UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

INGRID PACHECO DA SILVA

ASPECTOS CLÍNICOS E FÍSICO-FUNCIONAIS DE PACIENTES COM LOMBALGIA CRÔNICA: COMPARAÇÃO ENTRE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E DOENÇA DEGENERATIVA ARTICULAR

BRASÍLIA
2016

INGRID PACHECO DA SILVA

ASPECTOS CLÍNICOS E FÍSICO-FUNCIONAIS DE PACIENTES COM LOMBALGIA CRÔNICA: COMPARAÇÃO ENTRE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E DOENÇA DEGENERATIVA ARTICULAR

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador (a): Wagner Rodrigues Martins

BRASÍLIA
2016

INGRID PACHECO DA SILVA

APECTOS CLÍNICOS E FISICO-FUNCIONAIS DE PACIENTES COM LOMBALGIA CRÔNICA: COMPARAÇÃO ENTRE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E DOENÇA DEGENERATIVA ARTICULAR

Brasília,___/___/_____

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Wagner Rodrigues Martins
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

_____

Ms. Evandro Francisco Faulin
Fisioterapeuta da Secretaria de Saúde - DF

_____

Prof.Dr. João Paulo Chieregato Matheus
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos meus pais, familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus e Virgem Maria, que dentre as diversas graças que proporcionou em minha vida aqui, me deram força, coragem, saúde e suporte para conseguir chegar até aqui.

Aos meus pais, Francisco Canindé da Silva e Maria Aparecida Pacheco da Silva, que são a forma de amor mais puro e exemplos de dedicação, lealdade, respeito e amor que conheço, que participaram ativamente nessa conquista, o meu mais profundo agradecimento e gratidão.

Ao meu namorado, Karlos Gad, pelo companheirismo, paciência, atenção, amor e dedicação que ao longo da graduação foram essências para a conclusão. Obrigada por me incentivar sempre a superar meus desafios e por acreditar sempre na minha capacidade.

Aos meu amigos da graduação, que dividirão sentimentos tão intensos, noites de sono e conhecimentos um com o outro, o meu sincero obrigada.

A todos os professores e preceptores de estágio que transmitiram muito mais do que conhecimento cientifico, demonstraram competência e amor pela profissão, sendo exemplos de fisioterapeutas, em destaque ao meu orientador,Wagner Martins, pelos projetos, orientação, por todas as explicações, ideias, compreensão e confiança que me proporcionou, o meu muito obrigada.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo apoio financeiro durante o desenvolvimento desse projeto.

Epígrafe

" *Se eu vi mais longe, foi porque me apoiei sobre ombros de gigantes." (Isaac Newton)*

RESUMO

SILVA, Ingrid Pacheco. **Aspectos clínicos e físico-funcionais de pacientes com lombalgia crônica: comparação entre lúpus eritematoso sistêmico e doença degenerativa articular.** Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2016.

Objetivo: Comparar características clínicas e físico-funcionais de dois grupos de pacientes que possuem dor lombar crônica (DLC), sendo um grupo de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e outro de pacientes com doença degenerativa articular (DAD) na coluna lombar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo comparativo e transversal com amostragem por conveniência recrutada nos Ambulatórios de Reumatologia e no Traumato-Ortopédica do Hospital Universitário de Brasília. O grupo com Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES; n=25) e o grupo com Doença Degenerativa Articular (DAD; n=20), foram avaliados por meio do questionário Oswestry Disability Index (ODI), Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), e Fatigue Severity Scale (FSS). Para avaliação física e funcional foram utilizadas o teste de Schober e os testes de contração muscular isométrica máxima de preensão manual e extensão lombar. Para caracterização sociodemográfica e clínica da dor, foi utilizado um questionário elaborado pelos autores. Um valor de $p \leq 0.05$ foi considerado estatisticamente significante para comparação das variáveis dependentes entre os grupos.Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS, versão 21.0. **Resultados:** Quando comparadas as variáveis clínicas e físico-funcionais, foi encontrada uma diferença estatisticamente significante quanto a intensidade da dor, incapacidade funcional relatada (ODI), cinesiofobia (TSK) e mobilidade da coluna lombar (Schober), demonstrando que o grupo com doença degenerativa, possuem maior comprometimento. Os pacientes com DAD, demonstraram maior prevalência de dor lombar difusa (75%) e irradiação (85%), assumindo características opostas do grupo com LES, que possui a DLC em sua maioria de característica localizada (76%) e sem irradiação (76%) **Conclusão:** Apesar das especificidades da LES, seu aspecto autoimune, crônico e inflamatório do tecido conjuntivo, considerando os aspectos investigados, esses pacientes não apresentam maiores comprometimentos quando comparado com grupo controle.

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico, Dor Lombar Crônica, Doenças Degenerativas.

ABSTRACT

SILVA, Ingrid Pacheco. **Different features in chonic lower back pain: Systemic Lupus Erythematosus and degenerative joint disease.** Monograph (Graduation) - University of Brasilia, undergraduate course of Physicaltherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2016.

Objective: To compare clinical and physical-functional characteristics of two groups of patients who have chronic long back pain (LBP): a group of patients with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) and another one with degenerative joint disease (DD) in the lumbar spine. **Methodology:** This is a descriptive cross-sectional study with a convenient sample from the clinics of the University Hospital of Brasilia (HUB). The group with Systemic Lupus Erythematosus (n = 25) and the one with degenerative joint disease (n = 20) were assessed through the questionnaires Oswestry Disability Index (ODI), Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK), e Fatigue Severity Scale (FSS). For physical and functional evaluation were used the Schober test and maximal isometric muscle contraction handgrip test and lumbar extension. For socio-demographic and clinic characterization of pain, a questionnaire developed by the authors was used. Value of $p \leq 0.05$ was considered statistically significant for comparison of dependent variables between groups. All analyzes were performed using SPSS software, version 21.0. **Results:** Compared the clinical and physical and functional variables, we found a statistically significant difference in the intensity of pain, reported functional disability (ODI), kinesiophobia (TSK) and mobility of the lumbar spine (Schober), showing that the group with degenerative disease, have greater commitment. Patients with DAD showed a higher prevalence of diffuse backache (75%) and irradiation (85%), assuming opposite characteristics of the group of SLE, which has the DLC mostly localized feature (76%) and without irradiation (76 %) **Conclusion**: Although the specifics of SLE, their appearance autoimmune, chronic and inflammatory connective tissue, considering the investigated aspects, these patients doesn't have major commitments compared to the control group.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus, Chronic Low Back Pain, Degenerative Diseases.

SUMÁRIO

1-LISTA DE ABREVIATURAS.....10

2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS.....12

3-INTRODUÇÃO.....13

4-MATERIAIS E MÉTODOS 15

5-RESULTADOS..... 20

6-DISCUSSÃO 24

7- CONCLUSÃO 27

8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 28

9-ANEXOS 32

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....32

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....43

ANEXO C – OSWESTRY DISABILITY INDEX (ODI) ……..…. 44

ANEXO D – TAMPA SCALE OF KINESIOPHOBIA (TSK) ……..…. 46

ANEXO E – FATIGUE SEVERITY SCALE (FSS) ……..……. 47

10-APÊNDICES 48

APÊNDICE A- FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO 48

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 51

1-LISTA DE ABREVIATURAS

AR – ARTRITE REUMATÓIDE

AVD – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

CNPq – CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TÉCNOLÓGICO

CVM – CONTRAÇÃO VOLUNTÁRIA MÁXIMA

DAD - DOENÇA ARTICULAR DEGENERATIVA

DLC - DOR LOMBAR CRÔNICA

DLP – DISLIPIDEMIA

DM - DIABETES MELLITUS.

END - ESCALA NUMÉRICA DA DOR

EUA- ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

FFD – *FINGER FLOOR DISTANCE*

FPM – FORÇA DE PREENSÃO MANUA.

FSS - *FATIGUE SCALE SEVERITY*

FVAS – *FEAR VISUAL ANALOG SCALE*

HAS – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICO

HUB – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

IC - INTERVALO DE CONFIANÇA

IMC - ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.

LBP – *LOW BACK PAIN*

LES – LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

MVC – *MAXIMAL VOLUNTARY CONTRACTION*

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ODI -*OSWESTRY DISABILITY INDEX*

PDI – *PAIN DISABILITY INDEX*

PHODA - *PHOTOGRAPH SERIES OF DAILY ACTIVITIES.*

PNAD - PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRAGEM DE DOMICÍLIO.

SLE – *SYSTEMIC LUPUS ERITHMATOSUS.*

SLEDAI – *SYSTEMIC LUPUS ERYTHMATOSUS DISEASE ACTIVITY INDEX*.

TCLE –TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TSK - *TAMPASCALE OF KINESIOPHOBIA.*

2-LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Apresentação das variáveis categóricas do estudo.

Tabela 2. Comparação entre os grupos das variáveis dependentes.

Figura 1. Características da DLC. (n)

Figura 2. Frequência da irradiação da DLC. (n)

3. INTRODUÇÃO

A dor lombar crônica (DLC) define-se como uma dor que ocorre no dorso, no espaço entre as margens inferiores dos gradis costais e as pregas glúteas inferiores, tornando crônica ao persistir por mais de 12 semanas.[1,2] A dor prolongada na coluna lombar pode tornar-se o foco primário de atenção do indivíduo e associada a níveis elevados de incapacidade, interferindo negativamente nas suas atividades diárias.[3,-4] Nos Estados Unidos da América (EUA) os custos diretos com pacientes que apresentam dor lombar são de aproximadamente 100 bilhões de dólares por ano. Além disso, a dor lombar é a terceira causa de aposentadoria por invalidez e segundo estudo, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apresentou a DLC como a segunda condição crônica mais prevalente, perdendo apenas para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).[5]Em um estudo realizado no Brasil, 76,7% dos indivíduos com dor lombar crônica apresentaram quadro álgico em intensidade que comprometia também a realização das atividades laborais.[6] Considerada um problema de saúde pública e como principal causa de afastamento da atividade laboral, a DLC impõem altos custos ao govern o em relação ao pagamento de auxílios doença.[5-8]

A dor lombar degenerativa articular pode ser de origem mecânica, desencadeada por uma rigidez articular, desequilíbrio muscular, alterações do controle motor e atitudes posturais modificadas, levando a uma sobrecarga progressiva das estruturas osteo-ligamentares, musculares e do disco vertebral. A DLC também pode ter origem de outras condições de saúde como síndrome miofascial, espondilolistese, espondilite anquilosante, artrite reumatoide, fibrose cicatricial, aracnoidite, tumores, infecção, complicações das raízes nervosas lombossacrais.[9-11] Independente da etiologia que leva ao quadro de lombalgia, os portadores de DLC tem uma redução da capacidade

funcional, diminuição da vitalidade, afeta negativamente aspectos sociais, limitação nos aspectos emocionais e de saúde mental, comprometendo assim, além do condicionamento físico, o seu estado de humor. [12,13,14]

O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença inflamatória crônica, autoimune, de etiologia desconhecida, que afeta negativamente múltiplos órgãos e sistemas, evolui com manifestações clínicas polimórficas, com períodos de exacerbações e remissões.[14] A LES é mais prevalente em mulheres jovens, na fase reprodutiva, na proporção de nove a dez mulheres para um homem. A prevalência é de 0,1% na população, com frequência de 1 para cada 250 mulheres negras nos Estados Unidos da América e de 22,4 para cada 100.000 asiáticos e 10,3 para cada 100.000 caucasianos.[15,16]

Dentre os diversos acometimentos clínicos que ocorrem nos pacientes com LES, observa-se a dor musculoesquelética que está associada a artrite inflamatória que afeta principalmente as pequenas articulações das mãos .[15,16]

Em relação a DLC em pacientes com LES, não existem atualmente evidências científicas que permitam reconhecer se o processo inflamatório sistêmico é também capaz de causar um impacto negativo em aspectos clínicos e físico-funcionais da coluna lombar. Estudos já demonstraram que pacientes com artrite inflamatória tem pontuações mais baixas em qualidade de vida, capacidade funcional e maior risco de depressão.[15,17] Dores crônicas de caráter inflamatório como as que ocorrem na AR, predispõe a cronificação da dor devido a sensibilização central, sendo essa sensibilização o fenômeno pelo qual ocorre uma relação desproporcional entre o estímulo provocado e a percepção de dor, ou seja, pelo qual há uma redução no limiar da dor.[18] Um estudo observou que pacientes com LES pré-menopausa com baixa atividade da doença mostram força muscular dinâmica mais baixa quando comparados com os seus pares

saudáveis, além de associar essa redução da força muscular dinâmica com fadiga, baixo desempenho funcional e baixa qualidade de vida.[19]

Diante do exposto surge a seguinte questão: indivíduos com LES e DLC apresentam aspectos clínicos e físico-funcionais mais comprometidos que os pacientes que possuem apenas a DLC de origem degenerativa?

O objetivo do presente estudo foi comparar características clínicas e físico-funcionais de dois grupos de pacientes que possuem dor lombar crônica, sendo um grupo de pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico e outro de pacientes com doença articular degenerativa (DAD) na coluna lombar.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de estudo e aspectos éticos

A pesquisa, de característica transversal, foi aprovada no ano de 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB) sob o número 27527214.7.0000.0030. As coletas ocorreram nos Ambulatórios de Reumatologia e Traumato-Ortopédica do Hospital Universitário de Brasília (HUB, Brasília, Brasil) de janeiro de 2015 a maio de 2016. Todos os participantes que consentiram com a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Amostra

A amostra foi formada por dois grupos de pacientes que possuem dor lombar crônica, sendo um grupo de pacientes com LES e outro de pacientes com DAD na coluna lombar. O recrutamento da amostra foi realizado por conveniência durante visitas realizadas no Ambulatório de Reumatologia e no Ambulatório de Fisioterapia Traumato-Ortopédica do HUB. No Ambulatório de Reumatologia os pacientes foram convidados a participar do estudo durante as consultas semanais realizadas pelos médicos reumatologistas. O Ambulatório de Fisioterapia Traumato-Ortopédica colaborou indicando paciente que aguardavam atendimento na lista de espera para atendimento.

O critério de elegibilidade único aos dois grupos foi a presença de dor na coluna lombar persistente por mais de 12 semanas. Como critérios de inclusão do grupo LES os sujeitos deveriam apresentar diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e estar sendo atendido pelo serviço de medicina do Ambulatório de Reumatologia do HUB. No grupo de DAD, os pacientes deveriam apresentar diagnóstico de DAD na coluna lombar (osteoartrose lombar primária).

Foram considerados como critérios de exclusão para ambos os grupos: gravidez; histórico de fratura e ou cirurgia na coluna lombar; infecção urinária nos últimos 03 meses; histórico de tumor ou câncer na coluna lombar, órgãos pélvicos e ou tracto gastrointestinal; aneurisma de aorta porção descendente; pacientes que responderem menos de 70% do questionário; pacientes que não realizarem todos os testes. No grupo com DAD, além dos critérios citados, era critério de exclusão ter diagnostico de doenças neurológicas. Foram analisados os prontuários dos pacientes para avaliação dos critérios de seleção do estudo.

Instrumentos e procedimentos

Após convite inicial para participação na pesquisa e explicação dos objetivos da pesquisa, os pacientes foram questionados inicialmente visando a aplicação dos critérios de seleção dos participantes no estudo. Depois de incluídos no estudo, ambos os grupos responderam um questionário semi-estruturado contendo dados pessoais, sócio-demográficos, hábitos de vida e características clínicas da DLC. No caso dos participantes com LES, o questionário se diferenciava pela inclusão de tópicos sobre a atividade de LES. A mensuração da atividade da doença foi feita pela equipe médica de Reumatologia do HUB por meio da utilização da *Systemic Lupus Erythmatosus Disease Activity Index* (SLEDAI) - um índice quantitativo cuja pontuação pode variar de 0 a 105 pontos considerando a data da avaliação ou nos 10 dias precedentes, sendo que, *scores* superiores a 8 indicam doença ativa, e valores maiores ou iguais a 12 pontos indicam atividade grave da doença.[20,21]

Em seguida foram aplicados os questionários e testes relacionados as variáveis dependentes do estudo. Dessa forma, foram consideradas variáveis dependentes em ambos os grupos sexo, idade, características da dor como intensidade, localização, irradiação, manifestação temporal da dor, *Quebec Task Force*, cinseiofobia, incapacidade funcional relatada, fadiga, mobilidade da coluna lombar e contração muscular isométrica máxima de preensão palmar e extensão lombar.

Avaliação clínica da Dor

A intensidade da dor lombar foi avaliada através da Escala Numérica de Dor (END), que permite quantificar a intensidade da dor usando números. A versão que será

utilizada possui 11 pontos, de 0 a 10, sendo que o ponto 0 representa nenhuma dor e o 10 representa a pior dor possível no momento da avaliação.[22] A lombalgia foi classificada pela *Quebec Task Force*, em quanto categorias, sendo a primeira, lombalgia sem irradiação além da linha glútea e sem sinais neurológicos, a segunda categoria, lombalgia sem irradiação além do joelho e sem sinais neurológicos, a terceira, lombalgia com irradiação abaixo do joelho sem sinais neurológicos e a quarta categoria para pacientes com lombalgia com irradiação abaixo do joelho com sinais neurológicos.[23]

Avaliação da Cinesiofobia

A Cinesiofobia foi analisada pela *Tampa Scale of Kinesiophobia* (TSK), que é um instrumento auto administrado, constituído por 17 itens, pontuados de 1 (discordo plenamente) a 4 (concordo plenamente) que representam de forma subjetiva a percepção individual de cada sujeito para a segurança e confiança de realizar movimento. [24]

Avaliação da Incapacidade Funcional Relatada

A Incapacidade foi identificada através do Questionário *Oswestry Disability Index* (ODI), que detecta o grau de disfunção de um individuo com lombalgia na realização de atividades diárias. Dividido em 10 secções, cada secção é classificada numa escala de 0 a 5, quanto mais alto o valor, maior é a deficiência.[25]

Avaliação da Fadiga

A fadiga foi analisada pela Escala de Severidade e Fadiga (FSS) que trata-se de um questionário com nove afirmações onde o paciente escolhe um número de 1 a 7 que melhor descreva o grau de concordância com cada afirmação sendo 1 que discorda completamente e o número 7 que concorda integralmente, o número total de pontos poderá variar de 9 a 63, sendo que valores ≥ 28 são indicativos da presença de fadiga.[26]

Avaliação da Mobilidade lombar

A variável de mobilidade lombar foi mensurada através do Teste de *Schober*. O teste foi realizado com o paciente em posição ortostática, um ponto é marcado entre as espinhas ilíacas póstero-superiores no nível S2 da coluna vertebral e com o auxílio de uma fita métrica foi marcado um ponto 10 cm acima desse nível. A distância entre os dois pontos é reavaliada durante a flexão do tronco.[27]

Avaliação da contração muscular isométrica máxima de preensão palmar

Utilizando o dinamômetro *Jamar hydraulic dynamometer* (Catalog: 5030j1) foi avaliada força de preensão manual (FPM), o teste é utilizado como um preditor do estado geral de força.[28] O paciente durante a medida permaneceu sentado em uma cadeira sem apoio para os braços, com joelhos fletidos a 90º, o ombro em adução e rotação neutra, o cotovelo fletido a 90º, antebraço em meia pronação e punho na posição neutra para uma leve extensão, a pega palmar foi padronizada no nível das falanges médias dos dedos. [29]A coleta da FPM foi realizada bilateralmente, sendo realiazdo três mensurações, com intervalo de descanso de 30 segundos entre elas, sendo fornecido

durante o procedimento o comando verbal na busca da força máxima. Somente o maior valor obtido do lado dominante foram utilizados para fins de análise dos dados.

Avaliação da contração muscular isométrica de extenção lombar

Foi a última variável a ser avaliada, sendo obtida com uso do dinamômetro CROWN® dorsal (capacidade para 200 kgf). Os pacientes descalços permaneciam sobre a plataforma na marca das pegadas no dinamômetro, foram orientados a permanecerem posicionados com a coluna ereta, braços e joelhos estendidos. Em seguida, os participantes realizaram a flexão anterior de tronco para segurar o puxador com ambas às mãos e, na sequência, realizaram a extensão para avaliação da CVM. [29] Foram realizadas três mensurações, com intervalo de descanso de 30 segundos entre elas, sendo fornecido durante o procedimento o comando verbal na busca da força máxima. Para a análise estatística foi utilizado o maior valor das três mensurações realizadas nas avaliações.

Análise estatística

Um valor de $p \leq 0.05$ foi considerado estatisticamente significante e o teste usado para correlação entre os grupos foi o *Mann Whitney test.* Para as variáveis numéricas com comportamento normal foi utilizado o teste t não pareado. Todas as análises foram realizadas no *software* SPSS, versão 21.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA

5. RESULTADOS

Participaram do estudo 25 pacientes no grupo com LES e 20 pacientes no grupo com DAD. A Tabela 1 apresenta a análise das variáveis categóricas do estudo.

Tabela 1. Apresentação das variáveis categóricas do estudo.

Variável		Grupos % (n) LES	DAD	P Valor
Sexo				
	Feminino	91.7 (23)	90 (18)	*P* = 1.000
	Masculino	8.3 (2)	10 (2)	
Ocupação				
	Sim	60(15)	75 (15)	*P* = 0.0268*
	Não	40 (20)	25 (5)	
Escolaridade				
	Analfabeto	12 (3)	10 (2)	
	Ensino Fundamental	12 (3)	45 (9)	*P* = 0.0053*
	Ensino Médio	52 (13)	25 (5)	
	Ensino Superior	24 (6)	20 (4)	
Atividade física (mais de 150 minutos)	Sim	32 (8)	70 (14)	*P* = 0.0169*
	Não	68 (17)	30 (6)	
Tabagismo				
	Fumante	16 (4)	15 (3)	
	Ex-fumante	20 (5)	60 (12)	
	Não-fumante	64 (16)	25 (5)	
Comorbidades atuais				
	Presentes	100(25)	95 (19)	*P* = 0.2582
	Ausentes	-	5 (1)	
Auto-avaliação da saúde				
	Boa	28(7)	25 (5)	
	Regular	52(13)	60 (12)	*P* = 0.8514
	Ruim	20(5)	15 (3)	
Quebec				
	1	76 (19)	15 (3)	
	2	12 (3)	30 (6)	*P* = 0.0015*
	3	8 (2)	30 (6)	
	4	4 (1)	45 (9)	
Manifestação Temporal				
	Constante sem flutuação	8 (2)	-	
	Constante com flutuação	40 (10)	50 (10)	
	Intermitente regular	20 (5)	10 (2)	
	Intermitende irregular	32 (8)	40 (8)	

* Diferenças estatisticamente significantes entre os grupos

Os pacientes com LES apresentaram média do tempo de diagnóstico de LES de 10 anos (DP = 6.6 anos) com uma média de SLEDAI de 3.84 (DP = 5,98). A amostra teve maior número de pacientes do sexo feminino em ambos os grupos.

O gráfico 1, mostra a incidência de dor lombar localizada e difusa em ambos os grupos, com a média de 76% (n=19) pacientes com dor localizada no grupo com LES, enquanto no grupo com DD, 75% (n=15) dos pacientes tem dor com característica difusa. No gráfico 2, mostra a incidência de irradiação da DLC em ambos os grupos.

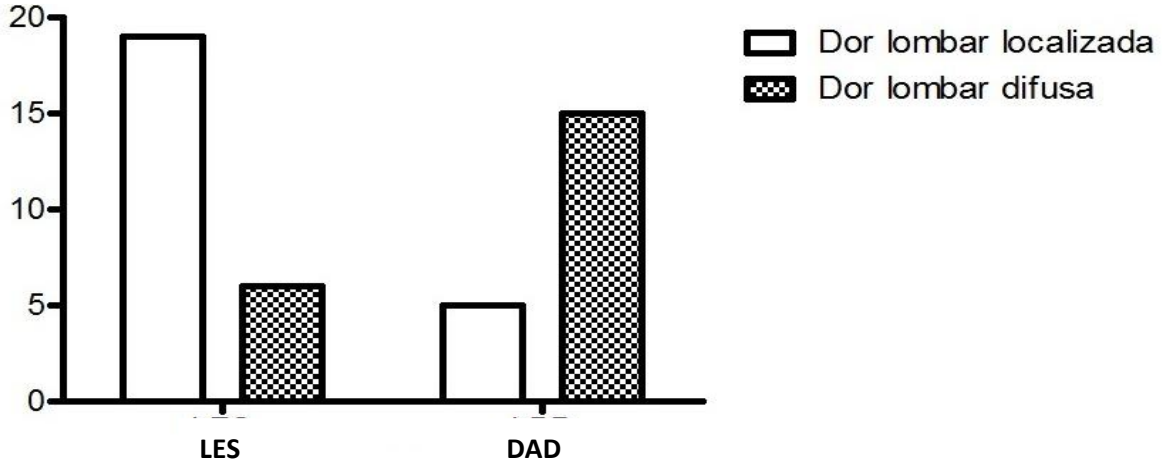


Figura 1. Características da DLC. (n)

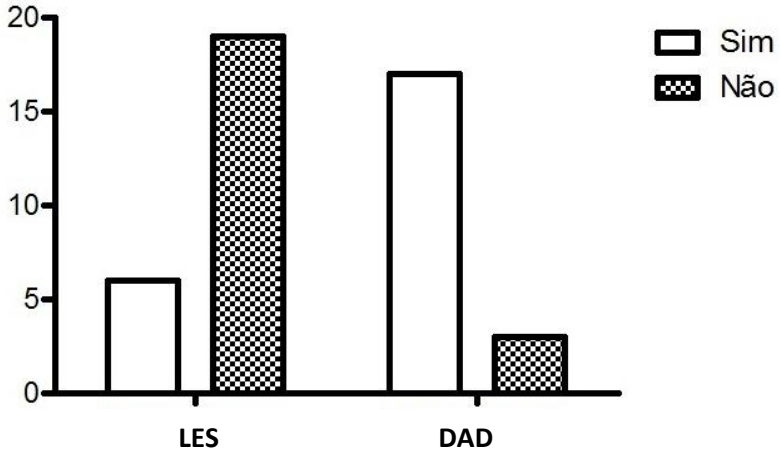


Figura 2. Frequência da irradiação da DLC. (n)

No *Quebec Task Force*, o grupo com LES teve a maioria, 76% (n=19), com classificação na primeira categoria, sem irradiação além da linha glútea e sem sinais neurológicos, já no grupo DD, o maioria com 45% (n=9), obteve classificação na quarta categoria, lombalgia com irradiação abaixo do joelho com sinais neurológicos.

A tabela 2 apresenta a analise das variáveis numéricas do estudo, o desvio padrão, o intervalo de confiança (IC) 95% e o valor de P em comparação entres os grupos, considerando $p \leq 0.05$ estatisticamente significativo.

Tabela 2. Comparação entre os grupos das variáveis dependentes.

Variável	**Grupos**		***Valor de P***	**95% (IC) da diferença**
	LES	**DAD**		
Idade	42,52 (13,69)	47,65 (8,84)	**0,0506**	-
END	5.8 (2.3)	8 (1,75)	**0,0017***	-
IMC	25,36 (4,69)	25, 88 (4,02)	**0.7012**	(-32.2; 2.2)
Tempo de existência da DLC	7 (6.4)	7,4 (7,86)	**0,4595**	-
ODI	20,2 (14,23)	38,4 (11,87)	**0,0007***	-
TSK	42 (7,42)	52,15(4,46)	**0,0001***	10,15 (6,34; 13,95)
FSS	37,44 (14,22)	43,15 (14,03)	**0,2936**	4,15 (-4,30; 12,60)
SCHOBER	14,34 (1,18)	13,46 (1,21)	**0,0221***	-
CVM	37,48(16,26)	32,15 (19,81)	**0,3386**	-
FPM	25 (7,44)	22,95 (6,34)	**0,8895**	0,0 (-4,38; 4,38)

END: Escala Numérica de Dor; IMC: Índice de Massa Corporal; DLC: Dor Lombar Crônica; ODI: Oswestry Disabity Index; TSK: Tampa Scale of Kinesiophobia; TSK: Tampa Scale of Kinesiophobia; FSS: Fatigue Scale Severity; CVM: Contração Voluntária Máxima; FPM: Força de Preensão Manual; * Diferenças estatisticamente significantes entre os grupo.

6-DISCUSSÃO

O sexo feminino foi o mais prevalente no estudo, em ambos os grupos, sem diferença estatística significativa (p= 0,0506) , com médias de 42,52 e 47,65 no grupo com LES e DAD respectivamente.

Quando analisado as características de DLC, a intensidade ,de acordo com a END, obteve diferença significativa entre os grupos, sendo que o grupo com DAD relatou maior intensidade da dor na escala. O grupo com DAD também teve maior porcentagem de incidência de dor difusa (75%) e fenômeno de irradiação (85%), assumindo características opostas do grupo com LES, que possuiu a DLC em sua maioria de característica localizada (76%) e sem fenômeno de irradiação (76%), demonstrando que apesar de possuírem ambos DLC, o comportamento e perfil dessas lombalgias são diferentes, reforçando assim a necessidade de uma análise diferenciada e comparativa de pacientes com LES com outros indivíduos com diferentes patologias.

A cinesiofobia que resulta em sentimentos de vulnerabilidade à dor ou em medo de reincidência da lesão, comportamentos distorcidos e associação entre o aumento da dor com a realização de qualquer tipo de atividade, é comum indivíduos que sofrem de lombalgia crônicas.[24] A Escala TSK ,que avaliou a cinesiofobia, obteve significativa diferença entre os grupos, tendo uma média mais elevada nos pacientes com DAD, demonstrando que pacientes com DAD em relação ao pacientes com LES, possuem mais medo de realizar algum tipo de atividade física devido a dor.

A mobilidade lombar, avaliada pelo teste de Schober, quando obtém um resultado inferior a 15cm na segunda medida durante a flexão de tronco é um demonstrativo de redução da mobilidade do segmento lombossacral, em ambos os grupos os valores foram menores que 15cm evidenciando uma redução da mobilidade.[27]

O grupo com DAD teve uma maior redução da mobilidade com diferença estatística significativa em relação ao grupo com LES. A mobilidade lombar pode afetar diretamente na postura e flexibilidade muscular da região lombar. Um quadro que leva a uma má postura, que por sua vez tende a gerar desequilíbrios musculares, os quais remetem novamente a má postura estabelece um círculo vicioso. A mobilidade da coluna lombar pode estar reduzida como uma resultante da dor, quanto a redução de mobilidade pode ser uma das etiologias da lombalgia. [30,31]

Em um estudo que caracterizou as relações entre movimento da coluna lombar em uma amplitude de movimento sem dor, a amplitude de movimento funcional, a dor e as deficiências, sendo a ultima, avaliada com o ODI em indivíduos com DLC, os autores encontraram uma correlação positiva entre o ODI e a intensidade de dor lombar, associando o achado à diminuição da amplitude de movimento, sendo que no presente estudo, tanto a intensidade da dor, o ODI e a redução da mobilidade lombar foram todas significativas entre os grupos, sendo mais agravada no grupo com DAD do que no grupo com LES.[32] Outro artigo que avaliou a correlação entre o *Pain Disability Index* (PDI) e o ODI e sua correlação com a intensidade da dor em pacientes com DLC encontraram uma correlação positiva moderada entre o ODI e a intensidade da dor. [33]

A fadiga, quando comparados os grupos, não teve diferença significativa, porém os dois grupos apresentam médias no *FSS* que de acordo com o valor estabelecido,que valores iguais ou maiores do que 28, são indicativos da presença de fadiga.[26] O grupo com LES pode apresentar essa fadiga também devido ao uso de corticóides, o qual tem uma tendência de induzir a hipotrofia das fibras musculares, levando à exacerbação da fadiga.[34,35] Cerca de 80% dos portadores da doença, identificam a fadiga como o sintoma que mais limitam a qualidade de vida e a prática de atividades físicas.,[35]No grupo com DAD, a fadiga muscular pode está associada devido a mesma causar

sobrecarga sobre os elementos passivos, como as cápsulas, ligamentos e discos intervertebrais, que são elementos responsáveis pela estabilidade da coluna vertebral durante a execução de padrões de movimento específicos, resultando em danos a estruturas sensíveis à distensão e produzindo dor, considerando a fadiga como redução na capacidade do sistema neuromuscular em gerar força ou realizar trabalho, afetando assim no equilíbrio muscular, podendo levar ao desenvolvimento de uma dor lombar crônica.[36] Além dessas alterações, a fadiga representa um estado de esgotamento, apatia e baixo nível de energia, e pode provocar alterações de atenção, concentração, sono e memória, além de irritabilidade.[37]

A dinamômetria foi utiliza como instrumento para avaliar a CVM de extensão lombar e a FPM, sendo que a dinamômetria é todo processo que envolva a verificação de uma força feita por pressão ou compressão de um segmento que possua carga, os resultado das duas variáveis em ambos os grupos evidenciaram uma redução de força nos segmentos porém, sem diferença significativa entre os grupos, revelando que a paciente LES com DLC não possuem uma redução de força maior do que indivíduos com DAD. O déficit muscular associado à lombalgias ocorre em função de que a atrofia muscular resultante leva à sobrecarga de outras estruturas lombares, bem como a diminuição da coordenação do correto movimento a ser realizado pelas estruturas osteo-mioarticulares. [38]A FPM é utilizado em diversos estudos como preditora do estado geral de força global, podendo ser associar assim sua redução com uma redução da força global em pacientes[39-41]Pouca resistência de extensores lombar e baixos níveis de atividade física podem ter relevância para o tratamento de dor lombar crônica, tendo em vista a etiologia da DLC. [38]

7-CONCLUSÃO

A comparação sobre aspetos clínicos e físico-funcionais DLC, pacientes com LES e pacientes com DAD na coluna lombar, obtiveram diferença estatística quanto a intensidade da dor, incapacidade funcional relatada, cinesiofobia e mobilidade lombar, sendo o grupo com DAD mais comprometido nas variáveis investigadas no estudo. Apesar das especificidades da LES, seu aspecto autoimune, crônico e inflamatório do tecido conjuntivo com comprometimento em múltiplos órgãos e sistemas, considerando os aspectos investigados, esses pacientes não apresentam maiores comprometimentos quando comparado com o grupo que não possui tal patologia.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Junior MH, Goldenfum MA, Siena C. Lombalgia ocupacional. Rev assoc med bras 56.5. 2010; 583-9

2. Macedo DDP. Lombalgias. Ciência e Cultura 63.2 2011; 42-44.

3. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klaber-Moffett J, Kovacs F, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J. 2006;192-300.

4. Iamamura ST, Kaziyama HHS, Iamamura M. Lombalgia. Medicina. 2001; 80(2):375-90.

5. Dagenais S, Caro J, Haldeman S. A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. Spine J. 2008; 8(1):8-20.

6. Junior, MH, Goldenfum, MA, Siena, C. Lombalgia ocupacional. Rev. Assoc. Med. Bras, 2010;v.56, n.5.

7. Vieira A, Soua JL, Boa Postura: Uma Preocupação com a Estética, a Moral ou a Saúde? Revista Movimento, 2009; v.15, n.1, p.145-165..

8. Indrakanti SS, Weber MH, Takemoto SK, Hu SS, Polly D, Berven SH. Valuebased care in the management of spinal disorders: a systematic review of costutility analysis. Clin Orthop Relat Res 2012; 470(4): 1106-23.

9. Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE): National Sampling Study of Households. A Panorama of Health in Brazil: access to and utilization of services, health conditions and risk factors and protection of health. 2008. Available from:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf.

10. Kleinpaul, JF, Mann L, Teixeira CS, Moro, ARP. Dor lombar e exercício físico: Uma revisão. Revista digital - Buenos Aires , 2008; v.13, n.127.

11. Antunes RS, Macedo BG; Amaral TS, Gomes HA, Perreira LSM, et al. Pain, kinesiophobia and quality of life in chronic low back pain and depression. Acta ortop. bras, 2013; v.21, n.1.

12. Cox JM. Dor Lombar: Mecanismo, diagnóstico e tratamento. 1º ed. Editora: Manole, 2011.

13. Fracaro JA. et al. Comparação entre variáveis psicossociais e de desempenho funcional em um grupo de pacientes com lombalgia crônica. Rev. dor, 2013; v.14, n.2.

14. Burigo FL, Silvério-Lopes S. Lombalgia crônica mecânica: Estudo comparativo entre acupuntura sistêmica e pastilhas de óxido de silício (stimulation and permanency – sti-per). Revista Brasileira de Terapias e Saúde 2010; 1(1):27-36.

15. Galindo CVF, Veiga RKA. Características clínicas e diagnósticas do Lúpus Eritematoso Sistêmico: uma revisão. Revista Eletrônica de Farmácia 2010; 7(4): 46-58.

16. Johnsson NPM, Sandqvist G, Nilsson JA, Bengtsson AA, Sturfelt G, Nived O. Hand function and performance of daily activities in systemic. Lupus2015; 24: 827–834.

17. Borda EF et al. Consenso de lúpus eritematoso sistêmico (LES). Revi Brasa Reumatol 2008; 48(4).

18. Dach, F. Sensibilização Central.USP. 2010. Available from: http:[//disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/310319/mod_resource/content/1/Sensibilizac%CC%A7a%CC%83o%20central%20-%20graduac%CC%A7a%CC%83o.pdf]

19. Balsam S, et al. "Low dynamic muscle strength and its associations with fatigue, functional performance, and quality of life in premenopausal patients with systemic lupus erythematosus and low disease activity: a case–control study." BMC musculoskeletal disorders 14.1 (2013): 1.

20. Silva C, Canhão H, Barcelos A, Miranda L, Pinto P, Santos MJ. Protocolo de avaliação e monitorização do Lúpus Eritematoso Sistêmico (PAMLES). Órgão oficial da sociedade portuguesa de reumatologia. Acta Reumatol Port. 2008; 33:210-218

21. Freire EAM, Souto LM, Ciconelli RM. Medidas de avaliação em lúpus eritematoso sistêmico. Rev. Bras. Reumatol.2011; 51(1):75-80.

22. Scopel E, Alencar M, Cruz R. Medidas de avaliação da dor. Revista Digital 2007; 11(105)

23. Abenhaim L. et al. The role of activity in the therapeutic management of back pain. Spine, 2000;v.25, p.1-33.

24. Cordeiro N, Correia PP, Gil J, Capri, J. Utilização da Tampa Scale of Kinesiophobia 13 itens após Ligamentoplastia do cruzado Anterior do Joelho: Versão Genérica Versus Versão de Condição Especifica. Revista Portuguesa de Fisioterapia no

Desporto, 2011; v.5, n.2.

25. Masselli, MR, Martins LM, Serillo TB. Índice funcional de Oswestry de pacientes submetidos à cirurgia para descompressão de raízes nervosas. Fisioterapia e Pesquisa, , 2003; v. 10, n. 2, p. 70-76.

26. Junior MH, Goldenfum MA, SIENA C. Lombalgia ocupacional. Rev. Assoc. Med. Bras, 2010. v.56, n.5.

27. Silva LRV, Cunha LL, Costa MGG, Gomes ZCM.; Matsushigue, KA. Avaliação da flexibilidade e análise postural em atletas de ginástica rítmica desportiva flexibilidade e postura na ginástica rítmica. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, 2009;v. 7, n. 1.

28. Farias DL, Teixeira TG, Tibana RA, Prestes J.A força de preensão manual é preditora do desempenho da força muscular de membros superiores e inferiores em mulheres sedentárias.Motricidade2012; 8(S2): 624-629.

29. Soares AV et al. Correlação entre os testes de dinamometria de preensão manual, escápula e lombar. Rev. Acta Brasileira do Movimento Humano 2012; 2(1):65-72.

30. Mutran ASA, Bessa AM, Araújo FC. Desequilíbrio lombolpélvico em praticantes de musculação portadores de lombalgia em três academias no centro de belém. Unama. 2008. Available from
http://www.unama.br/graduacao/fisioterapia/pdf/2008.2/desequilibrio-lombolpelvico-em-praticantes.pdf
[Acessado em 27 de maio de 2016]

31. Dellaroza, MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). Cad. Saúde Públic, 2013; v.29, n.2.

32. Ruiz FK et al. Oswestry Disability Index is a better indicator of lumbar motion than the Visual Analogue Scale. The Spine Journal 2014; 14: 1860–1865.

33. Grönblad M, Hupli M, Wennerstrand P, Järvinen E, Lukinmaa A, Kouri JP et al. Intel-correlation and Test-Retest Reliability of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) and Their Correlation with Pain Intensity in Low Back Pain Patients. The clinical journal of pain 1993; 9(3): 157-225.

34. Peres JMC, Tedde PFB, Lamari NM. Fadiga nos portadores de lúpus eritematoso sistêmico sob intervenção fisioterapêutica. O mundo da saúde. 2006; 30(1):141-145.

35. Cavicchia R, Neto BE, Gueges LKN, Vianna DL. Qualidade de vida em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico. J Health Sci Inst. 2013; 31(3):88-92.

36. Gonçalves M, Barbosa FSS. Análise de parâmetros de força e resistência dos músculos eretores da espinha lombar durante a realização de exercício isométrico em diferentes níveis de esforço. Rev. Bras. Med. Esporte, 2005; v.11, n. 2.

37. Fracaro, GA. et al. Comparação entre variáveis psicossociais e de desempenho funcional em um grupo de pacientes com lombalgia crônica. Rev. dor, 2005; v.14, n.2.

38. Handrakis JP. et al. Key characteristics of low back pain and disability in college-aged adults: a pilot study. Arch Phys Med Rehab, 2012; v.93, p.1217-24.

39. Farias DL, Teixeira TG, Tibana RA, Prestes J.A força de preensão manual é preditora do desempenho da força muscular de membros superiores e inferiores em mulheres sedentárias.Motricidade2012; 8(S2): 624-629.

40. Bohannon RW. Hand-grip dynamometry predicts future outcomes in aging adults. Journal of Geriatric Physical Therapy 2008; 31(1): 3-10.

41. Newman AB, Kupelian V, Visser M, Simonsick EM, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, Harris TB. Strength, but not muscle mass, is associated with mortality in the health, aging and body composition study cohort. Journals of Gerontoly Series A: Biological Sciences Medical Sciences2006; 61(1): 72-77.

9. ANEXOS

ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA

A **Revista Brasileira de Reumatologia** (**RBR**) publica artigos sobre temas reumatológicos e correlatos, após análise por seu Conselho Editorial. A RBR é catalogada no Web of Science, PUBMED/MEDLINE, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scopus, Index Copernicus e Scielo (Scientific Electronic Library Online).

Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado nem estar sendo analisado por outra revista. Os manuscritos devem ser inéditos, ter sido objeto de análise e com anuência de todos os autores.

Artigos aceitos para publicação passam a ser propriedade da revista, não podendo ser reproduzidos sem consentimento por escrito.

A abreviatura de seu título é **Rev Bras Reumatol**, que deve ser usada em bibliografias, notas de rodapé e em referências bibliográficas.

Forma e preparação de manuscritos

APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito pode ser submetido em português ou inglês, em espaço duplo, com margens de 2,5 cm. No texto não devem ser empregadas abreviaturas não convencionais, gírias (jargões) médicas ou redação tipo telegráfica. A citação de

medicamentos e produtos farmacêuticos deve ser feita utilizando-se apenas a nomenclatura farmacológica, sem menção do nome comercial.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

*Manuscript**, *Title Page**, *Cover Letter* e *Author Agreement** devem ser enviados em arquivos individuais. Tabelas e figuras devem ser numeradas conforme citadas no texto e enviadas em arquivos separados, com títulos e legendas correspondentes. (*arquivos obrigatórios)

Página do título

Deve conter: a) título do artigo; b) nome completo dos autores e sua titulação mais importante; c) departamento(s) e instituição(ões) onde se originou o trabalho; d) nome, endereço completo e e-mail válido do autor responsável para correspondência; e) conflito de interesse e agências financiadoras relevantes; f) título resumido com no máximo 60 caracteres.

Author Agreement

É o documento no qual os autores declaram a originalidade do manuscrito, além de aprovarem o artigo objeto da submissão, a autoria e a ordem da lista de autores. Deve ser assinado por todos os autores. A seguir é apresentado um modelo.

Caro Editor,

Os autores, abaixo assinados, declaram que este manuscrito é original, não foi publicado antes e não se encontra submetido para qualquer outra publicação.

Gostaríamos de pedir a atenção do Editor para a presente publicação de nós autores, referente a aspectos do presente manuscrito submetido. Confirmamos que o manuscrito foi lido e aprovado por todos os autores signatários e que não há nenhum outro autor a fazer parte senão os listados. Confirmamos também que a ordem dos autores listada no manuscrito foi aprovada por todos.

Entendemos que o Autor para Correspondência será o único contato para o processo editorial. Ele será o único responsável pela comunicação com os demais autores acerca do progresso da submissão, da revisão do manuscrito e de sua aprovação final.

(Assinatura de todos os autores)

Artigo Original

Deve conter: página do título, página de resumo com palavras-chave, introdução, material e métodos ou pacientes e métodos, resultados e discussão, agradecimentos, referências, tabelas, figuras e legendas das figuras. Não deve exceder 5.000 palavras, incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Pode exibir até seis figuras ou tabelas e até 50 referências.

Página de resumo

Deve conter: a) objetivo, métodos, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras; b) três a cinco palavras-chave.

Introdução

A finalidade dessa seção é definir o propósito e as razões para a realização do trabalho.

Não se recomenda extensa revisão da literatura.

Pacientes e métodos ou Material e métodos

Deve incluir informações suficientes que permitam a reprodução do trabalho e, quando pertinente, a aprovação pelo Comitê de Ética institucional. Os métodos empregados na análise estatística devem sempre ser citados.

Resultados

Devem ser claros e concisos. Tabelas e gráficos não devem duplicar informações.

Discussão

Deve ser concisa, interpretando os resultados no contexto da literatura atual. É conveniente não ultrapassar a metade do número de páginas do trabalho completo.

Agradecimentos

Apenas às pessoas que contribuíram, por exemplo, com técnicas, discussão e envio de pacientes. Auxílio financeiro deve ser referido na página do título.

ReferênciasDevem ser citadas no texto em algarismos arábicos, sobrescritos e depois da pontuação, sem parênteses ou colchetes. A numeração deve ser sequencial, de acordo com a ordem de citação no texto. Nas referências com mais de seis autores, devem ser citados os seis primeiros, seguidos pela expressão *et al*. Sugere-se a utilização dos programas Reference Manager ou Endnote, seguindo-se o estilo Vancouver. Exemplos de referência para diferentes formatos são apresentados a seguir. Os autores devem consultar o NLM's Citing Medicine para mais informações sobre os

formatos das referências.

Artigo de revista

1. Rivero MG, Salvatore AJ, Gomez-Puerta JA, Mascaro JM, Jr., Canete JD, Munoz-Gomez J *et al*. Accelerated nodulosis during methotrexate therapy in a patient with systemic lupus erythematosus and Jaccoud's arthropathy. Rheumatology (Oxford) 2004; 43(12):1587-8.

Artigo extraído de endereço eletrônico

2. Cardozo JB, Andrade DMS, Santiago MB. The use of bisphosphonate in the treatment of avascular necrosis: a systematic review. Clin Rheumatol 2008. Available from:http://www.springerlink.com.w10069.dotlib.com.br/content/l05j4j3332041225/fulltext. pdf. [Accessed in February 24, 2008].

Livro

3. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Tabelas e Figuras

Cada tabela ou figura deverá ser numerada em algarismo arábico e enviada em arquivo separado (.jpg, .tif, .png, .xls, .doc) com 300 dpi no mínimo. Título e legenda devem estar no mesmo arquivo da figura ou tabela a que se referem. Tabelas e ilustrações devem ser autoexplicativas, com informações suficientes para sua compreensão sem que se tenha de recorrer ao trabalho. Fotomicrografias devem incluir a escala

apropriada.

Artigo de Revisão

Revisões, preferencialmente sistemáticas, podem ser submetidas à RBR, devendo abordar com profundidade um tema de interesse para o reumatologista. Não apresentam estruturação padronizada, prescindindo de introdução ou discussão. Devem apresentar resumo sem subdivisões, com três a cinco palavras-chave, e não devem exceder 6.000 palavras, incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Podem exibir até cinco figuras ou tabelas e até 70 referências.

Relato de Caso

Deve incluir resumo e palavras-chave, sem necessidade de subdivisões. O texto, porém, apresenta as seguintes seções: introdução, que deve ser concisa; relato de caso, contendo a descrição e a evolução do quadro clínico, exames laboratoriais, ilustrações e tabelas (que substituem as seções material e métodos e resultados); e discussão. Deve conter no máximo seis autores, e não deve exceder 1.500 palavras, incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título, resumo, tabelas e legendas. Pode exibir até duas figuras ou tabelas e até 15 referências.

Comunicação breve

Aborda um ponto ou detalhe específico de um tema. Deve incluir resumo com no máximo 250 palavras, e três a cinco palavras-chave. O texto não necessita subdivisões, deve ter até 2.500 palavras incluindo-se as referências e excluindo-se a página do título,

resumo, tabelas e legendas. Pode exibir até três figuras ou tabelas e até 25 referências.

Regras para aplicar tempos verbais apropriados de acordo com o contexto ou seção

Contexto ou seção	**Tempo verbal apropriado**
Resumo	Passado
Introdução	Presente, quando se referir a fatos estabelecidos e conhecimento prévio
Métodos, materiais e resultados	Passado
Discussão/Conclusão	Combinado de passado (quando se referir a resultados obtidos no trabalho) e presente (quando se referir a fatos estabelecidos e conhecimento prévio); às vezes pode ser utilizado o futuro (especialmente quando se referir a perspectivas de trabalhos a serem realizados)
Atribuições	Passado Ex.: Andrade *et al.*relataram...
Descrição de Tabelas e Figuras	Presente
Conhecimento estabelecido e resultados prévios	Presente

Regras gerais para se obter uma boa escrita em um artigo científico:

1. Prefira a voz ativa
2. As sentenças devem ser curtas, claras e objetivas
3. A unidade de medida deve ser abreviada quando empregada com valores numéricos (p. ex., 1 mg), mas escrita por extenso quando separada de valor numérico. Utilize o Sistema Internacional de Unidades (*SI units*) para definir as unidades de medida. Lembre-se de deixar um espaço entre o número e a unidade (p. ex., 10 mg/dL), exceto quando for porcentagem, que deve estar junto (p. ex., 70%). O plural das unidades de medida é a mesma forma do singular (p. ex., 1 mL, 10 mL; 1 h, 10 h). Quando iniciarem a frase, os números devem estar por extenso, e não em algarismo arábico
4. Defina a abreviação na primeira vez que aparecer no texto principal. Após a definição, use sempre a abreviação em vez da forma por extenso. Evite o uso de abreviações no título e no resumo
5. Ao escrever em inglês, não utilize contrações (p. ex., prefira *does not* em vez de *doesn't*)

Livro recomendado: Rogers SM. Mastering scientific and medical writing: a self-help guide. Berlin: Springer; 2007.

Considerações éticas e legais

A RBR segue as normas do *Uniform Requirements for Manuscripts* (URM) *Submitted to Biomedical Journals* desenvolvidas pelo *The International Committee of Medical*

Journal Editors (ICMJE) - fevereiro de 2006.

Conflito de interesse

A confiança pública no processo de revisão por pares e a credibilidade dos artigos publicados dependem, em parte, de como o conflito de interesse é administrado durante a redação, a revisão por pares e a decisão editorial. O conflito de interesse existe quando um autor (ou instituição do autor), revisor ou editor tem relações financeiras ou pessoais que influenciem de forma inadequada (viés) suas ações (tais relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses conflitantes ou fidelidades conflitantes). Essas relações variam entre aquelas com potencial insignificante até as com grande potencial para influenciar o julgamento, e nem todas as relações representam verdadeiro conflito de interesse. O potencial conflito de interesse pode existir dependendo se o indivíduo acredita ou não que a relação afete seu julgamento científico. Relações financeiras (tais como emprego, consultorias, posse de ações, testemunho de especialista pago) são os conflitos de interesse mais facilmente identificáveis e os mais suscetíveis de minar a credibilidade da revista, dos autores e da própria ciência. No entanto, podem ocorrer conflitos por outras razões, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Consentimento informado

Os pacientes têm o direito à privacidade, que não deve ser infringida sem o consentimento informado. A identificação de informações, incluindo os nomes dos pacientes, iniciais ou números no hospital, não devem ser publicadas em descrições, fotografias e genealogias, a menos que a informação seja essencial para os propósitos

científicos e o paciente (ou responsável) dê o consentimento livre e esclarecido para a publicação. O consentimento informado para este propósito requer que o manuscrito a ser publicado seja mostrado ao paciente. Os autores devem identificar os indivíduos que prestam assistência a escrever e divulgar a fonte de financiamento para essa assistência. Detalhes identificadores devem ser omitidos se não são essenciais. O anonimato completo é difícil de se conseguir; no entanto, no caso de qualquer dúvida, o consentimento deve ser obtido. Por exemplo, mascarar a região ocular em fotografias de pacientes é uma proteção de anonimato inadequada. Se as características de identificação são alteradas para proteger o anonimato, como na linhagem genética, os autores devem garantir que as alterações não distorçam o significado científico. Quando o consentimento informado foi obtido, ele deve ser indicado no artigo publicado.

Princípios éticos

Ao relatar experimentos em seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e com a Declaração de Helsinki de 1975, revisado em 2000. Se houver dúvida se a pesquisa foi realizada em conformidade com a Declaração de Helsinki, os autores devem explicar a razão para sua abordagem e demonstrar que o corpo de revisão institucional aprovou explicitamente os aspectos duvidosos do estudo. Ao relatar experimentos com animais, os autores devem indicar se as orientações institucionais e nacionais para o cuidado e a utilização de animais de laboratório foram seguidas.

Registro de ensaios clínicos

Os ensaios clínicos devem ser registrados segundo recomendação da OMS em www.who.int/ictrp/en/. A definição de ensaios clínicos incluem ensaios preliminares (fase I): um estudo prospectivo com o recrutamento de indivíduos submetidos a qualquer intervenção relacionada à saúde (medicamentos, procedimentos cirúrgicos, aparelhos, terapias comportamentais, regime alimentar, mudanças nos cuidados de saúde) para avaliar os efeitos em desfechos clínicos (qualquer parâmetro biomédico e de saúde, inclusive medidas farmacocinéticas e reações adversas). A RBR tem o direito de não publicar trabalhos que não cumpram estas e outras normas legais e éticas explicitadas nas diretrizes internacionais.

Financiamento e apoio

Os autores devem, também, informar se receberam financiamento ou apoio de instituições como CNPq, CAPES, Fundos Remanescentes da SBR, instituições universitárias, laboratórios etc.

Secretaria Editorial RBR

Revista Brasileira de Reumatologia

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 2.466 - conjs. 93-94

CEP: 01402-000 - São Paulo - SP - Brasil

Tel./fax: (11) 3289-7165

e-mail: rbreumatol@terra.com.br

ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na Identificação dos Determinantes de Saúde de Pacientes com Dor Crônica Atendidos no Hospital Universitário de Brasília.
Pesquisador Responsável: Wagner Rodrigues Martins
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 27527214.7.0000.0030
Submetido em: 22/07/2014
Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

COORDENADOR

Comprovante de Recepção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_275272

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE APRECIAÇÕES DO PROJETO

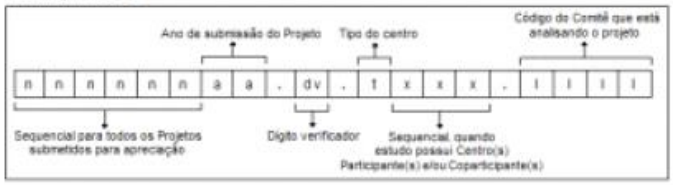
HISTÓRICO DE TRÂMITES

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	

(*) Formação do CAAE



Voltar

ANEXO C – OSWESTRY DISABILITY INDEX (ODI)

Por favor, você poderia completar este questionário? Ele é elaborado para nos dar informações de como seu problema nas costas (ou pernas) têm afetado seu dia-a-dia.
Por favor, responda a todas as seções. Marque apenas um quadrado em cada seção, aquele que mais de perto descreve você hoje.

Seção 1: **Intensidade da dor**.

	Sem dor no momento
	A dor é leve nesse momento
	A dor é moderada nesse momento
	A dor é mais ou menos intensa nesse momento
	A dor é muito forte nesse momento
	A dor é a pior imaginável nesse momento

Seção 2: **Cuidados pessoais** (Vestir-se, tomar banho etc)

	Eu posso cuidar de mim sem provocar dor extra
	Posso me cuidar mas me causa dor
	É doloroso me cuidar e sou lento e cuidadoso
	Preciso de alguma ajuda, mas dou conta de me cuidar
	Preciso de ajuda em todos os aspectos para cuidar de mim
	Eu não me visto, tomo banho com dificuldade e fico na cama.

Seção 3: **Pesos**

	Posso levantar coisas pesadas sem causar dor extra
	Se levantar coisas pesadas sinto dor extra
	A dor me impede de levantar coisas pesadas, mas dou um jeito, se estão bem posicionadas, e.g., numa mesa.

Seção 4: **Andar**

Seção 5: **Sentar**

	Posso sentar em qualquer tipo de cadeira pelo tempo que quiser
	Posso sentar em minha cadeira favorita pelo tempo que quiser
	A dor me impede de sentar por mais de 1 hora
	A dor me impede de sentar por mais de ? hora
	A dor me impede de sentar por mais que 10 minutos
	A dor me impede de sentar

Seção 6- **De pé**

	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser sem dor extra
	Posso ficar de pé pelo tempo que quiser, mas sinto um pouco de dor
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 1 h
	A dor me impede de ficar de pé por mais ? hora
	A dor me impede de ficar de pé por mais de 10 minutos
	A dor me impede de ficar de pé

Seção 7: **Sono**

	Meu sono não é perturbado por dor
	Algumas vezes meu sono é perturbado por dor
	Por causa da dor durmo menos de 6 horas
	Por causa da dor durmo menos de 4 horas
	Por causa da dor durmo menos de 2 horas
	A dor me impede de dormir.

Seção 8: **Vida sexual** (se aplicável)

	Minha vida sexual é normal e não me causa dor extra
	Minha vida sexual é normal, mas me causa dor extra
	Minha vida sexual é quase normal, mas é muito dolorosa
	Minha vida sexual é muito restringida devido à dor
	Minha vida sexual é praticamente inexistente devido à dor.
	A dor me impede de ter atividade sexual.

Seção 9: **vida social**

	Minha vida social é normal e eu não sinto dor extra
	Minha vida social é normal, mas aumenta o grau de minha dor.
	A dor não altera minha vida social, exceto por impedir que faça atividades de esforço, como esportes, etc
	A dor restringiu minha vida social e eu não saio muito de casa
	A dor restringiu minha vida social a minha casa
	Não tenho vida social devido a minha dor.

Seção 10: **Viagens**

	Posso viajar para qualquer lugar sem dor.
	Posso viajar para qualquer lugar, mas sinto dor extra
	A dor é ruim, mas posso viajar por 2 horas
	A dor restringe minhas viagens para distâncias menores que1 hora
	A dor restringe minhas viagens para as necessárias e menores de 30 minutos
	A dor me impede de viajar, exceto para ser tratado.

ANEXO D – TAMPA SCALE KINESIPHOBIA (TSK)

Escala Tampa para Cinesiofobia

Aqui estão algumas das coisas que outros pacientes nos contaram sobre sua dor. Para cada afirmativa, por favor, indique um numero de 1 a 4, caso você concorde ou discorde da afirmativa. Primeiro você vai pensar se concorda ou discorda e depois, se totalmente ou parcialmente.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Eu tenho medo que eu possa me machucar se eu fizer exercícios.	1	2	3	4
2. Se eu tentasse superar esse medo, minha dor aumentaria.	1	2	3	4
3. Meu corpo está me dizendo que algo muito errado esta acontecendo comigo.	1	2	3	4
4. Minha dor provavelmente seria aliviada se eu fizesse exercício.	1	2	3	4
5. As pessoas não estão levando minha condição médica a serio.	1	2	3	4
6. Minha lesão colocou o meu corpo em risco para o resto da minha vida.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
7. A dor sempre significa que eu machuquei meu corpo.	1	2	3	4
8. Só porque alguma coisa piora minha dor, não significa que é perigoso.	1	2	3	4
9. Eu tenho medo que eu possa me machucar acidentalmente.	1	2	3	4
10. Simplesmente sendo cuidadoso para não fazer nenhum movimento desnecessário e a atitude mais segura que eu posso tomar para prevenir a piora da minha dor.	1	2	3	4
11. Eu não teria tanta dor se algo potencialmente perigoso não estivesse acontecendo no meu corpo.	1	2	3	4
12. Embora minha condição seja dolorosa, eu estaria melhor se estivesse ativo fisicamente.	1	2	3	4
13. A dor me avisa quando parar o exercício para que eu não me machuque.	1	2	3	4
14. Não é realmente seguro para uma pessoa com minha condição ser ativo fisicamente.	1	2	3	4
15. Eu não posso fazer todas as coisas que as pessoas normais fazem, porque para mim e muito fácil me machucar.	1	2	3	4
16. Embora algo esteja me causando muita dor, eu não acho que seja, de fato, perigoso.	1	2	3	4
17. Ninguém deveria fazer exercícios, quando está com dor.	1	2	3	4

ANEXO E – FATIGUE SEVERITY SCALE (FSS)

INSTRUÇÕES:

Em seguida serão apresentadas 9 afirmações sobre como a fadiga pode afectar uma pessoa. A fadiga é uma sensação de cansaço físico e perda de energia que muitas pessoas sentem de tempos em tempos. Para cada afirmação deverá dar uma nota de 1 a 7. A nota 1 significa que discorda inteiramente da afirmação e a nota 7 significa que concorda inteiramente com a afirmação. Estas afirmações referem-se unicamente às 4 últimas semanas. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e desenhe um círculo em volta do número que melhor descreva a sua resposta. Se necessitar de ajuda para marcar as respostas, peça ao entrevistador, indicando o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor, responda a todas as questões. Se não tiver certeza sobre qual a resposta a seleccionar, escolha aquela que estiver mais próxima daquilo que descreve o que tem vindo a sentir. O entrevistador poderá explicar algumas palavras ou frases que não compreenda.

1. A minha motivação é menor quando estou fatigado	**Discordo inteiramente**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo inteiramente**
2. O exercício físico provoca-me fadiga.	**Discordo inteiramente**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo inteiramente**
3. Eu fico fatigado facilmente.	**Discordo inteiramente**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo inteiramente**
4. A fadiga interfere no meu desempenho físico.	**Discordo inteiramente**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo inteiramente**
5. A fadiga causa-me problemas frequentes.	**Discordo inteiramente**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo inteiramente**
6. A minha fadiga impede um desempenho físico prolongado.	**Discordo inteiramente**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo inteiramente**
7. A fadiga interfere com a execução de certas obrigações e responsabilidades.	**Discordo inteiramente**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**Concordo inteiramente**

10. APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO

Universidade de Brasília
Projeto de Pesquisa – Curso de Fisioterapia
Formulário para coleta de dados
CEP (16028313.7.0000.5553).

Dor lombar crônica em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico: características clínicas e impacto da dor lombar na capacidade física e functional.

Elegibilidade: O senhor(a) possui dor na coluna lombar persistente por mais de 3 meses? Caso sim: possui diagnóstico médico? Se sim confirme se é caso de osteoartrose lombar primária, degeneração articular. Se não possui diagnóstico lombar específico, podemos confirmar com laudo de Radiografia e Ressonância Magnética. Etapas confirmadas - proceder com critérios de exclusão.

Pergunte sobre os critérios de exclusão (circule no caso da existência): Está grávida? Histórico de fratura/cirurgia lombar? Neurocirurgia? Infecção renal ou urinária nos últimos 3 meses? Tumor/câncer na coluna lombar? Tumor/câncer em órgãos pélvicos e trato gastrointestinal? Aneurisma da aorta descendente? Doença neurológica? Obs.: _____

Comece a entrevista no caso de inclusão

Sr. (a)_____Data de Nascimento:____/___/ _
Telefone: _____
Estado Civil: ( ) Casado(a) ( ) Solteiro(a) ( ) Divorciado(a) ( ) Viúvo(a)
Peso: _____ kg Altura:_____cm / IMC: _____ Resultado: _____

Bairro que reside: _____
Profissão/Ocupação: _____ Empregado: ( ) Sim ( ) Não
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino fundamental ( ) Ensino médio ( ) Ensino Superior ( ) Não informado.
Prática atividade física (AF) regular: ( ) Não ( ) Sim
Frequência semanal: _____
Tipo de AF: _____
Obs: todas as atividades físicas devem ser praticadas em sessões de pelo menos dez minutos de duração. A OMS recomenda: Para adultos (maiores de 18): 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana.
Tabagismo: ( ) Fumante ( ) Não fumante ( ) Ex-fumante
Cor da pele: ( ) Amarelo ( ) Branco ( ) Indígena ( ) Pardo ( ) Negra

Comorbidades pregressas:

_____

_____

Comorbidades atuais:

_____

_____

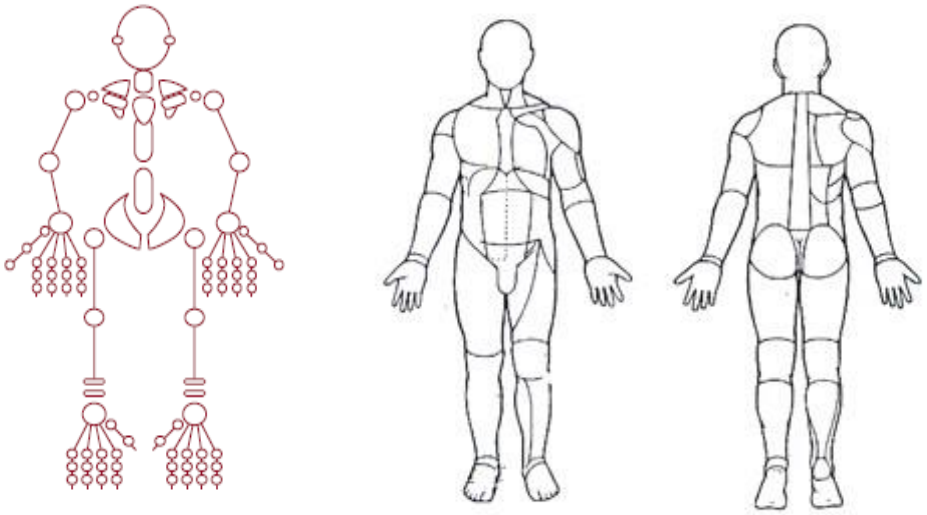
Auto-avaliação de saúde: ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim
SLEDAI:_____Nº de articulações envolvidas:_____Duração da doença:_____anos.
Medicação:_____

_____

_____

Escala Numérica da Dor LOMBAR: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Caracterização da dor
1- Caracterização do local: Dor localizada ( ) Sim ( ) Não Dor Difusa ( ) Sim ( ) Não
2- Caracterização temporal do surgimento:
Tempo de existência da dor:
__(meses) 3- Caracterização temporal da manifestação:
( ) Dor constante ou quase constante sem flutuação de severidade
( ) Dor constante ou quase constante com flutuação de severidade
( ) Dor Intermitente regular( ) Intermitente irregular

Mapa da dor (solicite ao participante que identifique no próprio corpo a região da dor na coluna lombar e também nas outras regiões em que a dor estiver presente; a anotação no mapa é feita pelo pesquisador)



4- Caracterização da periferilização da DOR LOMBAR:
Existe o fenômeno de periferilização da dor (a dor irradia): ( ) Sim ( ) Não
Caso sim,
local(s):_____

5- Quebec Task Force: _____
6- Qual impacto da sua dor nas atividades do dia a dia (o que o paciente não consegue fazer em suas atividades diárias):
_____
_____
Osweatry Disability Index (ODI): _____
Escala Tampa para Cinesiofobia (TSK): _____
Escala de Severidade da Fadiga (FSS): _____
Algômetria processo espinhoso mais doloriso: _____
Handgrip: _____ D _____ E
Teste de Schober: _____
Dinamômetro de extensão lombar: _____

OBS (data da entrevista; entrevistador; etc.):
_____
_____
_____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade de Brasília

Hospital Universitário de Brasília

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa "Utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde na Identificação dos Determinantes de Saúde de Pacientes com Dor Crônica Atendidos no Hospital Universitário de Brasília (HUB)", sob a responsabilidade do pesquisador Wagner Rodrigues Martins.

O projeto é voltado para buscar um melhor entendimento sobre os fatores que provocam dor crônica na coluna lombar. O objetivo desta pesquisa é conhecer a variedade de determinantes de saúde que estão envolvidos na geração e perpetuação da dor crônica na coluna lombar.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Você participará da pesquisa respondendo um questionário aplicado pelo pesquisador. Essa entrevista ocorrerá em apenas um encontro, com duração de 90 minutos. A entrevista será realizada com agendamento prévio, de acordo com sua disponibilidade, no consultório E (corredor laranja) do próprio Hospital Universitário.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são inexistentes, pois trata-se de responder as perguntas do pesquisador. De qualquer forma, se for percebido qualquer risco ou houver dano ao participante não previsto neste termo de consentimento, você terá direito a indenização obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Se você aceitar participar, estará contribuindo para aumentar o conhecimento sobre dor crônica vertebral e futuras possibilidades de tratamento.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Hospital Universitário de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para o Prof. Wagner Martins (responsável pela pesquisa), na instituição Universidade de Brasília (Campus Ceilândia) no telefone fixo: 3376-0252 (as terças feiras no horário das 13 às 18 horas). Se preferir, você pode ligar em qualquer horário no telefone móvel do pesquisador: 9943-3865.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br, horário de atendimento de 10hs às 12hs e de 14hs às 17hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

_____

Nome / assinatura

_____

Pesquisador
Responsável Nome e
assinatura

Brasília,____de_____de_____.