

Dor Lombar em Indivíduos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Prevalência e Incapacidade Associada

Sousa C¹, Mesquita C² & Sousa A³

¹Hospital de S.Martinho,
Valongo, PORTUGAL

^{2,3}Área Científica de Fisioterapia, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto,
Gaia, PORTUGAL

¹ciriasousa@msn.com, ²ccm@estsp.ipp.pt, ³andrea_asps@hotmail.com

RESUMO

OBJECTIVOS: Determinar a prevalência e incapacidade da dor lombar, nas últimas quatro semanas, na ESTSP.

METODOLOGIA: 249 Indivíduos (alunos, docentes, administrativos e auxiliares), 37 do género masculino e 212 do género feminino, com média de idade 29.6 (± 11.0) e 25.4 (± 9.67) respectivamente. O estudo foi quantitativo observacional, analítico e transversal.

RESULTADOS: A prevalência na ESTSP foi 50.2%, sendo superior no sexo feminino (51.9%), na classe [18-30] (51.1%) e nos administrativos 55.0%. A mediana da incapacidade foi 2.00 com intervalo [0.00;15.00].

CONCLUSÕES: A prevalência de dor lombar nos indivíduos da ESTSP foi 50%. Os valores de incapacidade revelaram incapacidade ligeira.

PALAVRAS-CHAVE: *Dor lombar, Incapacidade, Prevalência.*

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the prevalence and disability of low back pain in the last four weeks, in ESTSP.

METHODS: 249 Individuals (students, teachers, administrative and auxiliary), 37 males and 212 females, with average of age 29,6 (± 11.0) and 25,4 (± 9.67) respectively. This was a quantitative observational, analytical and transversal study.

RESULTS: The prevalence in the ESTSP was 50,2%. In the sample the prevalence was superior in the female (51,9%), in the age group [18-30] (51,1%) and in administrative the 55,0%. The medium of the incapacity was 2,00 with interval [0.00; 15.00].

CONCLUSIONS: The prevalence of low back pain in the individuals of the ESTSP was 50%. The values of incapacity were low.

Key Words: *Disability, Low back pain, Prevalence.*

1. INTRODUÇÃO

A dor lombar surge como o problema músculo-esquelético mais comum (McMahon et al, 2006), e apesar da vasta quantidade de estudos e tempo dedicado à sua resolução/compreensão, as implicações ou limitações decorrentes da dor lombar continuam a aumentar na sociedade actual (Henschke et al, 2007).

Estima-se que 60 a 80% dos indivíduos terão experienciado dor lombar em algum período das suas vidas. Infelizmente, um diagnóstico específico não poderá ser estabelecido em 80% dos indivíduos com dor lombar, pois só uma minoria apresenta relação directa entre dor apresentada e uma patologia específica (Ehrlich, 2003; McMahon et al, 2006)

Podemos definir a dor lombar como uma queixa, dor ou desconforto com localização entre a vértebra torácica 12 (T12) e acima da prega glútea inferior, com ou sem dor irradiada para o membro inferior (Burton et al, 2006; Van Tulder et al, 2006; Hodges et al, 2009). Torna-se pertinente clarificar a distinção entre esta dor, queixa ou desconforto que não apresenta causa conhecida (específica), da dor lombar associada a um mecanismo patofisiológico específico. A dor lombar inespecífica surge quando não estamos presente uma dor localizada numa estrutura específica de coluna, e que permita fazer o diagnóstico de uma patologia (Van Tulder et al, 2006).

A dor lombar constitui portanto um problema de origem complexa e multifactorial. No entanto relativamente à duração dos seus sintomas, torna-se mais simples a sua classificação (Coelho et al, 2005). Define-se como dor lombar aguda aquela que permanece por um período até 12 semanas, podendo ser considerado o período entre as 6 e as 12 semanas como sub-agudo (Burton et al, 2006; Van Tulder et al, 2006). Perante a repetição de um novo episódio, depois de um período sem sintomas, não associado a uma exacerbação de um episódio de dor lombar persistente, denomina-se dor lombar recorrente (Burton et al, 2006; Marras et al, 2007).

Como vem sendo referido, os sintomas mais importantes da dor lombar são a dor e a incapacidade, que se reflecte não só a nível físico mas também psicossocial (McMahon et al, 2006; Koes et al, 2006). A dor é definida pela IASP como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação basicamente subjectiva, variando sua apreciação de indivíduo para indivíduo” (Merskey and Bogduk, 1994). Existe um conjunto de factores biológicos, psicológicos e sociais com impacto significativo na dor persistente e no desenvolvimento de incapacidade. A dor lombar e a incapacidade, aqui entendida como uma restrição da actividade do indivíduo socialmente desejável, surgem intimamente relacionadas (Simeonsson e tal, 2000; DGS, 2004). As convicções que o indivíduo tem acerca da sua dor, levam a que tenha medo do movimento/nova lesão, redução da função e da actividade e consequente exacerbação para uma incapacidade crónica (Fernandes et al, 2006).

A prevalência da dor lombar é sensivelmente semelhante em todo o mundo – países nos quais foram recolhidos dados epidemiológicos – levando a uma taxa elevada de incapacidade laboral, interferência na qualidade de vida e procura de assistência médica (Ehrlich, 2003).

Poucos são ainda os estudos de prevalência em Portugal, uma vez que a maioria dos estudos realizados sobre a dor lombar avaliam essencialmente o tratamento (Ponte, 2005). Este estudo surgiu com o intuito de determinar a prevalência da dor lombar, distinguindo a dor com causa conhecida da inespecífica, nos indivíduos da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP), e procurar relação com o grau de incapacidade decorrente nos indivíduos sintomáticos.

2. METODOLOGIA

2.1 Amostra

A amostra foi obtida a partir da população da ESTSP (N=2053), realizando o cálculo do n representativo (n=275), seguido de uma aleatorização. Entre as aplicações dos dois questionários foram perdidos 36 indivíduos por não regresso dos questionários entregues na segunda fase. Assim a amostra final ficou constituída por 249 indivíduos, dos quais 37 do género masculino e 212 do género feminino, com média de idade 29.6 (± 11.0) e 25.4 (± 9.67) respectivamente, englobando quer alunos, docentes, administrativos e auxiliares (tabela 1). As idades dos indivíduos variaram entre 18 e 59, com uma idade média de 26.0 (± 9.98). O estudo realizado foi do tipo quantitativo observacional, analítico e transversal.

Tabela 1. Distribuição da amostra pela ocupação e pelo género

Ocupação	Género		Total
	Masculino	Feminino	
Aluno	18	159	177
Docente	9	32	41
Administrativo	9	11	20
Auxiliar	1	10	11
Total	37	212	249

2.2 Critérios de Inclusão

Indivíduos da escola superior de tecnologia da saúde do porto (alunos, docentes, administrativos e auxiliares).

Foi considerado dor lombar específica história de: tumor maligno, infecção espinal, fractura das vértebras, processos inflamatórios, hérnias, compressão do canal medular, síndrome da cauda equina (Daele et al, 2007; Kulig et al, 2007), doença reumática, sinais de compressão nervosa - alterações de sensibilidade e fraqueza dos membros inferiores, incontinência urinária ou fecal (Daele et al, 2007).

2.3 Instrumentos

Foi utilizado um Questionário, construído com base na bibliografia, incluindo a EVA (Escala Visual Analógica). Com a utilização deste instrumento pretendeu-se que os indivíduos classificassem a intensidade da sua dor, sendo que a 0 correspondia a classificação “Sem dor” e a 10 a classificação “dor Máxima” (DGS, 2003). O questionário tinha como objectivo determinar a prevalência da dor lombar, bem como a caracterização dos indivíduos pertencentes ao estudo e a caracterização da variável, nomeadamente a sua duração e recorrência.

As questões relativas à caracterização da dor lombar, após realização de estudo piloto, obtiveram valores de fiabilidade inter-temporal (teste reteste) entre [0.85-0.99].

Para avaliar o grau de incapacidade foi utilizada a escala de auto-administração *Roland-Morris Disability Questionnaire* – com um valor de ICC de 0.91 e um α (alfa) de Cronbach de 0.83. O Questionário *Roland-Morris* é um instrumento de avaliação de incapacidade, específico para a dor lombar, sendo particularmente indicado para indivíduos com baixo nível de incapacidade (Roland et al, 1983).

2.4 Procedimentos

Após pedido à direcção da ESTSP e posterior despacho positivo pela instituição deu-se início ao estudo. A implementação do estudo passou por dois momentos durante os meses de Maio e Junho de 2009. O primeiro em que procedemos à passagem dos questionários de caracterização da amostra aos indivíduos seleccionados aleatoriamente e que aceitaram a participação no estudo, e o segundo em que, após identificação dos indivíduos com sintomatologia dolorosa preenchessem a escala *Roland-Morris*. Os indivíduos que aceitaram participar no presente estudo, foram informados dos objectivos do mesmo e da sua importância e implicações. Foi requerido o consentimento informado segundo o protocolo da Declaração de Helsínquia, datada de 1964.

Foi previamente realizado um estudo piloto em 15 indivíduos de uma turma de radiologia da ESTSP.

2.5 Análise Estatística

A caracterização da amostra foi efectuada através da estatística descritiva tendo em conta as variáveis, recorrendo-se à média e mediana como medidas de tendência central e desvio padrão, e percentis 25 e 75 como medidas de dispersão. Para análise inferencial foi considerado um intervalo de confiança de 95% (nível de significância = 0,05) e foi utilizado o teste Binomial. Sendo que para um valor prova $<0,05$ foi considerado um resultado estatisticamente significativo. Para determinar as prevalências utilizou-se as percentagens. Para verificar a associação entre as prevalências e o sexo, classe de idades e ocupação foi utilizado o teste do Qui-quadrado. Foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para as variáveis escalares, observando-se que nenhuma das variáveis apresenta uma distribuição normal. Para comparação das médias de intensidade da dor e mediana do *Roland-Morris* foi o utilizado o teste *t-student* quando se verificou a normalidade, e o *Kruskal-Wallis* quando este pressuposto não foi cumprido. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para calcular a correlação existente entre a intensidade da dor e o *score* total da *Roland-Morris*, *Roland-Morris* e Recorrência, e Recorrência e Intensidade (Pestana and Gagueiro, 2005).

Foi considerado um nível de significância de 0.05 (intervalo de confiança de 95%). Para a análise estatística foi utilizado o software SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows (Pestana and Gagueiro).

3. RESULTADOS

3.1 Prevalência

A prevalência da dor lombar nas últimas quatro semanas foi 50.2% (n=125) (tabela 2), dos quais 15.2% (n=19) apresentam uma causa específica para a dor lombar. A prevalência no sexo feminino (51.9%) foi superior ao sexo masculino (40.5%), no entanto não se encontraram diferenças estatísticas suficientes para afirmar que esta

era superior em algum dos sexos (χ^2 , $p > 0,05$). Relativamente à classe de idades a que apresentou maior prevalência foi a classe [18-30] (51.1%) observando-se uma diminuição com o avançar da idade, 45.00 e 42.63% nas classes subsequentes, contudo estas diferenças também não são estatisticamente diferentes (χ^2 , $p > 0,05$).

Em relação à actividade ocupacional verificou-se que a classe administrativa apresentou a maior prevalência de dor lombar, 55.0%, sendo seguida pelos alunos com 51.4%. Os docentes e auxiliares apresentaram prevalências inferiores, respectivamente 36.6 e 27.3% (tabela 2), no entanto não foi possível estabelecer associação entre actividade ocupacional e dor (χ^2 , $p > 0,05$).

Tabela 2. Prevalência da dor lombar por género, classe de idades e ocupação

		n	Prevalência (%)	p *†
Amostra Total		249	50.2	-
Sexo	Masculino	37	40.5	NS
	Feminino	212	51.9	
Classe de Idades	18-30	190	51.1	NS
	31-45	40	45.0	
	46-65	19	42.6	
Ocupação	Aluno	177	51.4	NS
	Docente	41	36.5	
	Administrativo	20	55.0	
	Auxiliar	11	27.3	

*Teste do Qui-Quadrado (χ^2); † Para um nível de significância de 0.05; NS- não significativo

3.2 Caracterização da dor lombar

Em relação à caracterização da dor lombar observou-se que 47.2% dos indivíduos apresentou na variável intensidade uma classificação em dor moderada (3-5) (Kulig et al, 2007), não se apresentando ninguém com dor máxima (9-10) (tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da dor lombar nas últimas 4 semanas

Variáveis	n	%	
Intensidade	Dor Ligeira	53	42.4
	Dor moderada	59	47.2
	Dor Intensa	13	10.4
Recorrência	Sim	86	68.8
	Não	36	28.8
Episódios de recorrência	1-5	66	75.9
	6-10	11	12.6
	11-15	1	1.1
	26-30	9	10.3
Duração	Menos que 6 semanas	117	93.6
	6 a 12 semanas	4	3.2
	Mais que 12 semanas	4	3.2

Nas últimas quatro semanas 68.8% dos indivíduos com dor lombar referiu ter mais que um episódio, tendo se verificado que em 75.9% os episódios de recorrência variaram entre 1 e 5. Não se encontrou nenhum indivíduo nos intervalos [18-20] e [21 a 25]. No que diz respeito à duração da dor a maioria dos indivíduos, 93.6%, refere que a dor permanece menos que 6 semanas (Van Tulder et al, 2006), assistindo-se a somente 3.2% a referir dor sub-aguda, e 3.2 % dor crónica.

3.3 Intensidade da dor

Nos indivíduos com sintomatologia dolorosa, esta apresenta uma intensidade média de 3.5 (± 1.82) (tabela 4), o que é considerado pela Direcção Geral de Saúde como uma dor ligeira (DGS, 2003), com um valor mínimo de 0 e uma intensidade máxima de 7,6. Os indivíduos do sexo masculino apresentam uma intensidade média de 3.6 (± 1.67) (n=15) e o sexo feminino 3.5 ± 1.81 (n= 110), não se encontrando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (teste t-amostras independentes, $p > 0,05$), classificando-se esta dor em intensidade moderada. Na classe [31-45] assistiu-se à intensidade mais elevada 4.7 (± 1.62) (n=18), no entanto com classificação ainda em dor moderada, sendo na classe [16-30] que a dor apresenta intensidade mais baixa 3.2 (± 1.73) (n=97), sendo estas diferenças estatisticamente significativas (teste *Kruskal-Wallis*, $p < 0,05$). Na ocupação a intensidade foi superior nos docentes 4.2 (± 1.99), seguidos pelos administrativos 4.0 (± 2.00). Os alunos apresentaram uma

intensidade média de 3.4 (\pm 1.78), e o pessoal auxiliar obteve 2.9 (\pm 1.48), no entanto estas diferenças não foram estatisticamente significativas (teste *Kruskal-Wallis*, $p > 0,05$).

Tabela 4. Valores médios de intensidade de dor lombar

	n	Média da intensidade (Média \pm Desvio padrão)	p*
Amostra	125	3.5 \pm 1.82	
Masculino	15	3.6 \pm 1.92	NS†
Feminino	110	3.5 \pm 1.81	
Classe de idade	18-30	3.2 \pm 1.73	0.01**
	31-45	4.7 \pm 1.62	
	46-65	3.8 \pm 2.21	
Ocupação	Aluno	3.4 \pm 1.78	NS**
	Docente	4.2 \pm 1.99	
	Administrativo	4.0 \pm 2.00	
	Auxiliar	2.9 \pm 1.48	

* para um nível de significância de 0.05; † Teste *t-student* para amostras independentes; ** Teste de *Kruskal-Wallis*; NS- não significativo

3.4 Incapacidade (Roland-Morris)

Relativamente ao *score* total do *Roland-Morris* verificou-se uma incapacidade que apresenta uma mediana de 2.00, de intervalo [0.00;15.00], com um $P_{25} = 1.00$ e $P_{75} = 4.00$, correspondendo esta mediana a uma incapacidade ligeira. Em ambos os sexos assistimos a valores de mediana de 2.00, intervalo de [0.00;15.00], de referir que no sexo masculino temos $P_{25} = 2.00$ e $P_{75} = 3.00$, enquanto no feminino temos $P_{25} = 1.00$ e $P_{75} = 4.00$, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas (teste *Man-Whitney*, $p > 0,05$) (tabela 5). Na classe [18-30] verificamos uma incapacidade ligeira com uma mediana de 2.0 (0.0-15.0) e $P_{25} = 1.0$; $P_{75} = 3.0$, a classe [31-45] apresenta a incapacidade maior 4.5 (0.0-15.0) e $P_{25} = 2.0$; $P_{75} = 7.5$, no entanto ainda classificada como incapacidade ligeira. Por último a classe [46-65] apresenta uma mediana para a incapacidade (score total do *Roland-Morris*) de 3.5 (1.0-15.0), com $P_{25} = 2.0$; $P_{75} = 7.5$, sendo estas diferenças estatisticamente significativas (teste *Kruskal-Wallis*, $p < 0,05$) (tabela 5).

Tabela 5. Mediana do score total da Roland-Morris (RM)

	n	Mediana (valor mínimo-valor máximo)	p*
Amostra	125	2.0 (0.0-15.0)	-
Masculino	15	2.0 (0.0-15.0)	NS†
Feminino	110	2.0 (0.0-15.0)	
Classe de idades	18-30	2.0 (0.0-15.0)	0.001**
	31-45	4.5 (0.0-15.0)	
	46-65	3.5 (1.0-15.0)	
Ocupação	Aluno	2.0 (0.0-15.0)	0.001**
	Docente	4.0 (0.0-15.0)	
	Administrativo	4.0 (1.0- 9.0)	
	Auxiliar	7.5 (1.0-13.0)	

* para um nível de significância de 0.05; † Teste de *Man-Whitney*; ** Teste de *Kruskal-Wallis*; NS- não significativo

Na actividade ocupacional verifica-se uma mediana superior no pessoal auxiliar 7.5 (1.0-13.0), com $P_{25} = 2.0$; $P_{75} = 10.5$, tanto os docentes como os administrativos apresentaram igual mediana 4.0, no entanto com intervalos de (0.0-15.0) e (1.0- 9.0), e $P_{25} = 2.0$; $P_{75} = 5.0$, $P_{25} = 2.0$; $P_{75} = 6.0$ respectivamente. Os alunos registaram uma mediana de 2.0 (0.0-15.0), com $P_{25} = 1.0$; $P_{75} = 3.0$ sendo estas diferenças também estatisticamente significativas (teste *Kruskal-Wallis*, $p < 0,05$).

3.5 Correlações (Intensidade, Recorrência e Incapacidade)

Verificou-se existir correlação moderada entre intensidade da dor e recorrência, $\rho = 0.40$, e também entre a *Roland-Morris* e recorrência, $\rho = 0.30$ ambas significativas ($p = 0.001$) (tabela 6). Entre a intensidade da dor e a *Roland-Morris* a correlação foi já elevada, $\rho = 0.55$ e também significativa.

Tabela 6. Valores de correlação rho de Sperman

	n	Intensidade Da Dor	Recorrência	p*
Roland-Morris	125	0.55†	0.30†	0.001
Recorrência	125	0.40†	-	0.001

* para um nível de significância de 0.05 ; † Coeficiente de correlação de Sperman

4. DISCUSSÃO

Na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, aproximadamente 50% dos indivíduos teve dor lombar nas últimas quatro semanas. A prevalência elevada desta sintomatologia vem corroborar os estudos que a identificam como o problema músculo-esquelético mais comum, estimando-se que 60 a 80% dos indivíduos sejam afectados por uma crise no decorrer das suas vidas (DGS, 2004; McMahon et al, 2006). Contudo devem-se ter em conta as metodologias utilizadas nos diferentes estudos que por vezes tornam difícil a comparação dos valores encontrados (Loney and Stratford, 1999; Manek and MacGregorb, 2005).

As principais dificuldades surgem tanto na definição de conceitos (dor lombar, recorrência), como na tipologia dos mesmos. Este estudo optou por determinar a prevalência nas últimas 4 semanas, tendo por base um trabalho desenvolvido por Dionne et al, 2008 que procurou chegar a um consenso nas definições de dor lombar para estudos de prevalência.

Um estudo na população da Suécia, com uma amostra de indivíduos entre os 22 e os 59 anos, apresentou uma prevalência bastante inferior ao presente estudo, 23%, no entanto a prevalência referida foi a última semana, o que pode explicar estas diferenças (Reigo et al, 1999). Já na população Australiana demonstrou-se a existência de uma prevalência de 52.2% considerando o último mês (Walker et al, 2004).

Verificou-se na nossa população diferenças na prevalência da dor em relação aos sexos, superior no sexo feminino (51.89%), mesmo quando separada pelas classes etárias. O mesmo se verifica no estudo referido anteriormente, na população Australiana (55.0% para as mulheres e 50.1% nos homens. De destacar que a nossa população apresenta um n feminino muito superior ao n masculino (Walker et al, 2004).

A prevalência superior no sexo feminino, considerado como factor de risco (McMahon et al, 2006), poderá ser devido à realização de tarefas domésticas levando a uma sobrecarga repetida da zona lombar, sendo estas habitualmente efectuadas pelas mulheres no nosso país (Ponte, 2005). Existe ainda um maior stress psicológico sentido pelas mulheres associado à acumulação de tarefas extra-laborais (cuidar dos filhos, tratar da casa...) (Klussmann et al, 2008). Encontramos também uma intensidade média de dor superior neste género (Leboeuf-T et al, 2009). As mulheres parecem ser mais sensíveis à dor, por factores como a hipervigilância, pois estão habituadas a sentir dor durante toda a sua vida condicionada pela sua biologia (menstruação, parto), motivos pelos quais serão mais sensíveis à percepção dolorosa (Leboeuf-T et al, 2009).

Verificamos que nos alunos, cuja média de idades foi 20.73 (± 2.7) com min 18 e máx 42, a prevalência da dor lombar foi cerca de 50%, sendo superior a um estudo também em estudantes universitários, com média de idades 20.9 (± 2.7), em que se verificou uma prevalência de dor lombar de 32% (Brennan et al, 2007). Contudo o período de prevalência foi o último ano, e segundo alguns autores (Manek and MacGregorb, 2005; Dionne et al, 2008;) o indivíduo está mais susceptível a viéses de “evocação”. Talvez seja a razão pela qual o presente estudo apresente uma prevalência superior (Dionne et al, 2008). Numa população de estudantes de fisioterapia, a prevalência de dor lombar nas últimas 4 semanas foi de 44.4% (Nyland et al, 2003). Estes resultados demonstram a existência de conformidade com os valores encontrados no presente estudo, tendo em conta que a metodologia utilizada em ambos os estudos foi semelhante (Nyland et al, 2003).

Smith *et al*, 2007 aponta o facto de os estudantes passarem muitas horas em frente ao computador, poder estar na origem da sintomatologia referida, o que nos leva a equacionar esta hipótese também para a nossa população. De referir que o período de realização do estudo foi coincidente com o final do ano, aumentando o volume quer de trabalhos a realizar, quer tempo de estudo, com os problemas que advém de posturas mantidas.

Na classe dos docentes a prevalência de dor lombar foi 36.5%, para uma média de idades 37.7 (± 8.63) cujo mínimo foi 22 e máximo 57, o que vem de encontro a um estudo realizado na Alemanha, em que a prevalência lá foi de 32%, para um período de uma semana. Segundo estes dados e para estes autores, é considerado um baixo risco de poder desenvolver dor lombar (Schneider et al, 2006).

A classe administrativa apresentou uma prevalência também elevada, 55.0%, cm média de idades 39.3 (± 9.89), o que pode ser justificado por estes passarem muito tempo na mesma postura, e executarem tarefas com o tronco em flexão e/ou rotação (Hoogendoorn et al, 2002). Levando na maioria dos casos a uma sobrecarga ou má utilização das estruturas raquidianas e paravertebrais aumentando a probabilidade de apresentar sintomatologia músculo-esquelética (DGS, 2004).

A prevalência nos auxiliares foi 27.3%, cuja média de idades foi 44.0 (± 10.08) com mínimo de 26 anos e máximo de 59, poderá ser associada a actividades que exijam esforços consideráveis, como o levantar de cargas, bem como as posturas estáticas quer de pé quer sentado (Hoogendoorn et al, 2002).

Relativamente à prevalência por classes etárias, neste estudo verificou-se que foi na [18-30] que se assistiu a uma prevalência superior, diminuindo ao longo da idade, relação também encontrada noutros estudos (Nagasu et al, 2007) atingindo o pico na classe dos 49-65 anos (Ponte, 2005).

Numa revisão sistemática de Dionne et al, 2006 a prevalência da dor lombar mais ligeira tende a diminuir com a idade, no entanto os episódios mais severos (maior intensidade e incapacidade) tendem a aumentar, o que é encontrado no presente estudo, em que assistimos a uma intensidade média de dor superior na classe [31-45] e [46-65] em relação à classe [18-30].

Este aumento quer na prevalência, quer na intensidade da dor, foi acompanhado por um aumento na incapacidade relatada. A classe [31-45] e [46-65] apresentou medianas de score total da *Roland-Morris* de 4.5 e 3.5 respectivamente, superiores à classe [18-30] o que está de acordo com a revisão referida anteriormente.

Na população da ESTSP, 68.8% dos indivíduos com dor lombar referiram ter mais do que um episódio nas últimas 4 semanas, apesar da intensidade da dor ter sido ligeira. Estudos apontam que a história de um episódio de dor lombar anterior tem um efeito preditivo na recorrência da dor lombar, bem como a sua evolução para a cronicidade e incapacidade (Maul et al, 2003; Hestbaek et al, 2006) o que é reforçado pela correlação verificada entre a *Roland-Morris* e a recorrência, que apesar de baixa é significativa ($\rho = 0.3$, $p < 0.05$). Segundo McMahon et al, 2006 a maioria dos pacientes com dor lombar, tiveram experiência de um episódio anterior, sendo também comum episódios de exacerbação. Demonstrou-se neste estudo que 75.9% dos indivíduos tiveram entre 1 a 5 episódios, e de realçar também que 10.3% teve de 26 a 30 episódios. Nas últimas 4 semanas 93.6% dos indivíduos com sintomatologia dolorosa apresentaram dor aguda, assim convém estar alerta de forma a adoptar medidas de prevenção evitando a evolução para situações crónicas.

O conhecimento da prevalência da sintomatologia não é por si só suficiente para aferir o impacto na vida do indivíduo, torna-se assim importante quantificar a incapacidade funcional decorrente (Nyiendo et al, 2001).

No presente estudo verifica-se uma incapacidade baixa, com uma mediana para a população de 2.00 (valor mínimo de 0 e máximo de 15), no entanto foi na classe [31-45] que a incapacidade teve valores mais elevados 4.5 (0.0-15.0), verificou-se uma correlação moderada com a intensidade de dor ($\rho = 0.55$, $p < 0.05$) que nesta classe foi 4.7 ± 1.62 . Num estudo de Swinkels-Meewisse *et al*, 2006 esta correlação já não foi tão alta (0.34). De ressaltar que apesar de os auxiliares apresentarem a média de dor mais baixa, perceberam maior incapacidade funcional o que apontará para tarefas mais cansativas e exigentes (Elders et al, 2001).

5. CONCLUSÃO

A prevalência de dor lombar nos indivíduos da ESTSP foi 50%, dos quais 15% apresenta causa conhecida. Esta prevalência na nossa amostra foi superior no sexo feminino, na classe de idades dos 16 aos 30 anos, e nos administrativos. Os valores de incapacidade obtidos revelaram uma incapacidade ligeira, em todas as classes de idades e ocupações, bem como em ambos os sexos, com destaque somente para uma maior incapacidade nos auxiliares. A intensidade da dor lombar foi classificada em dor ligeira. Foi ainda encontrada relação entre a intensidade da dor e a incapacidade, intensidade da dor e recorrência, e também entre recorrência e incapacidade.

6. BIBLIOGRAFIA

- Brennan, G., Shafat, A., Donncha, C.M., & Vekins, C. (2007). Lower back pain in physically demanding college academic programs: a questionnaire based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8,67.
- Burton, A.K., Balagué, F., Cardon, G., Eriksen, H.R., Henrotin, Y., Lahad, A., *et al*. (2006). European guidelines for prevention in low back pain. *Eur Spine J*, 15(2),136–168.
- 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),81-90.
- Daele, U., Huyvaert, S., Hagman, F., Duquet, W., Gheluwe, B., & Vaes, P. (2007). Reproducibility of postural control measurement during unstable sitting in low back pain patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8,44.
- DGS. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Direcção Geral de Saúde*.
- DGS. (2004). Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas. *Direcção Geral de Saúde*.
- Dionne, C.E., Dunn, K.M., & Croft, P.R. (2006). Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age and Ageing*; 35,229–234.
- Dionne, C.E., Dunn, K.M., Croft, P.R., Nachemson, A.L., Buchbinder, R., Walker, B.F., *et al*. (2008). A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies. *Spine*, 33(1), 95–103.

- Ehrlich, G.E. (2003). Low back pain. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(9).
- Elders, I., & Burdorf, A. (2001). Interrelations of risk factors and low back pain in scaffolders. *Occup Environ Med*, 58,597–603.
- Fernandes, R., Ferreira, S., Almeida, S., & Cruz, E. (2006). Intervenção em utentes com Dor Lombar Crónica: Estudo de Caso Múltiplo com Uteses com Dor Lombar Crónica. *ESSFISIONLINE*, 2(3),27-5..
- Henschke, N., Maher, C., Refshauge, K., Das, A., & McAuley, J. (2007). Low back pain research priorities: a survey of primary care practitioners. *BMC Family Practice*, 8,40.
- Hestbaek, L., Leboeuf-Y, C., Kyvik, K. (2006). Is comorbidity in adolescence a predictor for adult low back pain? A prospective study of a young population. *BMC Musculoskeletal Disorders*,7,29.
- Hodges, P., Hoorn, W., Dawson, A., & Cholewicki, J. (2009). Changes in the mechanical properties of the trunk in low back pain may be associated with recurrence. *Journal of Biomechanics*, 42,61–66.
- Hoogendoorn, W., Bongers, P., Vet, H., Ariëns, G., Mechelen, W., & Bouter, L. (2002). High physical work load and low job satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. *Occup Environ Med*, 59, 323–328.
- Koes, B.W., van Tulder, M.W., & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ JUNE*, 332.
- Kulig, K., Powers, C., Landel, R., Chen, H., Fredericson, M., Guillet, M., *et al.* (2007). Segmental lumbar mobility in individuals with low back pain: in vivo assessment during manual and self-imposed motion using dynamic MRI. *BMC Musculoskeletal Disorders*,8,8.
- Leboeuf-T, C., Nielsen, J., Kyvik, K., Fejer, R., & Hartvigsen, J. (2009). Pain in the lumbar, thoracic or cervical regions: do age and gender matter? A population-based study of 34,902 Danish twins 20-71 years of age. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10 (39),1-12.
- Loney, P., & Stratford, P. (1999). The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature. *Physical Therapy*, 79(4), 384-396.
- Marras, W.S., Ferguson, S.A., Burr, D., Schabo, P., & Maronitis, A. (2007). Low Back Pain Recurrence in Occupational Environments. *SPINE*, 32 (21), 2387–2397.
- Maul, I., Läubli, T., Klipstein, A., & Krueger, H. (2003). Course of low back pain among nurses: a longitudinal study across eight years. *Occup Environ Med*,60,497–503.
- Manek, N.J., & MacGregorb, A.J. (2005). Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors, and prognosis. *Current Opinion in Rheumatology* ,17,134-140.
- McMahon, S., & Koltzenburg, (2006). *M. Wall & Melzack's Textbook of Pain* (5ª edição). Livingstone: Elsevier Churchill.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *IASP Classification of Chronic Pain* (2ª edição). Seattle: IASP Press.
- Nagasu, M., Sakai, K., Ito, A., Tomita, S., Temmyo, Y., Ueno, M., *et al.* (2007). Prevalence and risk factors for low back pain among Professional cooks working in school lunch services. *BMC Public Health*,7,171.
- Nyiendo, J., Haas, M., Goldberg, B., & Sexton, G. (2001). Pain, Disability, and Satisfaction outcomes and Predictors of Outcomes: A Practice-based Study of Chronic Low Back Pain Attending Primary Care and Chiropractic Physicians. *Journal of Manipulative and Physiology Therapeutics*, 24(7),433-439.
- Nyland, L.J., & Grimmer, K.A. (2003). Is undergraduate physiotherapy study a risk factor for low back pain? A prevalence study of LBP in physiotherapy students. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 4:22.
- Pestana, M.H., & Gagueiro, J.N. (2005). *Análise Estatística de dados para ciências sociais – a complementariedade do SPSS* (4ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ponte, C. (2005). Lombalgia em cuidados de saúde primários. Sua relação com características sociodemográficas. *Rev Port Clin Geral*, 21,259-67.
- Reigo, T., Timpka, T., & Tropp, H. (1999). The epidemiology of back pain in vocational age groups. *Scand J Prim Health Care*, 17,17-21.
- Roland, M., & Morris, R. (1983). A study of the natural history of back pain. *Spine*; 8(2),141-144.
- Schneider, S., Lipinski, S., & Schiltenswolf, M. (2006). Occupations associated with a high risk of self-reported back pain: representative outcomes of a back pain prevalence study in the Federal Republic of Germany. *Eur Spine J*, 15, 821–833.
- Simeonsson, R.J., Lollar, D., Hollowell, J., & Adams, M. (2000). Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps Developmental issues. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53,113–124.
- Smith, D.R., & Leggat, P.A. (2007). Prevalence and Distribution of Musculoskeletal Pain Among Australian Medical Students. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 15(4),39-46.
- Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., Gil del Real, M.T., Hutchinson, A., *et al.* (2006). European Guidelines For The Management Of Acute Nonspecific Low Back Pain In Primary Care. *Eur Spine J*, 15 (2), S169–S191.
- Van Klussmann, A., Gebhardt, H., Liebers, F., & Rieger, M. (2008). Musculoskeletal symptoms of the upper extremities and the neck: a cross-sectional study on prevalence and symptom-predicting factors at visual display terminal (VDT) workstations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9, 96.
- Walker, B.F., Muller, R., & Grant, W.D. (2004). Low Back Pain in Australian Adults. Prevalence and Associated Disability. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*,27(4), 238-244.