

# Dor Lombar na Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Um estudo de Prevalência

Círia Sousa <sup>1</sup>; Cristina Mesquita <sup>2</sup>; Andreia Sousa <sup>3</sup>

## Abstract

**Objective:** To determine the prevalence of self-reported back pain in the last four weeks, distinguishing the known cause of pain with nonspecific, individuals in the Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) and find correlation with the degree of disability in symptomatic individuals. **Methods:** 249 Individuals (students, teachers, administrative and teacher's assistants), 37 males and 212 females, with average of age 29,6 ( $\pm 11.0$ ) and 25,4 ( $\pm 9.67$ ) respectively. This was a quantitative observacional, analytical and transversal study. The instruments used were a questionnaire to characterize the sample and variable low back pain (duration, recurrence, intensity-Visual Analogue Scale (VAS)), and the Roland-Morris questionnaire (disability). Statistical analysis was descriptive and inferential statistics, a significance level  $\alpha = 0.05$ . **Results:** The prevalence in ESTSP was 50.2% (n = 125), of which 15.2% (n = 19) with specific cause stated. The prevalence was higher in females (51.9%) in the class [18-30] (51.1%) and administrative (55.0%). The intensity was 3.5 ( $\pm 1.82$ ), and the median disability was 2.00 with range [0.00; 15.00]. There was a correlation between pain intensity and recurrence ( $\rho = 0.40$ ), disability and recurrence ( $\rho = 0.30$ ) and pain intensity and disability ( $\rho = 0.55$ ),  $p = 0.001$ . **Conclusions:** The prevalence of back pain in ESTSP was 50%, this knowledge allows us to evaluate their social impact in terms of costs and disability, which could increase the resources for research. The relationship between pain intensity and disability, pain intensity and recurrence and between recurrence and disability allows the perception of absenteeism caused by this condition.

**Keywords:** *Disability, Intensity, Low back pain, Prevalence.*

<sup>1</sup>Hospital de S. Martinho Valongo;

<sup>2,3</sup>Área Científica de Fisioterapia - Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto

Correspondência: [ciriasousa@msn.com](mailto:ciriasousa@msn.com)

## 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 compreensão, as implicações ou limitações decorrentes da dor lombar continuam a aumentar na sociedade atual (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, pois só uma minoria apresenta relação direta 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 (inespecífica), 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 multifatorial. 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 subagudo (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 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 reflete não só a nível físico mas também psicossocial (McMahon et al., 2006; Koes et al., 2006). A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação basicamente subjetiva, variando sua apreciação de indivíduo para indivíduo” (Merskey & Bogduk, 1994). Existe um conjunto de fatores 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 et al., 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 atividade 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).

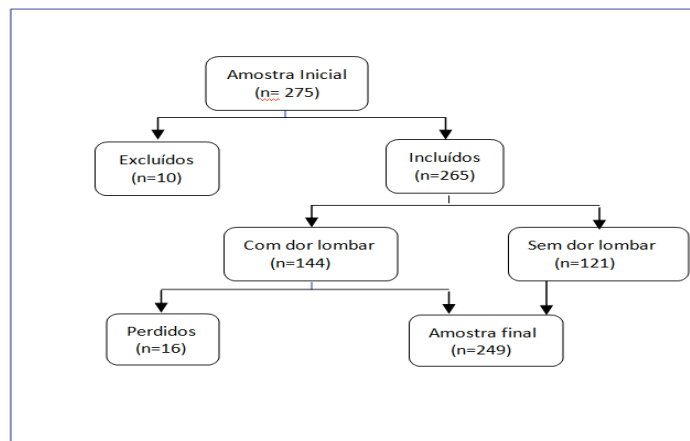
Poucos são ainda os estudos de prevalência em Portugal, uma vez que a maioria dos estudos realizados sobre a dor lombar avaliam essencialmente o tratamento (Ponte, 2005). Este estudo surgiu com o intuito de determinar a prevalência da dor lombar, distinguindo a dor com causa conhecida da inespecífica,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

## Metodologia

### Amostra

A amostra foi obtida a partir da população da ESTSP (N=2053), realizando o cálculo do n representativo (n=275) através da fórmula estatística (anexo 1), seguido de uma aleatorização para seleção dos indivíduos. Entre as aplicações dos dois questionários foram perdidos 16 indivíduos por não regresso dos questionários entregues na segunda fase. A amostra final ficou constituída por 249 indivíduos, dos quais 37 do género masculino e 212 do feminino, com média de idade 29,6 ( $\pm 11,0$ ) e 25,4 ( $\pm 9,67$ ) respetivamente, englobando quer alunos, docentes, administrativos e auxiliares (figura 1). As idades dos indivíduos variaram entre 18 e 59, com uma idade média de 26,0 ( $\pm 9,98$ ). O estudo realizado foi do tipo quantitativo observacional, analítico e transversal.

Figura 1- Seleção da amostra



### Crítérios de Inclusão

Indivíduos da ESTSP (alunos, docentes, administrativos e auxiliares).

### Crítérios de exclusão

Não foram excluídos indivíduos à participação no estudo, houve no entanto a distinção entre indivíduos com dor lombar específica da inespecífica. Foi considerado dor lombar específica quando declarada pelos indivíduos história de: tumor maligno, infeção espinal, fratura vertebral, 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).

Tabela 1 - Distribuição da amostra pela ocupação e pelo gênero

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

### Instrumentos

Foi utilizado um questionário construído pelos autores, cuja distinção entre dor lombar específica da inespecífica teve por base a bibliografia, incluindo no mesmo a EVA. 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 10 a classificação “dor Máxima” (DGS, 2003). O questionário tinha como objetivo determinar a prevalência da dor lombar (pela questão “Teve dores ao fundo das costas nas ultimas 4 semanas?”, acompanhada por um diagrama da área lombar), bem como a caracterização dos indivíduos pertencentes ao estudo e a caracterização da variável, nomeadamente a sua duração (através da questão “A sua dor ao fundo das costas quando surge permanece: menos de 6 semanas, de 6 a 12 semanas, mais de 12 semanas”) e recorrência (“teve mais do que um episódio de dores ao fundo das costas durante esse período?”).

As questões do questionário relativas à caracterização da dor lombar (duração, intensidade e recorrência), 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 o questionário de *Roland-Morris* validado para a população portuguesa (Monteiro, Faísca, Nunes & Hipólito, 2010)– com um valor de ICC de 0,86 e um  $\alpha$  (alfa) de Cronbach de 0,81. O questionário de *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).

### Procedimentos

Após pedido à direção da ESTSP e posterior despacho positivo deu-se início ao estudo. A implementação do estudo passou por dois momentos durante os meses de Maio e Junho de 2009, com diferença temporal de um mês entre a aplicação do primeiro e segundo questionário. O primeiro em que procedemos à passagem dos questionários de caracterização da amostra, e o segundo em que, após identificação dos indivíduos com sintomatologia dolorosa preenchessem o questionário de *Roland-Morris*. Os indivíduos que aceitaram participar no presente estudo, foram informados dos objetivos 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, que teve como amostra uma turma de radiologia do 2<sup>a</sup> ano da ESTSP com 15 indivíduos. Foi requerido aos participantes que preenchessem o questionário elaborado pelos investigadores para caracterização e seleção da amostra. Durante o seu preenchimento foi solicitado que referissem quaisquer dúvidas que surgissem no preenchimento e que fizessem sugestões que considerassem úteis para melhorar a estrutura do mesmo. Como alguns dados do questionário iam ser utilizados não só para caracterizar a amostra, mas também para caracterizar a variável dor lombar foi necessário passar o questionário a estes participantes uma segunda vez, dez dias após a primeira aplicação. Tendo em conta as dificuldades que surgiram ao longo do estudo piloto, as sugestões que foram propostas pelos participantes, e a passagem por um painel de peritos, o questionário de caracterização da amostra foi modificado para a versão final.

### Análise Estatística

A caracterização da amostra foi efetuada 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, o Mann-Whitney e o *Kruskal-Wallis* quando este pressuposto não foi cumprido, para duas ou mais amostras respetivamente. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para calcular a correlação existente entre a intensidade da dor e o score total do *Roland-Morris*, *Roland-Morris* e Recorrência, e Recorrência e Intensidade (Pestana & 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 & Gagueiro, 2005).

**Resultados**

**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 ( $\chi^2$ ,  $p > 0,05$ ). 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 subseqüentes, contudo estas diferenças também não são estatisticamente diferentes ( $\chi^2$ ,  $p > 0,05$ ).

Em relação à atividade 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, respetivamente 36,6 e 27,3% (tabela 2), no entanto não foi possível estabelecer associação entre atividade ocupacional e dor ( $\chi^2$ ,  $p > 0,05$ ).

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

		n	Prevalencia (%)	p *†
Amostra Total		249	50,2	
Sexo	Masculino	37	40,5	NS
	Feminino	212	51,9	
Classes 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 ( $\chi^2$ ); † Para um nível de significância de 0,05; NS- não significativo

**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 do 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 subaguda, e 3,2 % dor crónica.

### Intensidade da dor

Nos indivíduos com sintomatologia dolorosa, esta apresenta uma intensidade média de 3,5 ( $\pm 1,82$ ) (tabela 4), o que é considerado pela Direção 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 ( $\pm 1,67$ ) (n=15) e o sexo feminino 3,5  $\pm 1,81$  (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 ( $\pm 1,62$ ) (n=18), no entanto com classificação ainda em dor moderada, sendo na classe [16-30] que a dor apresenta intensidade mais baixa 3,2 ( $\pm 1,73$ ) (n=97), sendo estas diferenças estatisticamente significativas (teste *Kruskal-Wallis*,  $p < 0,05$ ). Na ocupação a intensidade foi superior nos docentes 4,2 ( $\pm 1,99$ ), seguidos pelos administrativos 4,0 ( $\pm 2,00$ ). 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	
Sexo	Masculino	15	3,6 $\pm$ 1,92	NS†
	Feminino	110	3,5 $\pm$ 1,81	
Classes de Idades	18-30	97	3,2 $\pm$ 1,73	0,01**
	31-45	18	4,7 $\pm$ 1,62	
	46-65	10	3,8 $\pm$ 2,21	
Ocupação	Aluno	91	3,4 $\pm$ 1,78	NS**
	Docente	15	4,2 $\pm$ 1,99	
	Administrativo	11	4,0 $\pm$ 2,00	
	Auxiliar	8	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

### Incapacidade (Roland-Morris)

Relativamente ao *score* total do questionário *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 *Mann-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).

Na atividade 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  $P_{25}= 2,0$ ;  $P_{75}= 5,0$ ,  $P_{25}= 2,0$ ;  $P_{75}= 6,0$  respetivamente. 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*,  $p < 0,05$ ).

### Correlações (Intensidade, Recorrência e Incapacidade)

Verificou-se existir correlação moderada entre intensidade da dor e recorrência,  $\rho = 0,40$ , e também entre o *Roland-Morris* e recorrência,  $\rho = 0,30$  ambas significativas ( $p=0,001$ ) (tabela 6). Entre a intensidade da dor e o *Roland-Morris* a correlação foi já elevada,  $\rho = 0,55$  e também significativa.

**Tabela 5** - Mediana do score total do questionário *Roland-Morris* (RM)

		n	Mediana (valor mínimo - valor máximo)	p*
Amostra		125	2,0 (0,0-15,0)	
Sexo	Masculino	15	2,0 (0,0-15,0)	NS†
	Feminino	110	2,0 (0,0-15,0)	
Classes de Idades	18-30	97	2,0 (0,0-15,0)	0,001**
	31-45	18	4,5 (0,0-15,0)	
	46-65	10	3,5 (1,0-15,0)	
Ocupação	Aluno	91	2,0 (0,0-15,0)	0,001**
	Docente	15	4,0 (0,0-15,0)	
	Administrativo	11	4,0 (1,0- 9,0)	
	Auxiliar	8	7,5 (1,0-13,0)	

\* para um nível de significância de 0,05; †Teste de Mann-Whitney; \*\* Teste de Kruskal-Wallis; NS- não significativo

**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*

### Discussão

Na ESTSP, 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 afetados 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 tornando por vezes difícil a comparação dos valores encontrados (Loney & Stratford, 1999; Manek & 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 com uma amostra representativa da população da Suécia em idade laboral, com 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). Numa amostra representativa da Austrália 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, enquanto na população australiana a percentagem de mulheres é apenas ligeiramente superior (Walker et al., 2004).

A prevalência superior no sexo feminino, considerado como fator 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 efetuadas pelas mulheres no nosso país (Ponte, 2005). Encontramos também uma intensidade média de dor superior neste género (Leboeuf-T et al., 2009). As mulheres parecem ser mais sensíveis à dor, por fatores 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), 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 & MacGregorb, 2005; Dionne et al., 2008) o indivíduo está mais suscetível 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 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 ( $\pm 8,63$ ) 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%, com média de idades 39,3 ( $\pm 9,89$ ), 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 ( $\pm 10,08$ ) com mínimo de 26 anos e máximo de 59, poderá ser associada a atividades 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 do *Roland-Morris* de 4,5 e 3,5 respetivamente, 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 adotar 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  $4,7 \pm 1,62$ . 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, percecionaram maior incapacidade funcional o que apontará para tarefas mais cansativas e exigentes (Elders et al., 2001).

De atentar no entanto que a aplicação do questionário que aferiu tanto a prevalência como a intensidade da dor não foi simultâneo com o questionário de *Roland-Morris*, o que poderá ter condicionado a perceção do indivíduo da sua incapacidade um mês após a primeira recolha. É ainda importante referir que apesar de o período para determinar a prevalência da dor lombar ter sido curto, as características deste estudo não nos permitem avaliar a incapacidade do indivíduo no momento em que a dor lombar está presente.

## Conclusão

A prevalência de dor lombar nos indivíduos da ESTSP foi 50%, dos quais 15% apresenta causa conhecida. Esta prevalência foi superior no sexo feminino, na classe de idades dos 16 aos 30 anos, e nos administrativos. Os valores de incapacidade e intensidade da dor obtidos foram classificados em ligeiros, no entanto convém realçar novamente a faixa etária extremamente jovem da nossa população.

O conhecimento da prevalência da dor lombar permite avaliar corretamente o seu impacto social em termos de custos e incapacidade, possibilitando o aumento de fundos para a investigação da dor lombar e obtenção de um melhor diagnóstico e intervenção nesta condição dolorosa.

Foi ainda encontrada relação entre a intensidade da dor e a incapacidade, intensidade da dor e recorrência, e também entre recorrência e incapacidade. A perceção do absentismo laboral causado pela dor lombar poderá facilitar uma maior consciencialização dos potenciais benefícios de medidas preventivas na nossa sociedade

## Bibliografia

- Brennan, G, Shafat, A, Donncha, CM, & Vekins, C. (2007). Lower back pain in physically demanding college academic programs: a questionnaire based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8,67.
- Burton, AK, Balagué, F, Cardon, G, Eriksen, HR, 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, CE, Dunn, KM, & Croft, PR. (2006). Does back pain prevalence really decrease with increasing age? A systematic review. *Age and Ageing*; 35,229–234.
- Dionne, CE, Dunn, KM, Croft, PR, Nachemson, AL, Buchbinder, R, Walker, BF, et al. (2008). A Consensus Approach Toward the Standardization of Back Pain Definitions for Use in Prevalence Studies. *Spine*, 33(1), 95–103.
- Ehrlich, GE. (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. *Essfisioline*, 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, BW, van Tulder, MW, & 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, WS, Ferguson, SA., 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, NJ, & MacGregorb, AJ. (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.
- Monteiro, J, Faisca, L, Nunes, O, Hipólito, J. (2010). Questionário de Incapacidade de Roland Morris. Adaptação e Validação para os Doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia. *Acta Medica Portuguesa*, 23, 761-766
- 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, LJ, & Grimmer, KA. (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.
- Schneider, S, Lipinski, S, & Schiltewolf, 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, RJ, 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, DR, & Leggat, PA. (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, MT, 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, BF, Muller, R, & Grant, WD. (2004). Low Back Pain in Australian Adults. Prevalence and Associated Disability. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 27(4), 238-244.