. Assim sendo, o hospital de referência nacional, atende a toda população de Moçambique, sempre que referenciados. Ademais o departamento de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Central de Maputo é extremamente importante para a população moçambicana, uma vez que o país enfrenta grandes desafios em relação à saúde e à qualidade de vida da população. Com uma grande demanda por serviços de reabilitação, os profissionais dessa área desempenham um papel fundamental no processo de recuperação e reintegração dos pacientes.

3.4. População, Amostra e Amostragem

A população de interesse da presente pesquisa foi constituída por todos pacientes com dor lombar crônica em atendimento no departamento de Medicina Física Reabilitação no sector de

Fisioterapia. Para a constituição da amostra foram seleccionados 32 sujeitos de ambos sexos, com idade compreendida entre os 24 e 70 anos por técnica de amostragem não probabilística, por conveniência.

3.5. Critérios de inclusão e exclusão

3.5.1. Inclusão

Foram incluídos no presente estudo todos os pacientes seleccionados para a amostra e que reuniam os seguintes critérios:

- ✓ Ser utente do sector de Fisioterapia com lombalgia a mais de 3 meses;
- ✓ Ser tentes com idade maior ou igual a 18;
- ✓ Pacientes que apresentam uma independência funcional nas suas actividades.
- ✓ Ter aceitado participar no estudo através de consentimento assinado

3.5.2. Exclusão:

- ✓ Utentes com incapacidade de marcha
- ✓ Utentes com outras patologias crónicas dolorosas como gonartrose severa
- ✓ Mulheres grávidas
- ✓ Pacientes com dor constante

3.6. Variáveis

3.6.1. Variáveis sociodemográfico

- Idade
- Sexo
- Ocupação

3.6.2. Variáveis de estudo

- Dor Lombar
- Actividade física
- Qualidade de vida

3.7. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados

Para o registo de dados sobre actividade física foi utilizado o **Pedômetro** que é um instrumento de monitorização da Actividade física que tem como objectivo principal quantificar o número

de passos concretizados por um indivíduo ao longo do dia, possui uma capacidade de memória equivalente a 15 dias. Para além disso, descreve actividade física em Moderada-vigorosa, moderada e vigorosa. (Tudor-Locke & Basset, 2004).

Um questionário de **caracterização clínica** que serviu para avaliar a dor lombar crónica, (Apêndice 1), elaborado pelo pesquisador e validado por três peritos, sendo dois da área de fisioterapia e um da área de desporto, inclui a avaliação de pontos como dados referentes a idade, sexo, tipo e localização da dor, tempo de evolução, ocupação, factores que despertam e aliviam a dor, como também as causas.

Para avaliar o comportamento do sintoma em relação a intensidade da dor recorreu-se a **Escala Numérica da dor** (END) é uma escala que avalia a intensidade da dor de grau 0 a 10, onde 0 é sem dor e 10 é a dor máxima. Em que a mesma pode ser categorizada de forma qualitativa em dor leve (de 0 a 3), dor moderada (de 4 a 6), dor intensa (de 7 a 9) e dor insuportável ou máxima (10), (Tudor-Locke & Basset, 2004), (Anexo 1).

Quanto a actividade física será aplicada o **Questionário Internacional de Actividade Física** (IPAQ) versão curta (anexo 2). Este instrumento de monitorização avalia através de 9 itens a actividade física de intensidade moderada ou vigorosa e a marcha nos últimos 7 dias. Após pontuação de cada um dos itens e cálculo final, os resultados são obtidos sob a forma de variáveis contínuas ou em categorias, com 3 níveis de actividade física: 1) baixo, 2) moderado e 3) elevado. No nível elevado (categoria 3) incluem-se os indivíduos que realizam, no mínimo, 1h de actividade de intensidade moderada ou meia hora de actividade de intensidade vigorosa diária, acima do nível basal de actividade. O nível moderado (categoria 2) corresponde à prática de meia hora de actividade de intensidade moderada na maioria dos dias. No nível baixo (categoria 1) encontram-se os indivíduos que não estão incluídos nas duas primeiras categorias. As variáveis contínuas são expressas em MET-minutos/semana (*Metabolic Equivalent Task*), em que MET representa a energia necessária para um tipo de actividade (Hagstromer et al. 2005) (MET= 3.5 ml O₂ kg⁻¹ min⁻¹) Por fim, a última questão avalia o tempo que o doente permanece sentado, representando um indicador de sedentarismo (IPAQ Research Committee 2005)

É um questionário de autorrelato que determina a duração (tempo por dia) e a frequência (dias por semana). O score do IPAQ pode ser expresso de duas formas, uma é categórica (baixo nível de AF, moderado nível de AF ou alto nível de AF) e a outra é variável contínua (METs minutos por semana).

Para avaliar a QV foi aplicada o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – Versão Breve (WHOQOL-Bref; versão portuguesa, Canavarro *et al.*, 2007).

O WHOQOL-Bref (Anexo 3) é utilizado para analisar o nível de qualidade de vida, considerando diferentes componentes ou domínios, isto é, o físico, o psicológico, as relações sociais e o ambiente. O instrumento foi desenvolvido pelo WHOQOL Group da Organização Mundial da Saúde (OMS) através de um projeto que contou com a colaboração de 15 centros de diferentes culturas. Com adequadas características psicométricas. O instrumento preenche os critérios de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo.

Cada um destes domínios é avaliado com respostas numa escala do tipo Likert de 5 pontos, sendo que as escalas correspondem a quatro dimensões de avaliação, nomeadamente, intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Vaz Serra *et al.*, 2006).

3.8. Procedimentos

Para a recolha de dados do estudo, foi feita a identificação dos participantes através do cartão do utente. Todos participantes foram explicados sobre os objectivos do estudo, esclarecendo sobre as questões éticas, onde se garantiu a privacidade e confidencialidade, a proteção dos dados dos participantes, e que todos os dados recolhidos serviram apenas para a presente investigação e que o estudo não incluiria intervenção invasiva.

Os participantes interessados neste estudo assinaram um termo de consentimento informado, concordando em participar no estudo.

O processo de recolha de dados compreendeu dois momentos. No primeiro momento foi aplicado o questionário das características clínicas, que era constituído por perguntas fechadas onde os participantes assinalavam a resposta mais conveniente em relação a sua condição e entregue o pedómetro para a recolha de dados referentes a actividade física, onde foi dado instrução quanto ao uso do instrumento, tendo sido usado por uma semana. O segundo momento, correspondeu a recolha dos pedómetros e de seguida avaliação da qualidade de vida através da aplicação da escala de WHOQOL-Bref, tendo sido instruídos os procedimentos de preenchimento. Para os participantes que não sabiam ler ou tinham problemas oculares que impossibilitava a leitura e /ou compreensão, o pesquisador fê-lo por meio de entrevista.

Em relação a quantificação da intensidade da dor foi usada a escala numérica da dor, sendo uma escala subjectiva. Os participantes foram explicados que grau 0 (zero) é sem dor e grau 10 (dez) dor máximo que o participante já experimentou em toda sua vida. Também foram explicados sobre a classificação dos números intermediários. De seguida os participantes foram questionados e responderam de acordo com nível da dor que julgavam sentir.

Referir que para garantir a beneficência aos participantes, no acto de recolha de dados foram submetidos a sessões de tratamento, fazendo com que o processo todo tivesse uma duração que variava de 45 a 60 minutos por participante.

3.9. Métodos de Análise e processamento de dados

Os dados colectados foram lançados numa planilha do Microsoft Excel onde foi feita a limpeza, corrigindo ou eliminando os dados impossíveis. Posteriormente foram transferidos para uma outra base do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 22 do Microsoft Windows.

A análise de dados envolveu medidas de estatística descritiva e os respectivos dados encontram-se apresentados sobre forma de médias e proporções. Para correlacionar a qualidade de vida e o nível de AF recorreu-se ao teste de correlação de spearman. Segundo Cohen (1998), a força do coeficiente de correlação (r) é considerada fraca se $r < 0,2$, moderada se r estiver entre 0,2 e 0,5, e forte se $r > 0,5$. O Teste de correlação de spearman, considerando um nível de significância de 0,05.

3.10. Considerações éticas

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comité Institucional de Bioética do Instituto Superior de Ciências de Saúde (CIBS – ISCISA) que foi aprovado com o código de referência **TFCCDAM09/24**. Todas as informações obtidas sobre os sujeitos da pesquisa foram usadas para os fins da pesquisa onde cada participante foi identificado por um código atribuído pelo pesquisador de modo a garantir o anonimato.

3.10.1. Autonomia:

Para garantir a autonomia, asseguraremos que todos os pacientes recebessem informações claras e detalhadas sobre os objetivos, procedimentos e possíveis riscos envolvidos. Cada paciente teve a oportunidade de dar seu consentimento informado ou optar por não participar, sem que isso impacte-se negativamente seu tratamento.

Realizamos sessões informativas para esclarecer dúvidas e garantir que os pacientes se sintam confortáveis com sua decisão. Também foi enfatizado que eles têm o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, reforçando que a participação é totalmente voluntária. Dessa forma, garantimos que a autonomia dos pacientes fosse respeitada e valorizada ao longo de todo o processo.

3.10.2. Anonimato:

Para garantir o anonimato, assegurou-se que todos os dados colectados fossem identificados apenas por códigos numéricos, evitando o uso de nomes ou informações pessoais. Os dados foram armazenados em um banco de dados, com acesso restrito apenas ao pesquisador, garantindo deste modo o Anonimato e a Confidencialidade. Na divulgação dos resultados, apenas informações obtidas através dos dados encontram-se apresentados, sem identificações de pessoas singulares.

3.10.3. Beneficência:

Em caso de identificação de uma alteração significativa ou agravamento da dor, durante o estudo, o paciente foi acompanhado com equipe de saúde do hospital para uma avaliação mais aprofundada.

Todos os participantes terão acesso a um relatório com informações sobre suas avaliações e possíveis sugestões de controlo da dor, caso assim desejem. Ao final do estudo, os resultados obtidos poderão contribuir para a compreensão da relação entre actividade física e qualidade de vida, ajudando na formulação de melhores práticas de tratamento para pacientes com dor lombar crônica.

3.10.4. Não-maleficência:

Todas as informações colectadas no estudo sobre actividade física e qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica foram tratadas com o máximo de confidencialidade, garantindo que o acesso seja restrito apenas aos membros da equipe de pesquisa autorizados. O pesquisador foi responsável por assegurar que os dados sejam utilizados de forma ética, evitando qualquer tipo de dano aos participantes, como a divulgação indevida de informações pessoais ou a estigmatização em relação à sua condição de saúde. Medidas foram implementadas para minimizar riscos e garantir que a participação no estudo não cause desconforto ou preocupação aos pacientes.

3.10.5. Justiça:

Representação Equitativa: garantiremos que todos os grupos de pacientes com dor lombar crônica sejam representados de maneira equitativa no estudo, levando em consideração factores como idade, gênero e nível de actividade física. Isso assegura que os resultados e recomendações beneficiem todos os subgrupos, independentemente de suas características individuais.

Igualdade no Acesso aos Resultados: os resultados e recomendações do estudo foram compartilhados de forma justa e equitativa com todos os participantes, garantindo que cada paciente tenha acesso às informações e possa se beneficiar das orientações e estratégias sugeridas para melhorar sua qualidade de vida.

Inclusão nas Recomendações: As intervenções e orientações propostas foram elaboradas para atender às necessidades de todos os pacientes envolvidos, sem favorecer um grupo específico. As recomendações foram adaptadas para assegurar que todos tenham a oportunidade de implementar mudanças que possam impactar positivamente na sua saúde e bem-estar.

CAPÍTULO IV

4. Apresentação dos resultados

A presente dissertação teve principal objectivo a avaliação do nível de actividade física e qualidade de vida em pacientes com dor lombar crónica em tratamento no sector de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo.

Obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 7 participantes, dos quais quatro (4) não consentiram participar do estudo e três (3) desistiram durante o processo de recolha de dados, porém o processo não ficou afectado com as desistências. Assim, participaram do estudo 32 sujeitos de ambos sexos com idades compreendidas entre 24 e 70 anos.

Para o presente trabalho de pesquisa, foi considerado o sexo, a idade (em faixas-etária) e a ocupação como variáveis sociodemográficas. Conforme ilustra a tabela 1. Quanto ao sexo, foi observado maior participação de indivíduos do sexo feminino, correspondente a 53.1% (17/32).

Em relação a idade dos participantes do estudo, foi categorizada em 6 faixas-etária diferentes, (≤ 24 ; 25 a 34; 35 a 44; 45 a 54; 55 a 64; ≥ 65), onde podemos observar que a faixa-etária de ≤ 24 , se apresentou com menor participantes que correspondem a 6,3% (2/32) e a faixa-etária com maior número de participantes foi de 55 a 64, que corresponde a 28,1% (9/32).

Ainda na descrição da tabela 1, fica patente, em relação a ocupação dos participantes, que maior número têm uma ocupação dinâmica e estes correspondem a 53,1% (17/32) e os com ocupação mista, isto é, Estática e dinâmica representam menor participação, sendo 9,4% (3/32).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da população em estudo.

Sexo	Frequência	Porcentagem (%)
Masculino	15	46,9
Feminino	17	53,1
Idade (em Faixa-etária)		
≤ 24	2	6,3
25 a 34	5	15,6
35 a 44	6	18,8
45 a 54	6	18,8
55 a 64	9	28,1
≥ 65	4	12,5
Natureza da Ocupação		
Estático	12	37,5
Dinâmico	17	53,1
Estático e Dinâmico	3	9,4

Fonte: Autor

Os valores referentes a análise da caracterização da dor encontram-se apresentados na tabela 2. Os mesmos mostram que no referente ao tempo de evolução da dor lombar, conforme demonstra a tabela 2, foi observado que 15.6% (5/32), que correspondem ao menor número de participantes, relatam que têm esta dor a mais de 1 ano e 46.9% (15/32) que correspondem ao maior número de participantes, relataram que têm a dor por um período de 6 meses a 1 ano.

Quanto a caracterização da intensidade da dor, para este estudo, foi observado que há maior predominância de participantes com dor moderada, que correspondem a 68.8% (22/32) enquanto a dor intensa foi de 28.1% e leve com 3.1% foi a que apresentou menor número de participantes. No que refere a localização da dor foi considerado o lado direito, esquerdo e bilateralidade, correspondendo respectivamente: 43.8% (14/32), 18.8% (6/32) e 37.5% (12/32).

No que concerne a caracterização da dor quanto ao seu tipo, os resultados mostram que maior parte dos participantes caracterizaram a dor como localizada, correspondente a 56.3% (18/32) e os restantes 43.8% (14/32) caracterizaram como uma dor que irradia.

Referentemente ao momento da dor, foram considerados três momentos, Repouso, Movimento, Exercício Físico. Onde foi observado que maior parte dos participantes relatou que tinha dor durante os movimentos que correspondem a 62.5% (20/32) e outros participantes relataram dor em momentos de repouso e na prática de exercícios físicos que correspondem, respectivamente a 15.6% (5/32) e 21.9% (7/32).

Foram considerados também como variáveis clínicas, os factores que aliviam a dor, onde caracterizou-se em (Repouso, Medicação, Medicação e Repouso e Desconhece). Neste quesito, observou-se que maior percentagem de participantes referiu que o factor que alivia a sua dor era o repouso que corresponde a 43.8% (14/32) e a menor percentagem de participantes referiu que o factor que aliviava a sua dor é a medicação e repouso que corresponde a 9.4% (3/32).

Foi levado em consideração, neste estudo, a causa da dor lombar, onde foi classificada a causa em específica e inespecífica. Observou-se que a maioria dos participantes apontou a causa como inespecífica o correspondente a 71.9% (23/32) e os restantes 28.1% (9/32) apontou a causa como específica.

Tabela 4: Caracterização clínica dos sujeitos de estudo

Tempo de evolução	Frequência	Porcentagem (%)
Menos de 6 meses	12	37.5
6 meses a 1 ano	15	46.9
Mais de 1 ano	5	15.6
Intensidade da dor		
Leve	1	3.1
Moderada	22	68.8
Intensa	9	28.1
Localização da dor		
Direita	14	43.8
Esquerda	6	18.8
Bilateral	12	37.5
Tipo de dor		
Localizada	18	56.3
Irradiada	14	43.8
Momentos de dor		
Repouso	5	15.6
Movimento	20	62.5
Exercício Físico	7	21.9
Factores que aliviam		
Repouso	14	43.8
Medicação	6	18.8
Medicação e Repouso	3	9.4
Desconhece	9	28.1
Causa da dor		
Específica	9	28.1
Inespecífica	23	71.9

Fonte: Autor

A tabela 3, faz a descrição da actividade física de acordo com o nível, onde são considerados três níveis (Sedentário, pouco Activo e Activo). Neste estudo, foi observado que de todos que participaram, apenas 1 participante é classificado como "Activo" e corresponde a 3.1% (1/32) e os participantes com o nível de "Sedentário" foram de maior predominância, sendo ele 84.4% (27/32).

Tabela 3: Classificação do nível de actividade física

Nível de AF	Frequência	Porcentagem (%)
Sedentário	27	84.4
Pouco Activo	4	12.5
Activo	1	3.1

A tabela 4, apresenta os valores médios, desvio padrão, valores mínimos e máximos referentes aos domínios da qualidade de vida calculados a partir da escala de WHOQOL-BREF, onde se

destacar cada domínio que constitui a escala. No entanto, podemos observar que quanto a média temos uma variação de 3,00 a 50,641, sendo a média mínimo e máxima que são referentes à Estado de saúde e o domínio ambiental, respectivamente. Observando o desvio padrão, podemos observar valores que variam de $\pm 1,320$ a $\pm 22,5070$, constituindo mínimo e máximo, respectivamente e que dizem respeito aos domínios Estado de Saúde e Psicológico, respectivamente.

Tabela 4: Descrição das medias e desvio padrão dos domínios da escala WHOQOL-BREF

	DOMINIOS					
	Físico	Psicológico	Social	Ambiental	QV. Geral	Estado de Saúde
Média	49,781	49,172	44,269	50,641	3,47	3,00
DP	$\pm 9,9775$	$\pm 22,5070$	$\pm 14,5728$	$\pm 11,1171$	$\pm 1,319$	$\pm 1,320$
Mínimo	35,7	26,3	33,3	35,7	1	1
Máximo	64,3	84,2	83,3	71,4	5	5

DP: Desvio padrão.

Fonte: Autor

A tabela 5, ilustra os resultados colhidos nos participantes depois da aplicação da escala WHOQOL-BREF, com vista a medição do nível da qualidade de vida dos utentes com dor lombar crônica. No entanto foram considerados 6 categorias, nomeadamente: o domínio físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, qualidade de vida no geral e estado de saúde.

No que concerne ao domínio físico, observou-se representação igualitária nos níveis de qualidade de vida. Sendo 50% (16/32) que se revelaram com "baixa qualidade de vida" e 50% (16/32) que se revelaram com "alta qualidade de vida", para este domínio.

Observando o domínio psicológico, pode-se constatar utentes que relataram "baixa qualidade de vida" 62.5% (20/32) correspondendo a maior parte dos participantes e 37.5% (12/32) que relataram "alta qualidade de vida". Ainda sobre os domínios, considerando as Relações sociais, podemos observar "baixa qualidade de vida" em maior parte dos participantes que corresponde a 78.1% (25/32), e os restantes 21.9% (7/32).

No domínio referente ao meio ambiente, foram observados 59.4% (19/32) que foram classificados com baixa qualidade de vida e 40.6 (13/32) classificados com alta qualidade de vida.

Observando para qualidade de vida, no geral, foram tomadas em consideração as seguintes categorias: Muito ruim, Ruim, Nem ruim nem boa, Boa e Muito Boa. Onde pode-se observar maior frequência de participantes que relatam a qualidade de vida como "Boa" que corresponde a 28.1% (9/32) e a frequência baixa, relatou a sua qualidade de vida como "nem ruim, nem boa", estes correspondem 15.6% (5/32).

No que concerne ao estado de saúde, pode-se observar frequência de 25% (8/32) que corresponde a maior parte dos participantes, e estes classificam o seu estado de saúde como Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito, e 15.6% (5/32) que classificam como "muito insatisfeito" e outros com mesma percentagem 15.6% (5/32), classificam como "muito satisfeito", correspondendo a baixa frequência.

Tabela 5: Descrição dos domínios da escala WHOQOL-BREF

Domínio Físico	Frequência	Percentagem
Baixa QV	16	50.0
Alta QV	16	50.0
Domínio Psicológico		
Baixa QV	20	62.5
Alta QV	12	37.5
Relações Sociais		
Baixa QV	25	78.1
Alta QV	7	21.9
Meio Ambiente		
Baixa QV	19	59.4
Alta QV	13	40.6
Qualidade de Vida		
Muito ruim	3	9,4
Ruim	8	25,0
Nem ruim nem boa	5	15,6
Boa	9	28,1
Muito Boa	7	21,9
Estado de saúde		
Muito Insatisfeito	5	15,6
Insatisfeito	7	21,9
Nem Satisfeito, Nem Insatisfeito	8	25,0
Satisfeito	7	21,9
Muito Satisfeito	5	15,6

Fonte: Autor

A tabela 6, faz a descrição das correlações feitas nas variáveis de estudo. Para correlação, foram consideradas as seguintes variáveis, Actividade física, Qualidade de vida global, Estado de saúde no geral e intensidade da dor. Estas variáveis foram correlacionadas todas entre si, considerando o nível de significância de 0,05. Das variáveis correlacionadas foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre o Estado de saúde e Qualidade de vida global.

Tabela 6: Correlação dor lombar, nível de actividade física e a qualidade de vida

		Nível de Actividade Física	INTESIDADE DA DOR	Qualidade de vida Geral	Estado de saúde
rô de Spearman	Nível de Actividade Física		-,230	-,097	-,149
	Coefficiente de Correlação		,205	,596	,415
	Sig. (2 extremidades)				
	N		32	32	32
	INTESIDADE DA DOR	-,230		,039	,043*
	Coefficiente de Correlação	,205		,830	,815
	Sig. (2 extremidades)				
	N	32		32	32
	Qualidade de vida Geral	-,097	,039		,563
	Coefficiente de Correlação	,596	,830		,001*
	Sig. (2 extremidades)				
	N	32	32		32
	Estado de saúde	-,149	,043*	,563	
	Coefficiente de Correlação	,415	,815	,001*	
	Sig. (2 extremidades)				
	N	32	32	32	

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

4.2. Discussão

Referente ao sexo, fizeram parte do estudo maioritariamente pacientes femininos, 17 dos 32, vários estudos demonstraram, efectivamente, que a incidência e a severidade da dor lombar crónica são mais elevadas nas mulheres (Bener *et al.* 2003; Di Iorio *et al.* 2007; Dijken *et al.* 2008; Gil *et al.* 2008; Viniol *et al.* 2015).

Dijken et al. (2008) referem que a dor lombar crónica é mais comum entre os doentes que têm profissões mais exigentes fisicamente e que praticam menor actividade física durante os tempos livres. Neste estudo também foi observado a incidência da dor lombar em pacientes com uma natureza de ocupação dinâmica em mais de 50%.

Quando observado as idades em faixas-etária, fica patente que a maior frequência é de adultos na fase de transição para idosos e idosos que correspondem 28,1% (9/32), faixa-etária dos 55 a 64 anos. Este achado não fica distante do pensamento de (Park *et al.*, 2020), evidenciando que com o processo do envelhecimento 70% da população em geral já experimentou um episódio de lombalgia, sendo que com o envelhecimento esse quadro pode se acentuar devido a diminuição da massa muscular, a qual é responsável por dar suporte a coluna, e além disso, a dor lombar pode ser associada à má postura e estilo de vida sedentário.

Os resultados mostraram que a média variou de 3,00 a 50,641, sendo os valores mínimo e máximo correspondentes ao domínio "Estado de Saúde" e "Ambiente", respectivamente. Essa ampla variação pode refletir as diferentes percepções dos pacientes em relação ao seu estado de saúde e ao ambiente em que vivem.

O desvio padrão, que mede a dispersão dos dados em torno da média, variou de $\pm 1,320$ a $\pm 22,507$, sendo esses valores observados nos domínios "Estado de Saúde" (mínimo) e "Psicológico" (máximo). Isso indica que a percepção da qualidade de vida relacionada ao estado psicológico dos pacientes é mais variável em comparação a outros domínios, sugerindo a necessidade de intervenções mais focadas nesse aspecto.

Além disso, a análise da tabela revela que alguns participantes se referiram a uma baixa qualidade de vida em todos os domínios, enquanto outros reportaram uma boa ou alta qualidade de vida, refletindo a heterogeneidade das experiências individuais com dor lombar crônica.

Autores como Stefane *et al.* (2013), mostraram que a dor lombar crônica tem um impacto significativo sobre a qualidade de vida, particularmente no domínio físico, o que corrobora com os achados da análise da presente pesquisa. Outro estudo, publicado por Zhang *et al.* (2023),

indica que actividade física pode melhorar a qualidade de vida desses pacientes, especialmente nos aspectos ligados a dor e função física.

Quanto a intensidade da dor Alguns autores (Garbi O, *et al* 2014; Fatima A *et al* 2018), afirmam que os altos níveis de intensidade da dor, encontram-se normalmente, associados a uma maior incapacidade. Por sua vez, esta incapacidade limita a realização das atividades do cotidiano, levando a uma menor QV. Olhando para os resultados da presente pesquisa os participantes reportaram dor moderada facto que talvez se justifique pelas intervenções terapêuticas que possibilitam alterar o nível de dor e oferecer melhor gestão quanto a sua exacerbação. Quanto a baixa percentagem de participantes que classificou a sua intensidade em leve, pode justificar-se pelo facto de que pacientes com uma maior capacidade funcional sendo que estes apresentam também alta QV, não são elegíveis de permaneça em cuidados ambulatorios mas sim domiciliários.

No que concerne aos factores que aliviam a sintomatologia, houve maior incidência de participantes que reportaram o repouso como factor importante para o controlo da dor. Segundo Soyuer F & Kepenek-Varol (2019); Lubkowska W. & Krzepota J. (2019), Os indivíduos, muitas vezes, tendem a evitar realizar actividades de vida diária, obrigações profissionais ou educacionais, o que lhes proporciona uma sensação de proteção contra a exacerbação da dor, mas que pode contribuir para um maior isolamento social e uma diminuição da dor.

No que diz respeito às variáveis nível de AF, os resultados encontrados no presente estudo apontam para um efeito do nível de sedentarismo com uma maior diferença de frequência para os participantes que foram pouco activos e activo na AF.

Alguns autores, referem a possibilidade de um efeito benéfico sobre o sistema imunitário e a resposta inflamatória sistémica. Estes autores sugerem que um estilo de vida sedentário, parece estar associado a um maior número de citocinas pró-inflamatórias, responsáveis pela ativação de nociceptores e menor libertação de citocinas anti-inflamatórias. Estas parecem reduzir a atividade dos nociceptores e consequentemente prevenir e/ou reduzir a dor, (Metsios GS, 2018; Sluka, KA 2018).

Rebar *et al* (2014); Lindsay *et al*; (2016), sugerem ainda que um elevado tempo na posição de sentado, que pode estar ou não associado a uma menor AF, pode influenciar negativamente a QV global. Segundo os mesmos autores, os indivíduos que reportaram tempos mais elevados na posição de sentado, reportaram níveis mais baixos de AF e valores inferiores de QV global,

tendo se verificado no presente estudo resultados similares em relação ao níveis baixos de actividade física em pacientes com níveis baixos de actividade física.

A partir dos resultados encontrados, a qualidade de vida não apresentou diferença no domínio físico, porem nos demais domínios houve alguma diferença, sendo que o domínio referente a relações sociais demonstrou-se com maior frequência de participantes com baixa qualidade de vida, assim como no estudo de saúde (Lucas EP, 2015). Estudos como o de Smith *et al*, (2000), mostram que a dimensão de saúde mental tem grande impacto na qualidade de vida, enquanto a saúde física afeta mais diretamente a percepção do estado de saúde, deste modo, podemos sustentar a diferença existente no nível de qualidade de vida referentemente ao domínio psicológico, onde podemos observar que há maior frequência de participantes com baixa qualidade de vida, correspondendo a 62.5%.

Indivíduos, muitas vezes, tendem a evitar realizar atividades de vida diária, obrigações profissionais ou educacionais, o que lhes proporciona uma sensação de proteção contra a exacerbação da dor, mas que pode contribuir para um maior isolamento social e uma diminuição da QV, (Soyuer F, Kepenek-Varol., 2019; Lubkowska W, Krzepota J., 2016); havendo uma concordância pois maior parte dos participantes (62%) reportaram dor que se produz durante o movimento, na sua actividade ocupacional, tendo como estratégia o repouso para o controlo da dor lombar.

CAPÍTULO V

5. Conclusão

Este estudo permitiu concluir que a dor lombar crônica pode contribuir para a limitação da capacidade física, e que esta se encontra também relacionada com perda de qualidade de vida, particularmente no domínio físico e psicológico.

Os pacientes com dor lombar crônica apresentam uma deterioração multidimensional da qualidade de vida, envolvendo diversos níveis de domínios, como o psicológico, físico, relações sociais e interação sócio-profissional

Quanto a classificação do nível de actividade física os resultados indicam que mais de 80% dos participantes com dor lombar crônica são sedentários.

Em relação a qualidade de vida medida pela escala WHOQOL –Bref, todos os domínios apresentaram baixa qualidade de vida, excepto o domínio físico onde houve um equilíbrio. Quanto a qualidade de vida medida pela escala likert, a maioria reportou boa qualidade, contudo no estado de saúde a maioria não sabe se está satisfeito ou não.

Quanto a correlação da dor lombar, nível de actividade física e a qualidade de vida os resultados indicam uma correlação estatisticamente significativa entre o Estado de saúde e Qualidade de vida global.

Limitações do estudo

Este estudo sobre actividade física e qualidade de vida apresentou algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente o número de participantes foi relativamente pequena (32 pacientes), o que pode comprometer a generalização dos achados. Um tamanho amostral robusto seria necessário para a confiabilidade dos resultados e permitir uma análise mais abrangente das variáveis envolvidas.

Recomendações

Estudos futuros devem considerar aumentar o tamanho amostral para melhorar dados estatísticos e a capacidade de generalização dos resultados. Uma amostra maior permitira a comparação mais significativa dos participantes e oferecera uma maior representação da população em estudo.

Recomenda-se também estudos longitudinais porque pode fornecer uma compreensão mais abrangente da evolução da dor lombar, do estado de saúde e da qualidade de vida. Sendo que os participantes deste estudo estavam num programa de reabilitação física.

CAPÍTULO VI

6. Referências bibliográfica

American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sc Sports Exerc.* 1998; 30(6): 992-1008

American College of Physicians. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514-530.

Andeotti RA. Efeitos de um programa de Educação Física sobre as atividades da vida diária em idosos. São Paulo [dissertação. São Paulo: Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo; 1999.

Balagué, F., Mannion, A. F., Pellisé, F., & Colombo, A. (2012). Non-specific low back pain. *The Lancet*, 379(9814), 482-491.

Benson, V., Larkin, T., & Van den Berg, M. (2020). Adherence to exercise programs for low back pain and its impact on outcomes: A systematic review. *Pain Medicine*, 21(1), 78-91.

Briganó, J. U., & Macedo, C. D. S. G. (2005). Análise da mobilidade lombar e influência da terapia manual e cinesioterapia na lombalgia. *Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde*, 26(2), 75-82

Buchbinder, R., van Tulder, M. W., & Öberg, B. (2018). Low back pain: A review of the evidence. *The Lancet*, 391(10137), 1729-1739.

Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Routledge.

Coelho, L., Almeida, V., & Oliveira, R. (2005). Lombalgia nos adolescentes: identificação de factores de risco psicossociais: estudo epidemiológico na Região da Grande Lisboa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1);

Costa, L. M., & Lima, F. J. (2022). "Effects of regular physical activity on health-related quality of life in individuals with chronic low back pain: Analysis using the SF-36." *Clinical Journal of Pain*, 38(4), 267-275.

Dias, J. C. P. (2020). Lombalgias em jovens; Características e Fatores Associados: Revisão Bibliográfica. *Research, Society and Development*, 9(1), e70911631-e70911631. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i1.1631>

Fatima A, Tanveer F, Ahmad A, Gilani SA. (2018) Association of pain intensity with quality of life and functional disability in university students with lumbago. *Rawal Medical Journal*. 2018;43:81-3

Ferreira, M. L., Ferreira, P. H., & Maher, C. G. (2023). Global prevalence of chronic low back pain and its impact on quality of life: A systematic review. *Journal of Pain Research*, 16(3), 123-135. <https://doi.org/10.2147/JPR.S361234>

Ferreira, S., & Pereira, M. G. (2011). Preditores da qualidade de vida e incapacidade funcional em doentes com lombalgia crónica em tratamento diferenciado. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/14171/1/lombalgia.pdf>

Figueira, H. A., Figueira, O. A., Figueira, A. A., Figueira, J. A., Polo-Ledesma, R. E., da Silva, C. R. L., & Dantas, E. H. M. (2023). Impact of Physical Activity on Anxiety, Depression, Stress and Quality of Life of the Older People in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1127. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021127>

Fernandes, A. R., & Lima, C. M. (2021). "Association between physical activity and chronic low back pain in adults: Insights from the International Physical Activity Questionnaire." *Spine Journal*, 21(8), 1293-1301.

Furlan, A. D., Malmivaara, A., & S. A. (2015). Exercise for low back pain: A systematic review with network meta-analysis. *BMJ*, 350, g5577.

Furlan, A. D., van Tulder, M. W., & Cherkin, D. (2009). Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Fortunato, J. G., Furtado, M. S., de Assis Hirabae, L. F., & Oliveira, J. A. (2013). Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 12(3), 111-117

Garbi O, Hortense P, Gomez RR, Silva C, Castanho AC, Sousa FA. (2014) Pain intensity, disability and depression in individuals with chronic back pain. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(4):569-75.

Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., & Martin, D. J. (2017). Physical activity and exercise in the management of chronic pain: A review of systematic reviews. *European Journal of Pain*, 21(2), 222-234.

Gordon, R., & Bloxham, S. (2016). A systematic review of the effects of exercise and physical activity on non-specific chronic low back pain. *Healthcare*, 4(2), 22.

Goertz, M., Thorson, D., Bonsell, J., Bonte, B., Campbell, R., & Haake, B. (2012). Adult acute and subacute low back pain. Institute for Clinical Systems Improvement

Hayden, J. A., van Tulder, M. W., & Malmivaara, A. (2005). Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

Henschke, N., Maher, C. G., & Refshauge, K. M. (2010). The role of exercise in managing low back pain: A systematic review. *The Lancet*, 375(9711), 418-427.

Josephson, I., Hedberg, B., & Bülow, P. (2013). Problem-solving in physiotherapy—Physiotherapists' talk about encounters with patients with non-specific low back pain. *Disability and Rehabilitation*, 35(8), 668–677. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.708042>

Kato, T., Takaoka, K., & Fukui, M. (2006). The impact of physical activity on the quality of life in patients with chronic low back pain. *Spine Journal*, 6(5), 502-509.

Koes, B. W., van Tulder, M. W., & Thomas, S. (2010). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*, 340, c3341.

Kurtz, J. M., Littlewood, C., & Grob, M. (2018). The effect of stretching and flexibility exercises on pain and function in patients with chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 48(4), 275-284.

Lindsay DB, Devine S, Sealey RM, Leicht AS. Time kinetics of physical activity, sitting, and quality of life measures within a regional workplace: a cross-sectional analysis. *BMC Public Health*. 2016;16:786.

Liu, J., Zhang, Y., & Li, X. (2022). "Effects of physical activity on quality of life in patients with chronic low back pain: Insights from the SF-36." *European Spine Journal*, 31(8), 1985-1993.

Lubkowska W, Krzepota J. (2019). Quality of life and health behaviours of patients with low backpain. *Physical Activity Review*

Macedo, C. S., & Ferreira, M. L. (2023). "The impact of physical activity on chronic low back pain: A study using the SF-36 Health Survey." *Journal of Pain Research*, 16, 343-352.

Matsudo SMM. *Envelhecimento e Atividade física*. Londrina: Midiograf; 2001.

Mannion, A. F., Balagué, F., & Cedraschi, C. (2009). The role of psychological factors in chronic low back pain. *European Spine Journal*, 18(5), 657-665.

Oliveira, P. M., & Andrade, F. L. (2022). "Effects of physical activity on chronic low back pain and quality of life: Evidence from a study using the IPAQ." *Pain Medicine*, 23(6), 1101-1109.

Olufemi, A. O., Adeyemi, A. B., & Adedoyin, R. A. (2023). Prevalence of chronic low back pain in Africa: A systematic review and meta-analysis. *African Journal of Pain Research*, 29(1), 45-58. <https://doi.org/10.1016/j.afjpr.2023.01.005>

Pereira, J. A., & Nascimento, M. S. (2022). "Impact of physical activity on chronic low back pain in overweight patients: Evidence from the IPAQ." *Clinical Journal of Pain*, 38(3), 217-225.

Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... & Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical care medicine*, 29(12), 2258-2263. <https://doi.org/10.1097/00003246200112000-00004>

Paula, G. M., & Cotrim, T. P. (2020). A dor lombar como indicador de alteração na qualidade de vida no trabalho de docentes universitários: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 74905-74921. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-061>

Pires, R. A. M., & Dumas, F. V. L. (2008). Lombalgia: revisão de conceitos e métodos de tratamentos. *Universitas: ciências da saúde*, 6(2), 159-168

Reme, S., Shaw, W., Steenstra, I., Woiszwilllo, M., Pransky, G., & Linton, S. (2012). Distressed, immobilized, or lacking employer support? A sub-classification of acute work-

related low back pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 541–552. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9355-1>

Rebar AL, Duncan MJ, Short C, Vandelanotte C. Differences in health-related quality of life between three clusters of physical activity, sitting time, depression, anxiety, and stress. *BMC Public Health*. 2014;14.

Santos, J. R., & Costa, A. M. (2020). "Physical activity and chronic low back pain: A review of studies using the International Physical Activity Questionnaire." *European Spine Journal*, 29(11), 2832-2841

Seshadri, S.; Wolf, P. A. (2016). Modifiable Risk Factors and Determinants of Stroke. In Grotta, J. et al (Eds), *Stroke: Pathophysiology, Diagnosis, and Management*, 6ª Edição, 217-233. ISBN: 9780323328050 Elsevier.

Smeets, R. J. E. M., Koke, A. J. A., & Coppes, M. H. (2006). The role of adherence to treatment in the outcomes of chronic low back pain. *European Spine Journal*, 15(9), 1470-1478.

Searle, A. R., Mannion, A. F., & Waddell, G. (2009). The effect of core stability exercises on chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Spine Journal*, 18(11), 1726-1734.

Stefane, T., Santos, A. M., Marinovic, A., & Hortense, P. (2013). Chronic low back pain: pain intensity, disability and quality of life. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(1), 14-20. <https://acta-ape.org/en/article/chronic-low-back-pain-pain-intensity-disability-and-quality-of-life/>

Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Soyuer F, Kepenek-Varol B. (2019) Quality of life and pain. *International Journal of Family & Community Medicine*. 2019;3.

Sitthipornvorakul, E., Janwantanakul, P., & Purepong, N. (2015). Physical activity and health-related quality of life in chronic low back pain patients: A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0570-1>

Silva, C. C. G. da, Veríssimo, M. T., & Pinheiro, J. P. (2010). Dor lombar crônica e qualidade de vida (Tese de mestrado). Universidade de Coimbra

Sluka, K. A., Frey-Law, L., & Hoeger Bement, M. (2018). Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. *Pain*, 159(1), 91-103.

The IPAQ Group. (2005). International Physical Activity Questionnaire. Disponível em <https://sites.google.com/site/theipaq/home>.

Tudor-Locke, C., & Bassett, D. (2004). How many steps/day are enough? *Sports Medicine*, 34(1), 1-8.

Wang, H., & Zhang, M. (2020). "Physical activity and its effects on quality of life in patients with chronic low back pain: A systematic review using the SF-36." *Spine Journal*, 20(12), 2025-2034.

World Health Organization. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.

Wu, A., March, L., Zheng, X., Huang, J., Wang, X., Zhao, J., Blyth, F., Smith, E., Buchbinder, R. & Hoy, D. (2020). Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. *Annals of translational medicine*, 8(6). <https://doi.org/10.21037/atm.2020.02.175>

Yang, Y., Zhang, W., & Huang, C. (2021). "Impact of physical activity on health-related quality of life in patients with chronic low back pain: Evidence from SF-36." *Pain Medicine*, 22(5), 927-936.

Zhang, X., Cai, H., & Peng, F. (2023). Efficacy of Pilates on Pain, Functional Disorders and Quality of Life in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2850. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042850>

6.1. Apêndices

Apêndice 1: Folha de informação ao participante

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

TÍTULO DO ESTUDO: Actividade Física e Qualidade de vida em Pacientes com Dor Lombar crônica em tratamento no Sector de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo Setembro e outubro de 2024

Curso: Mestrado em Ciência do Desporto, especialidade em Actividade Física e Saúde

Nome da Estudante: António David Massinga

Nome de Supervisor: Lucília Mangona, Phd

Introdução

A dor lombar crônica é uma condição de saúde amplamente prevalente e uma das principais causas de incapacidade a nível mundial. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a dor lombar é responsável por uma significativa carga de morbilidade e é uma das principais causas de ausência ao trabalho e de redução na qualidade de vida.

➤ Procedimento

A participação neste estudo consiste em submetermos indivíduos com dor lombar crônica à uma avaliação da actividade física e a sua qualidade de vida, onde para actividade física, será lhes atribuído um instrumento (Acelerómetro), que poderão usar durante 7 dias da semana para classificação do seu nível de actividade física. Quanto a qualidade de vida, os participantes serão submetidos para avaliação através da escala WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*).

➤ Beneficência:

Em caso de identificação de uma alteração significativa ou agravamento da dor, durante o estudo, o paciente será acompanhado com equipe de saúde do hospital para uma avaliação mais aprofundada.

Todos os participantes terão acesso a um relatório com informações sobre suas avaliações e possíveis sugestões de controlo da dor, caso assim desejem. Ao final do estudo, os resultados

obtidos poderão contribuir para a compreensão da relação entre atividade física e qualidade de vida, ajudando na formulação de melhores práticas de tratamento para pacientes com dor lombar crônica.

➤ **Não-maleficência:**

Todas as informações coletadas no estudo sobre actividade física e qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica serão tratadas com o máximo de confidencialidade, garantindo que o acesso seja restrito apenas aos membros da equipe de pesquisa autorizados. O pesquisador será responsável por assegurar que os dados sejam utilizados de forma ética, evitando qualquer tipo de dano aos participantes, como a divulgação indevida de informações pessoais ou a estigmatização em relação à sua condição de saúde. Medidas serão implementadas para minimizar riscos e garantir que a participação no estudo não cause desconforto ou preocupação aos pacientes.

Apêndice 2: Ficha de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

_____ compreendi a explicação que me foi dada acerca do estudo que se pretende realizar com o título: **Actividade Física e Qualidade de vida em Pacientes com Dor Lombar crônica em tratamento no Sector de Fisioterapia do Hospital Central de Maputo Setembro e outubro de 2024**. Foi-me dada a oportunidade de fazer questões que julguei necessárias e de todas obtive respostas satisfatórias. Tomei conhecimento de que a informação que me foi prestada vai de acordo com os objetivos e procedimentos do estudo. Foi-me informado que tenho o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento sem efeitos sancionatórios. Por isso consinto em participar do estudo que me foi proposto.

Maputo, _____ de _____ de 2024

O/A Participante

A estudante



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

Direção Científica

CREDECIAL

A direção científica do Instituto Superior de Ciências de Saúde, credencia o estudante **António David Massinga**, estudante do curso de Mestrado em Ciência do Desporto, especialidade em Actividade Física e Saúde na Escola Superior de Ciência do Desporto (ESCIDE) da Universidade Eduardo Mondlane, para se apresentar no Hospital Central de Maputo, com o intuito de proceder à recolha de dados para o seu trabalho do fim do curso, cujo tema é:

"Actividade Física e Qualidade de vida em pacientes com dor lombar crónica em tratamento no sector de fisioterapia do Hospital Central de Maputo"

Garantimos que a concepção do protocolo obedeceu às normas metodológicas de elaboração de trabalho de natureza científica vigentes na Instituição e teve aprovação do Comité de Ética do ISCISA sob o código **TFCCDAM09/24**.

Por último, asseguramos que a finalidade do trabalho é unicamente a obtenção do grau de Mestrado.

Sem mais, queira V. Excia. aceitar antecipadamente os nossos distintos protestos pela vossa inestimável colaboração.

Maputo, 09 de Setembro 2024

O Director Científico


Leonardo António Clavero, MD, MPH, PhD

Apêndice 3: Ficha de Acelerômetro

Ficha de registo Acelerómetro

ID 113 NOME A _____

COLOCAÇÃO: / / DIA RETIRADA: / / DIA

DIA	SEG	TER	QUAR	QUINTA	SEXTA	SABADO	DOM
PASSOS							
AFMV							
AFMod							
AFVig							
TEMPO							

Apêndice 4: Questionário de características clínicas

QUESTIONÁRIO

1. DADOS PESSOAIS:

- a) ID do doente: _____
- b) Idade: _____
- c) Sexo:
 - I. Feminino _____
 - II. Masculino _____
- d) Natureza da ocupação:
 - I. Estático _____
 - II. Dinâmico _____
 - III. Estático e Dinâmico _____

2. DADOS CLÍNICOS

- a) Tempo de evolução da dor:
 - I. Menos de 6 meses _____
 - II. 6 meses a 1 ano _____
 - III. Mais de 1 ano _____
- b) Intensidade da dor (em uma escala de 0 a 10):
 - I. Leve _____
 - II. Moderada _____
 - III. Intensa _____
- c) Localização da dor:
 - I. Esquerda _____
 - II. Direita _____
 - III. Bilateral _____
- d) Tipo de dor:
 - I. Dor que irradia _____
 - II. Dor localizada _____
- e) Momentos de dor:
 - I. Repouso _____
 - II. Movimento (quando realiza actividades diárias) _____

III. Exercícios físicos_____

f) Fatores que aliviam a dor:

I. Medicação_____

II. Repouso_____

III. Desconhece_____

IV. Repouso e Medicação_____

g) Causa da dor

I. Especifica_____

II. Inespecífica _____

FIM

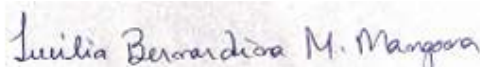
Apêndice 5: Carta de autorização da supervisora para a submissão do protocolo

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SUPERVISORA
PARA A SUBMISSÃO DO PROTOCOLO**

Lucilia Mangone, Phd, supervisora do estudante Antônio David Massinga, estudante do curso de Mestrado em Ciência do Desporto, especialidade em Actividade Física e Saúde na Escola Superior de Ciência do Desporto (ESCIDE) da Universidade Eduardo Mondlane, com a proposta do protocolo com o título, **Actividade Física e Qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica em tratamento no sector de fisioterapia do Hospital Central de Maputo**, autoriza a submissão do mesmo ao Comité institucional de Bioética para a Saúde Instituto Superior de Ciências de Saúde Maputo (CIBS-ISCISA).

Maputo 29 de Agosto de 2024

A Supervisora



Prof. Doutora. Lucília Bernardino Mangona

/Assistente Universitária/

Docente e Directora -Adjunta para a Investigação e Extensão na Escola Superior de Ciências do Desporto da
Universidade Eduardo Mondlane (ESCIDE-UEM)

Produção científica disponível em <http://lattes.cnpq.br/1028805818304028>

Meus contactos Cell +25884/875525099, E-mail. Lucilia.mangona@gmail.com

Apêndice 6: Carta de solicitação de revisão bioética ao CIBS-ISCISA

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE REVISÃO BIOÉTICA AO CIBS-ISCISA

António David Massinga, estudante do curso de Mestrado em Ciência do Desporto, especialidade em Actividade Física e Saúde na Escola Superior de Ciência do Desporto (ESCIDE) da Universidade Eduardo Mondlane, com a proposta do protocolo com o título, **Actividade Física e Qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica em tratamento no sector de fisioterapia do Hospital Central de Maputo**. Sob supervisão de Lucilia Mangone, Phd. Solicita ao Comité institucional de Bioética para a Saúde Instituto Superior de Ciências de Saúde Maputo (CIBS-ISCISA), a revisão do mesmo.

Maputo, 29 de Agosto de 2024

O estudante

A Supervisora

(António Massinga)

(Prof. Doutora. Lucília Mangona)

Apêndice 7: Declaração de compromisso do estudante no cumprimento dos princípios de bioética

**DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO
DO ESTUDANTE NO CUMPRIMENTO DOS PRINCÍPIOS DE BIOÉTICA**

António David Massinga, estudante do curso de Mestrado em Ciência do Desporto, especialidade em Actividade Física e Saúde na Escola Superior de Ciência do Desporto (ESCIDE) da Universidade Eduardo Mondlane, com a proposta do protocolo com o título, **Actividade Física e Qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica em tratamento no sector de fisioterapia do Hospital Central de Maputo**. Compromete-se com os princípios de bioética e de boas práticas científicas durante a realização deste estudo.

Maputo, 29 de Agosto de 2024

O estudante

(António David Massinga)

Apêndice 8: Declaração de aceitação das normas e procedimentos do CIBS-ISCISA

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO
DAS NORMAS E PROCEDIMENTOS DO CIBS-ISCISA**

António David Massinga , estudante do curso de Mestrado em Ciência do Desporto, especialidade em Actividade Física e Saúde na Escola Superior de Ciência do Desporto (ESCIDE) da Universidade Eduardo Mondlane, com a proposta do protocolo com o título, **Actividade Física e Qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica em tratamento no sector de fisioterapia do Hospital Central de Maputo**, declara que foi informado sobre as normas e procedimentos do ao Comité institucional de Bioética para a Saúde Instituto Superior de Ciências de Saúde Maputo (CIBS-ISCISA) e que aceita os mesmos. Declara ainda que recebeu em formato físico a lista de documentos necessários para a submissão do protocolo.

Maputo, 29 de Agosto de 2024

O estudante

(António David Massinga)

Apêndice 9: Declaração de comunicação de conflito de interesse

DECLARAÇÃO DE COMUNICAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

De acordo com as recomendações éticas para a investigação envolvendo seres humanos, **António David Massinga**, estudante do curso de Mestrado em Ciência do Desporto, especialidade em Actividade Física e Saúde na Escola Superior de Ciência do Desporto (ESCIDE) da Universidade Eduardo Mondlane, com a proposta do protocolo com o título, **Actividade Física e Qualidade de vida em pacientes com dor lombar crônica em tratamento no sector de fisioterapia do Hospital Central de Maputo**, declara não existência de conflitos de interesse no estudo.

Maputo, 29 de Agosto de 2024

O estudante

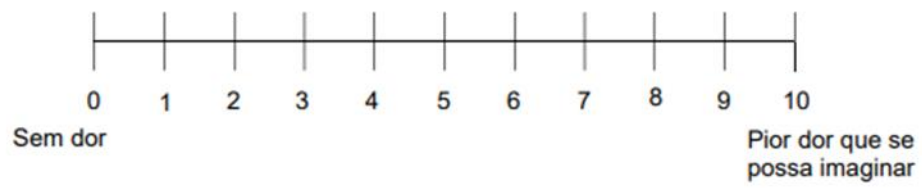
(António David Massinga)

6.2. Anexos

Anexo 1: Escala numérica da dor

Escala Numérica de Dor (END)

Escolha um número que melhor descreva a sua intensidade de dor agora:



Anexo 2: Escala de WHOQOL - BREF

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1	Idade	<input type="text"/>	anos	A2	Data de Nascimento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
A3	Sexo	<input type="text"/>	Masculino	A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>			
		<input type="text"/>	Feminino			Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>			
						1 ^o -4 ^o anos	<input type="text"/>			
A5	Profissão	<input type="text"/>								
A6.1	Freguesia	<input type="text"/>								
A6.2	Concelho	<input type="text"/>								
A6.3	Distrito	<input type="text"/>								
A7	Estado Civil	Solteiro(a)	<input type="text"/>							
		Casado(a)	<input type="text"/>							
		União de facto	<input type="text"/>							
		Separado(a)	<input type="text"/>							
		Divorciado(a)	<input type="text"/>							
		Víuvo(a)	<input type="text"/>							

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo 3: Classificação do nível de actividade física IPAQ



CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA IPAQ

1. **MUITO ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
 - a) VIGOROSA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão
 - b) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + MODERADA e/ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.
2. **ATIVO:** aquele que cumpriu as recomendações de:
 - a) VIGOROSA: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; **ou**
 - b) MODERADA ou CAMINHADA: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou
 - c) Qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa).
3. **IRREGULARMENTE ATIVO:** aquele que realiza atividade física porém insuficiente para ser classificado como ativo pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa). Este grupo foi dividido em dois sub-grupos de acordo com o cumprimento ou não de alguns dos critérios de recomendação:

IRREGULARMENTE ATIVO A: aquele que atinge pelo menos um dos critérios da recomendação quanto à frequência ou quanto à duração da atividade:

 - a) Frequência: 5 dias /semana **ou**
 - b) Duração: 150 min / semana

IRREGULARMENTE ATIVO B: aquele que não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.
4. **SEDENTÁRIO:** aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana.

Exemplos:

Indivíduos	Caminhada		Moderada		Vigorosa		Classificação
	F	D	F	D	F	D	
1	-	-	-	-	-	-	Sedentário
2	4	20	1	30	-	-	Irregularmente Ativo A
3	3	30	-	-	-	-	Irregularmente Ativo B
4	3	20	3	20	1	30	Ativo
5	5	45	-	-	-	-	Ativo
6	3	30	3	30	3	20	Muito Ativo
7	-	-	-	-	5	30	Muito Ativo

F = Frequência – D = Duração

CENTRO COORDENADOR DO IPAQ NO BRASIL – CELAFISC8 -
INFORMAÇÕES ANÁLISE, CLASSIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO DE RESULTADOS NO BRASIL
Tel-Fax: – 011-42288880 ou 42288843. E-mail: celafiscoc@celafiscoc.com.br
Home Page: www.celafiscoc.com.br IPAQ Internacional: www.ipaq.ki.se