

LUIZ ARMANDO VIDAL RAMOS

**Prevalência de dor lombar em idosos da cidade de Macapá-
Amapá**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Amélia Pasqual Marques

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Ramos, Luiz Armando Vidal
Prevalência de dor lombar em idosos da cidade de
Macapá-Amapá / Luiz Armando Vidal Ramos. -- São
Paulo, 2021.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências da Reabilitação.
Orientadora: Amélia Pasqual Marques.

Descritores: 1.Prevalência 2.Dor lombar
3.Incapacidade funcional 4.Idoso

USP/FM/DBD-064/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Agradeço em primeiro lugar a DEUS, que foi meu maior porto seguro ao final desta árdua jornada.

A Profa. Dra. Amélia Pasqual Marques pela oportunidade da realização de um sonho, se tornando não apenas orientadora, mas uma mãe ao longo desses anos. Muito obrigado pelos ensinamentos e carinho.

Aos meus pais, Deuzalina Mira Vidal e Luiz Armando Nunes Ramos que além de serem a razão da minha existência, sempre foram e serão um exemplo de coragem, determinação, perseverança, retidão e amor.

Ao meu saudoso avô Antônio Picanço pelas palavras de incentivo e carinho.

Aos meus irmãos Luiz Patrick, Sabrina Vidal, Geziel Ramos, tios e tias, avôs e avós, primos e primas, ou seja, todos os meus familiares que sempre estiveram me apoiando e foram indispensáveis neste processo.

Aos meus Amores, Keylane Arruda Lobato (esposa) e Maria Clara Paiva da Silva (filha), que compartilharam comigo momentos de alegria e dificuldade ao longo desses anos.

AGRADECIMENTOS

Aos amigos do laboratório, Mateus Antunes, Anice Passaro, Luciana Matsutani, Susan Yuan e Adriana Sousa, que estiveram ao meu lado nessa nova jornada, tornando-os maravilhosos e inesquecíveis.

Agradeço a grande amiga e companheira que me auxiliou nas avaliações e análises durante o Doutorado, Ingrid Merllin Batista de Souza, por compartilhar seus momentos de alegria e conhecimento.

Aos idosos voluntários que participaram das avaliações com dedicação, e confiaram neste trabalho.

E a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste estudo científico, e que por ventura não foram contemplados nestes singelos agradecimentos.

"O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001".

Esta Tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma do processo de amostragem

21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas dos (n=561) idosos.	13
Tabela 2. Características clínicas e comportamentais dos (n=561) Idosos.	14
Tabela 3. Dados da Prevalência de dor lombar, incapacidade funcional e intensidade da dor (n=503) dos idosos.	16
Tabela 4. Frequência absoluta e relativa e associação por sexo da incapacidade funcional (n=503) idosos com dor lombar.	17
Tabela 5. Associação entre as características sociodemográficas com a intensidade da dor e incapacidade funcional dos idosos (n=503).	19
Tabela 6. Associação entre as características clínicas e comportamentais com a intensidade da dor e incapacidade funcional dos idosos com dor lombar (n=503).	21
Tabela 7. Comparação entre grupos das características sociodemográficas dos 503 idosos.	23
Tabela 8. Comparação entre grupos das características clínicas e comportamentais dos 503 idosos.	24
Tabela 9. Correlação entre as variáveis atividade física, idade, IMC, escolaridade e renda individual (n=503) idosos.	25
Tabela 10. Modelo logístico entre as variáveis sexo, idade, IMC, raça, renda, atividade física e grau de escolaridade dos idosos com dor lombar.	26

LISTA DE SIGLAS

DL – Dor lombar

OMS – Organização Mundial de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SNC – Sistema Nervoso Central

DP – Desvio padrão

AVD – Atividade de vida diária

IC – Intervalo de confiança

IMC – Índice de massa corpórea

IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Justificativa	5
1.2 Objetivos	6
2. CASUÍSTICA E MÉTODOS	6
2.1 Tipo de estudo	6
2.2 Amostra	6
2.3 Cálculo amostral	8
2.4 Avaliação	8
2.4.1 Procedimento de coleta	10
2.4.2 Desfechos Primários	11
2.5 Análise estatística	11
3. RESULTADOS	12
4. DISCUSSÃO	27
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	35
6. IMPLICAÇÕES CLÍNICAS	35
7. CONCLUSÃO	35
8. REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	

RESUMO

Ramos LAV. *Prevalência de dor lombar em idosos da cidade de Macapá, Amapá* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

Introdução: A dor lombar (DL) é um importante problema de saúde com grandes consequências do ponto de vista socioeconômico e está associada a altos custos para o sistema de saúde. A prevalência de dor lombar na população adulta reporta uma estimativa variando entre 11 a 84% durante toda a vida, nos últimos 12 meses entre 22 a 65% e a prevalência pontual entre 12 e 33%. A Organização Mundial de Saúde relata que a população acima de 60 anos é a que mais cresce e o Brasil em 2025 irá ocupar a sexta colocação em número de idosos no mundo.

Objetivo: Mensurar a prevalência de dor lombar e avaliar a intensidade da dor e o nível de incapacidade funcional em idosos residentes da cidade de Macapá, Amapá. **Método:** A amostra foi constituída por 561 idosos residentes de Macapá, de ambos os sexos. Foram aplicados questionários que abordaram variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, ocupacionais, antropométricas e emocionais. Os desfechos primários foram: prevalência de dor lombar pontual e nos últimos 365 dias, intensidade da dor e incapacidade funcional. Os desfechos secundários: nível de atividade física, Índice de Massa Corpórea (IMC), doenças autorreferidas, anos de estudo, renda individual, classificação da saúde, atividade ocupacional e nível emocional. A coleta de dados ocorreu no período de junho de 2017 a junho de 2018. O nível de significância estabelecido foi de 5%.

Resultados: A prevalência de DL pontual foi de 87,4%; (IC 95% 85,6-89,3) e a prevalência nos últimos 365 dias 82,5%; (IC 95% 80,7-84,3). A média da intensidade de dor foi $7,4 \pm 0,9$ e a incapacidade funcional 97,2% ambas consideradas altas. Nos desfechos primários foi encontrada diferença estatisticamente significativa na intensidade da DL e incapacidade funcional, assim como, nos desfechos secundários anos de estudo ($p = 0,025$; $p = 0,038$), IMC ($p = 0,023$; $p = 0,003$), percepção da saúde ($p = 0,008$; $p = 0,003$) e nível emocional ($p = 0,039$; $p = 0,004$). Os desfechos situação conjugal ($p = 0,010$), hipertensão arterial ($p = 0,014$), atividade física ($p = 0,001$), tabagismo ($p = 0,000$) e consumo de álcool ($p = 0,023$) foram estatisticamente significantes no nível incapacidade funcional. **Conclusão:** A prevalência de dor lombar pontual e nos últimos 365 dias foi alta, assim como a intensidade de dor e incapacidade funcional. Houve associação entre os fatores clínicos e demográficos com a intensidade de dor e incapacidade funcional nos idosos com dor lombar.

Descritores: Prevalência; Dor lombar; Incapacidade funcional; Idoso.

ABSTRACT

Ramos LAV. *Prevalence of low back pain in the elderly in the city of Macapá, Amapá* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

Introduction: Low back pain (DL) is an important health problem with major socioeconomic consequences and is associated with high costs for the health system. The prevalence of low back pain in the adult population reports a lifetime prevalence estimate ranging from 11 to 84%, in the last 12 months between 22 to 65% and the point prevalence estimate was estimated between 12 and 33%. The World Health Organization reports that the population over 60 years is the fastest growing and Brazil in 2025 will occupy the sixth place in the number of elderly people in the world. **Objective:** To measure the prevalence of low back pain and evaluate the intensity of pain and the level of functional disability in elderly residents of the city of Macapá, Amapá. **Method:** The sample consisted of 561 elderly residents of Macapá, of both sexes. Questionnaires were applied that addressed demographic, socioeconomic, behavioral, occupational, anthropometric and emotional variables. The primary outcomes were: prevalence of punctual and low back pain in the last 365 days, pain intensity and functional disability. Secondary outcomes: level of physical activity, Body Mass Index (BMI), self-reported diseases, years of study, individual income, health classification, occupational activity and emotional level. Data collection took place from June 2017 to June 2018. The level of significance was set at 5%. **Results:** The prevalence of punctual DL was 87.4% (95% CI 85.6-89.3) and the prevalence in the last 365 days 82.5%; (95% CI 80.7-84.3). The average pain intensity was 7.4 ± 0.9 and functional disability 97.2% both considered high. In the primary outcomes, a statistically significant difference was found between the elderly in the intensity of DL and functional disability, as well as, in the secondary outcomes, years of study ($p = 0.025$; $p = 0.038$), BMI ($p = 0.023$; $p = 0.003$), perception health ($p = 0.008$; $p = 0.003$) and emotional level ($p = 0.039$; $p = 0.004$). The outcomes marital status ($p = 0.010$), hypertension ($p = 0.014$), physical activity ($p = 0.001$), smoking ($p = 0.000$) and alcohol consumption ($p = 0.023$) were statistically significant at the level of functional disability. **Conclusion:** The prevalence of punctual low back pain in the last 365 days was high, as well as the intensity of pain and functional disability. There was an association between clinical and demographic factors with the intensity of pain and functional disability in the elderly with low back pain.

Descriptors: Prevalence; Low back pain; Functional disability; Elderly.

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa brasileira está ocorrendo em um nível sem precedentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que a população acima de 60 anos é a que mais cresce, e o Brasil em 2025 irá ocupar a sexta colocação em número de idosos no mundo. Há um século, o brasileiro vivia em média 40 anos e nos dias atuais vive 74, e as projeções revelam uma média de vida de 80 anos para 2050^{1,2}.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que em 2002 os idosos correspondiam a 9,3% da população brasileira, 10,5% em 2007, 8,6% em 2009, levantando a possibilidade de que, em 2020, o Brasil terá 25 milhões de idosos, ou seja, 11,4% da população estimada e, assim, tornar o fenômeno da população envelhecida uma realidade³.

A dor lombar (DL) pode ser definida como dor ou desconforto entre as margens costais e prega glútea inferior com ou sem irradiação para os membros inferiores⁴. É uma das seis condições de saúde mais frequentes encontradas em países desenvolvidos e no Brasil esse sintoma é a segunda condição crônica mais prevalente, atrás apenas da hipertensão arterial sistêmica⁵.

Estudos sobre prevalência de DL em idosos são escassos. Revisão sistemática realizada por Bressler et al⁶ aponta que há grande variabilidade nos estudos de prevalência e salienta que as comorbidades nos idosos podem contribuir para estes resultados. No Brasil estudos sobre prevalência da dor lombar abordam a população em geral ou populações específicas como professores⁶, caminhoneiros⁷ e cidades pontuais como Campinas⁸. No entanto, considerando o aumento da expectativa de vida da população brasileira, faz-se necessário a condução de um estudo com o objetivo de mensurar a prevalência de DL (aguda, subaguda e crônica) na população idosa na região norte brasileira e a partir deste estudo propor ações preventivas.

Revisão sistemática sobre a prevalência de dor lombar⁹ reportou que 39% dos adultos sofrerão, ao menos, um episódio de DL ao longo da vida. A prevalência pontual foi de aproximadamente 18%, enquanto a prevalência de DL nos últimos 12 meses foi de aproximadamente 30%.

Nos Estados Unidos estima-se que os custos diretos associados à dor lombar variam entre 12,2 e 90,6 bilhões de dólares, sendo que esses valores representam apenas 14,5% das despesas totais. Já os gastos totais com essa condição na Austrália e Reino Unido são de 9 bilhões de dólares australianos e 12 bilhões de libras esterlinas respectivamente¹⁰. O mesmo estudo concluiu que os custos diretos mundiais com DL são majoritariamente gastos com serviços de fisioterapia (17%), serviços de internação (17%), medicamentos (13%) e cuidados primários (13%). Porém, os custos indiretos relacionados à redução da produtividade, qualidade de vida e absenteísmo no trabalho, são ainda maiores quando comparados aos custos diretos¹⁰.

A dor lombar é um importante problema de saúde e de ordem socioeconômica a nível mundial que está associada com altos níveis de incapacidade em atividades de vida diária, assim como altos níveis de absenteísmo no trabalho^{4,11,12}.

O mecanismo da dor está relacionado a receptores conhecidos como nociceptores, que são os neurônios do sistema nervoso periférico responsáveis pela detecção e transmissão dos estímulos dolorosos, sendo através da liberação de transmissores, neurotransmissores, que a célula é capaz de se comunicar com os seus adjacentes pós-sinápticos¹³. São três os estímulos nociceptivos que excitam os receptores para a dor: estímulos mecânicos, químicos e térmicos. Os receptores para transmitir esses sinais dolorosos para o sistema nervoso central (SNC), utilizam duas vias separadas que correspondem principalmente aos dois tipos de dor: a via para a dor (aguda) e a via para a dor (crônica). Anatomicamente, existem quatro tipos de fibras sensoriais ou fibras aferentes primárias ($A\alpha$, $A\beta$, $A\delta$ e C), classificadas segundo o seu diâmetro, velocidade de condução e receptores a que se associam. Quando falamos da dor e na complexa transmissão dos estímulos nociceptivos, existem dois tipos de fibras aferentes importantes, as fibras $A\delta$ e as fibras C. Estas fibras terminam no corno superior da medula e daí partem vários feixes em direção ao córtex cerebral, sistema límbico e hipotálamo. Os sinais dolorosos pontuais rápidos (dor aguda), são desencadeados por estímulos mecânicos ou térmicos e são transmitidos pelos nervos periféricos para a medula espinal por meio de fibras $A\delta$. Inversamente, o tipo de (dor crônica), é

desencadeado principalmente por estímulos dolorosos do tipo químico e algumas vezes por estímulos mecânicos ou térmicos persistentes. A dor crônica é transmitida para a medula espinal por fibras do tipo C e devido a este sistema de dupla inervação, o estímulo doloroso súbito, em geral, causa sensação dolorosa “dupla”: dor pontual rápida, que é transmitida para o cérebro pela via de fibras A δ ; seguida de uma dor transmitida pelas fibras C¹⁴⁻¹⁷.

Para facilitar a identificação do diagnóstico de pacientes com DL, foi proposto um sistema de classificação dos pacientes por meio de uma triagem diagnóstica^{18,19} para três grupos distintos: 1) patologias sérias de coluna (como por exemplo os tumores, infecções, fraturas e doenças inflamatórias da coluna lombar), 2) comprometimento de raiz nervosa (como por exemplo os prolapsos do disco intervertebral com compressão das estruturas neurais, estenoses de canal lombar, aderências cicatriciais secundárias a cirurgias de coluna, síndrome de cauda equina entre outras), 3) dor lombar não específica (dor mecânica de origem musculoesquelética, sem causa propriamente definida).

Dentre essas classificações, menos de 1% dos pacientes apresentam alguma patologia séria de coluna, menos de 5% apresentam comprometimento de raiz nervosa e em geral, cerca de 95% dos indivíduos portadores de dor lombar estão presentes no grupo denominado dor lombar não específica^{18,19} que frequentemente é classificada de acordo com a duração dos sintomas em aguda (menos de 4 semanas), sub-aguda (entre 4 e 12 semanas) e crônica (com duração superior a 12 semanas)^{4,19}, sendo a duração de um episódio de dor lombar um dos fatores diferenciais na determinação do prognóstico dessa condição. Um painel de 28 experts em dor lombar²⁰ sugeriu que essa tradicional classificação seja levemente modificada e ~~Esses~~ os pesquisadores sugerem que estudos epidemiológicos de dor lombar não específica deveriam classificar essa condição de acordo com a duração em quatro diferentes períodos: 1) menos de três meses, 2) entre 3 e 7 meses, 3) entre 7 meses e 3 anos e, 4) mais de três anos.

Recente revisão sistemática com metanálise que foi a primeira a fornecer dados a partir de estimativas nacionais sobre a prevalência de dor lombar em idosos brasileiros com 60 anos ou mais, incluiu 16 estudos originais com um total de 28.448 participantes. Realizou metanálise de 13 estudos que

reportaram a prevalência pontual de 25%. Outros três estudos investigaram a prevalência no período: em uma semana; em seis meses e 12 meses e o estudo também concluiu que evidências de qualidade moderada mostram que em um dado momento no tempo, um em cada quatro idosos brasileiros apresenta dor lombar²¹. Entretanto, esta revisão não incluiu dados da população idosa da região norte do Brasil.

Nos últimos anos ocorreu aumento da incapacidade causada pela DL em países de baixa e média renda, em especial na Ásia, África e Oriente Medio²², onde os sistemas de saúde e social não se prepararam para lidar com essa carga crescente, além de outras prioridades, como doenças infecciosas. Nestes países, os sistemas de apoio social são comumente afetados, enquanto em países de alta renda, a preocupação é a contribuição para o ônus global em meio às abordagens prevalentes de cuidados de saúde para dor lombar, em vez de reduzi-lo²³.

No Brasil, as queixas de dor na coluna foram à segunda condição de saúde mais relatada em 2003 e 2008, e a terceira causa de aposentadoria precoce por incapacidade em 2007, acarretando alta demanda por serviços de saúde^{24,25}. Embora tanto a prevalência quanto os fatores associados a DL tendam a aumentar com a idade²⁶, a informação sobre dor lombar em indivíduos mais velhos é muito limitada e a maioria dos estudos os excluem. Considerando o rápido crescimento do envelhecimento da população nos países em desenvolvimento e a influência do contexto socioeconômico, investigar e conhecer os aspectos que afetam a população idosa é crucial. Até o momento, existem poucas evidências disponíveis sobre DL em pessoas idosas na América Latina. Consequentemente, esta sintomatologia no idoso representa um desafio para a implementação de políticas públicas²¹.

Estudos epidemiológicos e em especial os de prevalência, são importantes para mensurar a magnitude de determinado problema em uma dada população em um período de tempo²⁷ que varia de acordo com a condição a ser investigada. Estimativas de prevalência são importantes fontes de informação para o desenvolvimento de políticas em prioridades na saúde²⁷ e as mais recentes diretrizes de recomendações para estudos de prevalência em dor lombar, sugerem que pelo menos três períodos de tempo sejam

investigados^{20,23}, 1) prevalência no momento da entrevista (prevalência pontual), 2) prevalência nos últimos 12 meses e 3) prevalência durante toda a vida. Assim, a dor lombar é um acometimento de nível nacional e no Brasil há escassa literatura que descreve esta condição. Embora alguns trabalhos sobre prevalência^{28,29,30} tenham sido realizados na população brasileira abordando aspectos socioeconômicos e demográficos, estes foram pontuais ao determinar apenas algumas regiões do Brasil, não estimando a prevalência da DL na região Norte brasileira. Dessa forma, em se tratando de um país de dimensões continentais e de grandes desigualdades sociais, faz-se necessário mais estudos sobre a prevalência de dor lombar objetivando descrever o panorama deste sintoma.

1.1 JUSTIFICATIVA

A partir dos dados obtidos neste estudo de prevalência de dor lombar em idosos da Região Norte do Brasil, os sistemas de saúde serão capazes de realizar um planejamento dos recursos necessários para o tratamento deste sintoma, possibilitando diminuir seu impacto na qualidade de vida. Além disso, estudos sobre a prevalência de dor lombar são escassos nesta população.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Primário

- Mensurar a prevalência de dor lombar na população idosa da cidade de Macapá, Amapá.

Objetivo Secundário

- Avaliar a intensidade da dor lombar;
- Avaliar a incapacidade funcional devido à dor lombar;
- Avaliar os locais de irradiação da dor lombar;
- Verificar a associação das características sociodemográficas, clínicas e comportamentais com a intensidade da dor e incapacidade funcional nos idosos com dor lombar;

2. CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Observacional transversal, multicêntrico.

2.2 Amostra

A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2017 a junho de 2018. Os sujeitos foram recrutados por meio de visitas domiciliares nos bairros/habitantes (hab) da zona norte (122.310 hab), zona sul (143.326 hab) e centro de Macapá (57.377 hab). Na zona norte tem-se a discriminação dos seguintes bairros (Infraero I e II, São Lázaro, Perpétuo Socorro, Açaí, Jardim Felicidade I e II, Novo Horizonte, Boné Azul, Brasil Novo, São Lázaro, Cidade Nova, Laginho e Pacoval). Na zona sul (Alvorada, Araxá, Cabralzinho, Congós, Jardim Equatorial, Marco Zero, Pedrinhas, Nova Esperança, Novo Buritizal, Santa Rita, Buritizal, Trem, Beírol, Zerão e Universidade). Além disso,

foram realizadas coletas nos locais em que os idosos mais frequentavam: Abrigo dos Idosos São José (Zona Sul), Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (Centro), Unidade Básica de Saúde Dr. Marcelo Cândia (Zona Norte), Praça Beira Rio (Centro), Feira do Agricultor (Zona Sul) e Unidade Pronto Atendimento/UPA (Zona Norte).

Em virtude do processo de amostragem, ressaltam-se algumas características da população do município de Macapá – AP. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 a população do Amapá é composta por 669.526 habitantes. O município de Macapá está localizado na região sudeste do Estado do Amapá, tem 398.204 residentes segundo dados do IBGE, e o número de idosos corresponde a 21.378 habitantes.

Os critérios de inclusão foram: idosos com idade maior ou igual a 60 anos, ambos os sexos, nível cognitivo preservado, sedentários ou fisicamente ativos e sem qualquer afecção crônica que os impedissem de responder aos questionários e residissem na área urbana da cidade de Macapá, Amapá. Foram critérios de exclusão: cirurgia na coluna vertebral, usuários de cadeira de rodas ou dispositivo auxiliar de marcha e participantes que não conseguissem entender as perguntas que lhe fossem apresentadas.

Todos os participantes foram informados sobre os procedimentos utilizados e que poderiam deixar a pesquisa a qualquer momento sem sofrer qualquer ônus e com direito a confidencialidade dos dados. Os sujeitos que concordaram participar de maneira voluntária do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (466/12) (ANEXO 1).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP) conforme o protocolo nº 189/16 (ANEXO 2).

A equipe de pesquisadores foi previamente treinada no Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP. Para tanto, inicialmente, foi realizado estudo piloto para ajustar o procedimento de coleta de dados e testar os instrumentos de avaliação a uma população semelhante à do presente estudo.

2.3 Cálculo amostral

Para o cálculo amostral foram utilizadas as estimativas de prevalência da dor lombar no último mês reportada por uma revisão sistemática que calculou a prevalência global desta condição⁹. Os parâmetros utilizados para o cálculo amostral na cidade de Macapá-AP, foi estabelecido apresentando a população total de idosos (Macapá= 21.378), prevalência média ajustada no último mês de 23.2% ($P=0.232$), precisão de 4% ($P= 0.04$), intervalo de confiança de 95% ($z= 1,96$) e permitindo uma perda amostral de 20% devido a recusas dos pacientes e questionários incompletos. A amostra total do estudo a ser recrutada foi de 513 indivíduos. Para o cálculo amostral não foi necessário realizar correção para população finita uma vez que a amostra calculada é inferior a 5% da população de idosos presentes.

2.4 Avaliação

2.4.1 Procedimento de coleta

Inicialmente foi aplicado um questionário contendo dados pessoais dos participantes. Foram abordadas variáveis demográficas, sócio econômicas, comportamentais, ocupacionais, antropométricas e emocionais (ANEXO 3).

Nas variáveis demográficas foram registrados: sexo, idade, estado civil, raça autodeclarada e nas variáveis socioeconômicas, a escolaridade e a classe econômica. A primeira foi estratificada em baixa (primeiro e segundo grau completo ou incompleto) e alta (nível universitário), enquanto a classe econômica foi coletada com base nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, sendo que posteriormente foram condensados em três grupos: alta (A1+A2+B1), média (B2+C) e baixa (D+E)²³.

Quanto às variáveis comportamentais foi avaliado o nível de atividade física e utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) versão curta²⁴, o qual classifica o nível de atividade física levando em consideração a frequência, duração e intensidade estratificando o indivíduo em **sedentário** (nenhuma atividade física durante 10 minutos contínuos), **insuficientemente ativo** (atividades leves com duração de 10 minutos em 5 dias da semana),

ativo (atividades moderadas com duração superior a 20 minutos de 3 a 5 dias por semana) e **muito ativo** (atividades vigorosas com duração superior a 30 minutos e por mais que 5 dias na semana)²⁵. Além disso, foi abordado também o tabagismo que foi dividido nas categorias de não fumantes para aqueles que nunca fumaram, ex-fumantes para aqueles que abandonaram o hábito há mais de um ano e fumantes atuais para aqueles que consomem qualquer número de cigarro/dia¹⁸.

Para as variáveis ocupacionais as informações foram referentes à situação de trabalho, considerando-se a resposta “sim” aqueles que possuíam trabalho quando a entrevista foi realizada, e a resposta não os que não possuem vínculo empregatício, tempo de ocupação em anos, frequência de exposição (sentado, em pé, vibrações/trepidações, agachado, deitado, ajoelhado, carregamento de peso e movimentos repetitivos) e satisfação no trabalho considerando satisfeitos os sujeitos que se sentem bem realizando a profissão e insatisfeitos aqueles que não se sentem realizados no trabalho.

Foram coletadas ainda as variáveis antropométricas representadas pelo peso referido, estatura e posterior cálculo do índice de massa corporal (IMC) estratificado para indivíduos idosos²⁶, bem como o nível emocional (como o participante deixava a saúde física influenciar no convívio familiar ou social) e a classificação da percepção de saúde.

Todas as escalas e questionários foram traduzidos e adaptados para o Português-Brasileiro e testadas suas propriedades clinimétricas^{30,31,11}.

Para aplicação dos questionários foi utilizada a plataforma de Formulários do “Google” disponível no *Google Drive*. Desta forma, houve economia do uso de papel, maior agilidade e padronização adequada dos dados a serem coletados (uma única resposta por indivíduo, evitando que duas alternativas sejam marcadas). Além disso, a tabulação dos dados foi automática, minimizando possíveis erros de tabulação.

A plataforma disponibiliza várias formas de questões (múltipla escolha, caixa de seleção, etc), sendo de fácil manuseio. Outro ponto importante em pesquisas com geração excessiva de dados, é o *backup* automático em nuvem, garantido a segurança e evitando extravio dos dados coletados.

2.4.2 Desfechos Primários

Prevalência de dor lombar

Durante a entrevista o idoso foi questionado: “O senhor sentiu dor lombar nos últimos três meses?”. Para efeito de estudo, foi considerado um episódio de dor lombar “qualquer dor entre a última costela e a parte inferior das nádegas com duração superior a 24 horas, precedido de 30 dias sem dor”³². Com o intuito de facilitar a identificação exata da região lombar foi utilizada uma figura ilustrativa do corpo humano, especificando a região lombar com linhas pontilhadas. Ademais, foram coletadas informações sobre frequência, intensidade, duração, irradiação da dor lombar, se foi suficiente para limitar as atividades diárias por mais de um dia e se teve irradiação para os membros inferiores. (ANEXO 4).

Intensidade da Dor

Para identificação da intensidade da dor sentida pelo voluntário foi utilizada a *Pain Numerical Rating Scale* (Pain NRS)³³ (ANEXO 5). Esta é uma escala de 11 pontos, variando de 0 a 10, sendo zero ausência de dor e 10 como o nível de dor mais insuportável sentida pelo voluntário³¹. O indivíduo era questionado sobre a presença de dor localizada especificamente na região lombar e posteriormente identificou por meio de uma escala o número correspondente à intensidade da dor. Tal instrumento é amplamente utilizado em estudos desta natureza, com o objetivo de quantificar subjetivamente a intensidade da dor³¹.

Incapacidade Funcional

Para avaliar a capacidade funcional foi utilizado o Questionário de Incapacidade de Roland Morris que é um instrumento traduzido e adaptado para a população brasileira, amplamente utilizado na pesquisa e prática clínica para avaliação da incapacidade associada à dor lombar^{31,33} (ANEXO 6). É composto por 24 itens que descrevem situações do cotidiano em que os pacientes têm dificuldade de executar devido à dor lombar. Quanto maior o

número de alternativas preenchidas, maior a incapacidade. Os indivíduos foram orientados a preencher os itens que de fato os descrevessem no dia da aplicação do questionário³³. A pontuação do instrumento vai de 0-24 e valores acima de 14 pontos indicam alta incapacidade.

2.5 Análise Estatística

As variáveis qualitativas foram apresentadas pela frequência absoluta e relativa, as quantitativas pela média e desvio padrão ou mediana e intervalo quartílico. Para verificar a associação entre as variáveis qualitativas fez-se uso do teste exato de Fisher. Para verificar a relação entre variável quantitativa e variável qualitativa utilizou o teste t-Student ou Mann-Whitney quando temos apenas duas categorias de grupo, ou a ANOVA e teste Kruskal-Wallis (não paramétrico) quando houve mais de duas categorias. O teste de correlação de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação entre as variáveis e foi adotada a seguinte classificação para valores positivos e negativos: correlação forte = $r \geq 0,80$, moderada $0,50 < r < 0,80$ e fraca $0,1 < r \leq 0,50$. Para o modelo logístico foi realizado o teste de Hosmer-Lemeshow demonstrando bom ajuste do modelo. O nível de significância foi de 5%.

3. RESULTADOS

A amostra total do estudo foi composta de 561 idosos. O fluxograma apresenta o processo de amostragem da seleção dos participantes, conforme Figura 1.

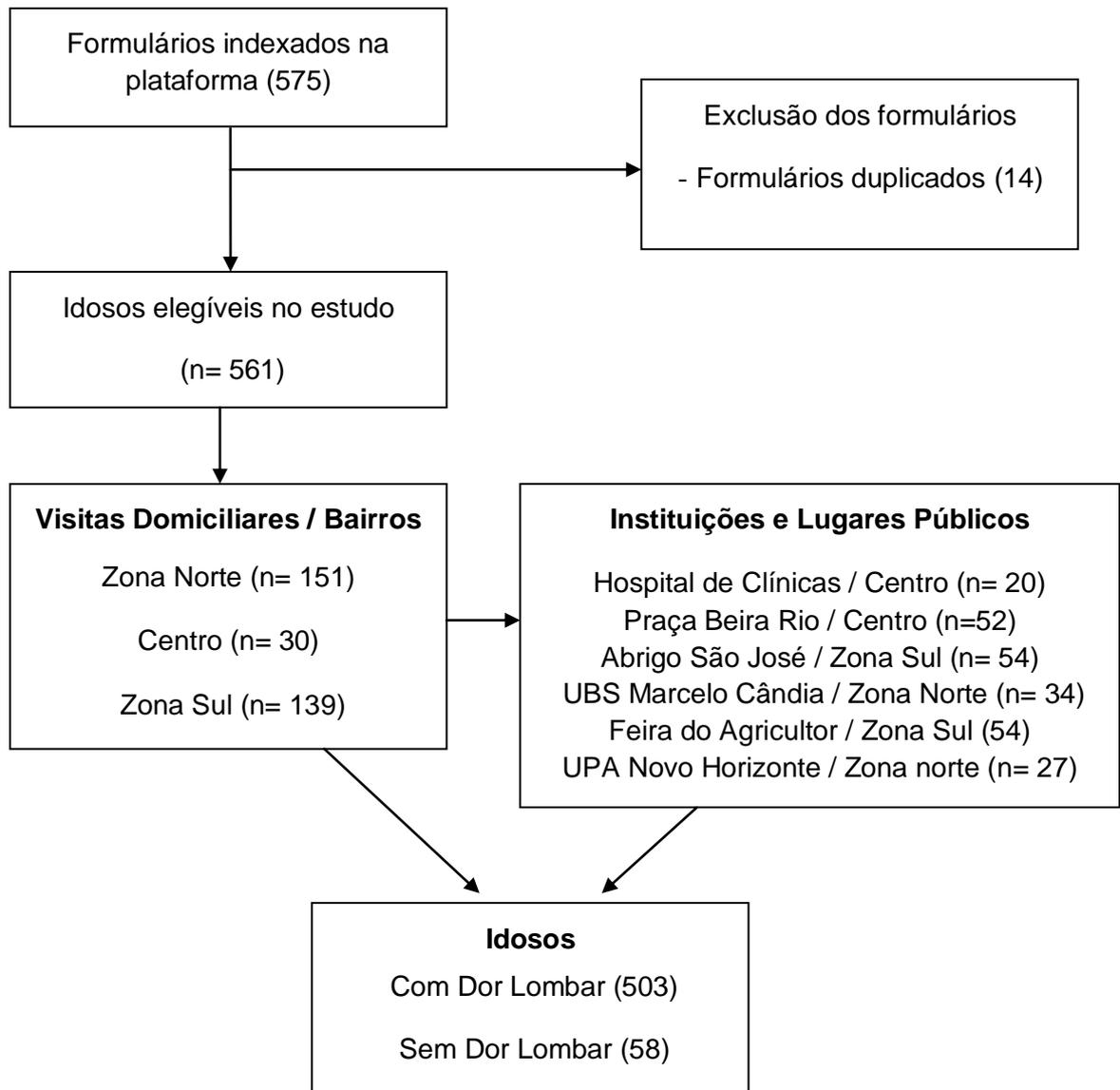


Figura 1. Fluxograma do processo de amostragem

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos 561 idosos, dos quais 55,2% são do sexo masculino, 43,6% tem idade entre 71 a 80 anos, sendo 42,9% viúvos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos (n=561) idosos.

Variáveis	N = 561 (%)
Sexo	
Masculino	310 (55,2)
Feminino	251 (44,8)
Idade (grupo)	
60 a 70 anos	135 (23,8)
71 a 80 anos	243 (43,6)
> 80 anos	183 (32,6)
Raça (autodeclarada)	
Preto (a)	129 (23)
Branco (a)	194 (34,6)
Pardo (a)	238 (42,4)
Situação Conjugal	
Solteiro (a)	159 (28,3)
União Estável	3 (0,5)
Casado (a)	158 (28,2)
Viúvo (a)	241 (43)
Renda Individual	
Classe A, B e C	35 (6,7)
Classe D	161 (28,6)
Classe E	362 (64,3)
Sem Renda	3 (0,4)
Escolaridade (anos)	
1 – 4	21 (3,8)
5 – 8	184 (32,7)
9 – 11	275 (49)
> 11	81 (14,5)
Ocupação Pgressa*	
Forças armadas, policiais e bombeiros militares	3 (0,5)
Profissionais das Ciências e das Artes	97 (17,3)
Trabalhadores Agropecuários, florestais, da caça e pesca	48 (8,6)
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais	43 (7,7)
Trabalhadores de serviços administrativos	24 (4,3)
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio lojas e mercados	294 (52,4)
Trabalhadores de reparação e manutenção	10 (1,8)
Técnicos de nível médio	42 (7,5)
Ocupação Atual	
Não trabalham	547 (97,5)
Trabalham	14 (2,5)

*Ocupação pgressa estratificada conforme a Classificação Brasileira de Ocupações, 2002; As variáveis categóricas estão expressas em números e percentuais.

A Tabela 2 apresenta as características clínicas e comportamentais dos 561 idosos, em que 51,8% são obesos, 56,1% hipertensos e 46% sedentários.

Tabela 2. Características clínicas e comportamentais dos (n=561) idosos

Variáveis	n (%)
IMC (Kg/m²)	
< 22 Desnutrição	36 (6,5)
22 a 27 Eutrofia	234 (41,7)
> 27 Obesidade	291 (51,8)
Nível de Atividade Física (IPAQ)	
Sedentário	258 (46)
Insuficientemente ativo	298 (53,1)
Ativo	5 (0,9)
Tabagismo	
Não fumante	543 (96,8)
Ex fumante	12 (2,1)
Fumante	6 (1,1)
Consumo de Álcool	
Não consome	518 (92,3)
Uma vez por mês ou menos	39 (7)
Duas a quatro vezes por mês	4 (0,7)
Nível Emocional*	
De forma nenhuma	13 (2,3)
Ligeiramente	61 (10,8)
Moderadamente	341 (60,7)
Bastante	146 (26,2)
Percepção da Saúde	
Ruim	94 (16,7)
Regular	294 (52,4)
Boa	168 (30)
Muito Boa	5 (0,8)
Doença (autorrelatada)	
Não relatou doença	71 (12,6)
Hipertensão Arterial Sistêmica	315 (56,1)
Diabetes Mellitus	36 (6,4)
Artrose	81 (14,4)
Artrite Reumatoide	58 (10,5)

IMC= Índice de Massa Corpórea; *A saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?; As variáveis categóricas estão expressas em números e percentuais.

A Tabela 3 apresenta os dados da prevalência de dor lombar, incapacidade funcional e intensidade da dor dos 503 idosos. Entre os idosos que apresentaram dor lombar, (87,4%) afirmaram prevalência de dor lombar pontual e (82,5%) nos últimos 365 dias. Quando questionados sobre a frequência da dor nos últimos 365 dias (81,3%) relataram “em alguns dias” e ao analisar a incapacidade funcional e intensidade da dor ambas foram classificadas como altas (97,2%) e $(7,4 \pm 0,9)$ respectivamente.

Tabela 3. Dados da Prevalência de dor lombar, incapacidade funcional e intensidade da dor (n=503) dos idosos.

Variáveis	Prevalência de DL Pontual			Prevalência de DL Últimos 365 dias		
	Sim (%)	Não (%)	IC 95%	Sim (%)	Não (%)	IC 95%
Prevalência, duração e frequência da dor lombar						
Você está sentindo dor na região lombar?	440 (87,4)	63 (12,5)	85,6-89,3	415 (82,5)	88 (17,5)	80,7-84,3
Essa dor foi o suficiente para limitar suas atividades habituais ou mudar sua rotina diária por mais de um dia?	473 (94,1)	30 (5,9)	92,1-96,4	462 (91,8)	41 (8,2)	89,8-93,5
Essa dor está irradiando para a perna (ciática)?	198 (39,4)	305 (60,6)	35,1-43,9	199 (39,6)	304 (60,4)	35,4-44,2
Essa dor está estendendo abaixo do joelho?	71 (14,1)	432 (85,8)	10,6-16,7	69 (13,7)	434 (86,2)	10,7-16,8
Você teve dor lombar nos últimos 365 dias, qual foi a frequência de aparecimento dessa dor?	Alguns dias			409 (81,3)		
	Muitos dias			93 (18,5)		
	Todos os dias			1 (0,2)		
Você teve dor lombar nos últimos 365 dias, quanto tempo durou desde que você teve um mês inteiro assintomático?	< 3 meses			405 (81,0)		
	≥ 3 meses			93 (18,5)		
	≥ 7 meses			3 (0,6)		
	≥ 3 anos			2 (0,4)		
Incapacidade funcional (0-24)	0-7 pontos	2 (0,4)				
	7-13 pontos	12 (2,4)				
	≥ 14 pontos	489 (97,2)				
Intensidade da dor (0-10)	Média e DP	7,4 (± 0,9)				

DP= Desvio Padrão; As variáveis categóricas estão expressas em números e percentuais

Na Tabela 4 são apresentados os itens do questionário Roland Morris que descrevem a incapacidade funcional e a associação por sexo. As atividades menos relatadas pelos idosos foram: fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas (0,9%), meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas (7,7%), as minhas costas doem quase o tempo todo (21,6%). Houve associação nas atividades cotidianas relacionadas à dependência e mobilidade.

Tabela 4. Frequência absoluta e relativa e associação por sexo da incapacidade funcional (n=503) idosos com dor lombar.

Itens questionário Rolland Morris	Geral n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	P valor¹
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas.	491* (97,6)	218 (98,6)	273 (97,2)	0,361
2. Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.	498* (99,0)	218 (98,2)	280 (99,6)	0,174
3. Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.	496* (98,6)	218 (98,6)	278 (98,6)	1,000
4. Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.	489* (97,2)	216 (97,7)	273(97,2)	0,782
5. Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.	475* (94,4)	209 (94,6)	266 (94,7)	1,000
6. Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar frequentemente.	375* (70,9)	160 (72,4)	197 (70,1)	0,620
7. Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.	452* (89,8)	197 (89,1)	255 (90,7)	0,552
8. Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.	391* (77,7)	172 (77,8)	219 (77,9)	1,000
9. Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.	432* (85,8)	191 (86,4)	241 (85,8)	0,897
10. Eu somente fico de pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.	407* (80,9)	176 (79,6)	231 (82,2)	0,492
11. Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.	409* (81,3)	184 (83,3)	225 (80,1)	0,418
12. Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.	388* (77,1)	171 (77,4)	217 (77,2)	1,000
13. As minhas costas doem quase o tempo todo.	109 (21,6)	52 (23,5)	57 (20,3)	0,385

14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa de minhas costas.	472* (93,8)	206 (93,2)	266 (94,7)	0,570
15. Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.	39 (7,7)	16 (7,2)	23 (8,2)	0,739
16. Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.	493* (98,0)	214 (96,8)	279 (99,3)	0,047 ¹
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.	489* (97,2)	214 (96,8)	275 (97,9)	0,574
18. Não durmo tão bem por causa de minhas costas.	459* (91,2)	199 (90,0)	260 (92,5)	0,339
19. Por causa de minhas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.	407* (80,9)	185 (83,7)	222 (79,0)	0,207
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.	463* (92,0)	206 (93,2)	257 (91,5)	0,505
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.	493* (98,0)	213 (96,4)	280 (99,6)	0,012 ¹
22. Por causa de minhas dores nas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.	489* (97,2)	213 (96,4)	276 (98,2)	0,259
23. Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.	483* (96,0)	212 (95,9)	271 (96,4)	0,816
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.	5 (0,9)	0 (0,0)	5 (1,8)	0,070

*Respostas Sim maior ou igual a 50%. ¹Teste exato de Fisher.

A Tabela 5 apresenta a associação das características sociodemográficas com a intensidade da dor e incapacidade funcional. Observa-se que houve associação entre dor e incapacidade funcional com a variável escolaridade e na situação conjugal somente com a incapacidade funcional.

Tabela 5. Associação entre as características sociodemográficas com a intensidade da dor e incapacidade funcional dos idosos (n=503)

Variável	Dor média (±DP)	Dor (mediana)	P- Valor	Incapacidade funcional média (±DP)	Incapacidade funcional (mediana)	P-Valor
Gênero						
Masculino	7,45 (±0,91)	8	0,648 ²	19,31 (±1,95)	19	0,622 ²
Feminino	7,40 (±0,94)	7		19,27 (±2,41)	19	
Idade						
60 a 70 anos	7,34 (±0,74)	7	0,438 ²	19,2 (±1,77)	19	0,234 ²
71 a 80 anos	7,43 (±0,87)	8		18,78 (±2,05)	19	
> 80 anos	7,47 (±0,93)	8		17,8 (±1,55)	18	
Raça (autodeclarada)						
Branco (a)	7,45 (±0,89)	8	0,127 ²	19,24 (±2,11)	20	0,341 ²
Pardo (a)	7,48 (±0,97)	8		19,40 (±2,32)	20	
Preto (a)	7,29 (±0,84)	7		19,15 (±1,91)	20	
Situação Conjugal						
Solteiro (a)	7,38 (±0,97)	7	0,735 ²	19,21 (±2,19)	19	0,010 ²
União Estável	6,50 (±4,95)	6,5		14,00 (±7,07)	14	
Casado (a)	7,42 (±0,92)	8		19,43 (±2,46)	20	
Viúvo (a)	7,47 (±0,82)	8		19,30 (±1,81)	19	
Renda Individual						
Classe E	7,48 (±0,84)	8	0,636 ²	19,53 (±1,81)	20	0,264 ²
Classe D	7,34 (±1,03)	7		18,89 (±1,81)	20	
Classe C	7,27 (±1,19)	8		18,50 (±1,81)	19,5	
Escolaridade (anos)						
Não estudou	6,1 (±0,65)	6	0,025 ¹	15,4 (±2,65)	16	0,038 ¹
1 – 4	6,49 (±0,85)	6		16,4 (±2,43)	16	

5 – 8	8,14 (±0,92)	8		19,79 (±1,33)	20
9 – 11	8,39 (±1,31)	8		19,42 (±1,40)	20
> 11	6,5 (±1,15)	7		17,22 (±2,18)	18
Ocupação Pgressa*					
Forças armadas, policiais e bombeiros militares	6,4 (±0,47)	6		17,2 (±0,37)	17
Profissionais das Ciências e das Artes	7,1 (±0,95)	7		18,67 (±1,45)	18
Trabalhadores Agropecuários, florestais, da caça e pesca	6,8 (±1,35)	7		19,8 (±2,47)	20
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais 1	7,2 (±0,43)	7	0,345 ²	19,2 (±1,33)	19
Trabalhadores de serviços administrativos	6,9 (±2,24)	7		19,3 (±1,37)	19
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	7,3 (±1,35)	7		18,56 (±2,22)	19
Trabalhadores de reparação e manutenção	7,1 (±1,78)	7		17,97 (±1,56)	18
Técnicos de nível médio	7 (±0,63)	7		18,78 (±1,31)	19

DP = desvio padrão; *Ocupação progressa estratificada conforme a Classificação Brasileira de Ocupações, 2002. ¹Teste t-Student ou Mann-Whitney; ²ANOVA ou teste de Krsukal-Wallis.

Na Tabela 6 temos a associação das características clínicas e comportamentais com a intensidade da dor e incapacidade. Houve associação da incapacidade funcional com hipertensão arterial, IMC, atividade física, tabagismo, percepção da saúde e nível emocional.

Tabela 6. Associação entre as características clínicas e comportamentais com a intensidade da dor e incapacidade funcional dos idosos com dor lombar (n=503).

Variável	Dor média (\pm DP)	Dor (mediana)	P-Valor	Incapacidade funcional média (\pm DP)	Incapacidade funcional (mediana)	P-Valor
Doença (autorrelatada)*						
Hipertensão arterial	Ausente 7,35 (\pm 1,06)	7	0,427 ²	Ausente 18,96 (\pm 2,44)	19	0,014 ²
	Presente 7,47 (\pm 0,85)	8		Presente 19,44 (\pm 2,01)	20	
Diabetes mellitus	Ausente 7,43 (\pm 0,89)	8	0,799 ²	Ausente 19,29 (\pm 2,11)	20	0,199 ²
	Presente 7,41 (\pm 1,26)	8		Presente 19,35 (\pm 2,79)	20	
IMC** (Kg/m²)						
> 22 desnutrição	7,2 (\pm 1,36)	7	0,023 ¹	18,76 (\pm 1,36)	19	0,003 ¹
22-27 eutrofia	5,8 (\pm 0,82)	6		16,57 (\pm 1,36)	17	
< 27 obesidade	7,6 (\pm 0,66)	8		19,11 (\pm 1,36)	19	
Perfil de Atividade Física (IPAQ)						
Sedentário	7,48 (\pm 0,96)	8	0,069 ²	19,38 (\pm 2,23)	20	0,001 ²
Insuficientemente Ativo	7,41 (\pm 0,80)	7		19,37 (\pm 1,60)	20	
Ativo	5,50 (\pm 2,89)	5,5		8,75 (\pm 4,79)	10	
Tabagismo						
Não	7,45 (\pm 0,87)	8	0,072 ¹	19,39 (\pm 2,02)	20	0,000 ¹
Ex fumante	6,00 (\pm 2,07)	7		14,50 (\pm 4,31)	15	
Fumante	7,33 (\pm 1,03)	7		18,00 (\pm 2,45)	19	
Consumo de Álcool						
Não se aplica	7,45 (\pm 0,89)	8	0,553 ²	19,41 (\pm 2,00)	20	0,023 ²
Uma vez por mês ou menos	7,16 (\pm 1,21)	7		18,30 (\pm 2,99)	20	
Duas a quatro vezes por mês	7,25 (\pm 0,96)	7,5		15,00 (\pm 4,69)	19,5	

Percepção da Saúde

Ruim	7,48 ($\pm 0,82$)	8		19,27 ($\pm 1,34$)	19	
Regular	7,52 ($\pm 0,87$)	8	0,008 ¹	19,50 ($\pm 1,94$)	20	0,003 ¹
Boa	7,22 ($\pm 1,03$)	7		19,02 ($\pm 2,75$)	20	
Muito Boa	6,25 ($\pm 1,26$)	6		13,75 ($\pm 3,50$)	13,5	
Nível Emocional***						
De forma nenhuma	6,57 ($\pm 3,46$)	7		12,57 ($\pm 8,34$)	16	
Ligeiramente	7,00 ($\pm 1,09$)	7	0,039 ¹	18,32 ($\pm 2,90$)	19	0,004 ¹
Moderadamente	7,46 ($\pm 0,86$)	8		19,43 ($\pm 1,86$)	20	
Bastante	7,52 ($\pm 0,65$)	8		19,57 ($\pm 1,05$)	20	

*Pontuação de acordo com a afirmação de presença da doença; **Índice de Massa Corpórea; ***A saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sócias normais, em relação à família, amigos ou em grupo?; ¹Teste t-Student ou Mann-Whitney; ²ANOVA ou teste de Krsukal-Wallis.

A tabela 7 apresenta a comparação entre grupos das variáveis sociodemográficas dos idosos com e sem DL. Observa-se que houve associação entre renda individual, escolaridade e ocupação pregressa.

Tabela 7. Comparação entre grupos das características sociodemográficas dos 503 idosos.

Variáveis	Presença de dor lombar		P-valor ¹
	Não	Sim	
	n (%)	n (%)	
Sexo			
Masculino	28 (48,3)	281 (55,9)	0,329
Feminino	30 (51,7)	222 (44,1)	
Idade			
60 a 70 anos	28 (24)	107 (24)	0,218
71 a 80 anos	51 (43,6)	192 (43,2)	
> 80 anos	38 (32,4)	145 (32,8)	
Raça (autodeclarada)			
Branco (a)	19 (32,8)	175 (34,8)	0,084
Pardo (a)	19 (32,8)	219 (43,5)	
Preto (a)	20 (34,5)	109 (21,7)	
Situação Conjugal			
Solteiro (a)	18 (31)	141 (28)	0,401
União Estável	1 (1,7)	2 (0,4)	
Casado (a)	17 (29,3)	141 (28)	
Viúvo (a)	22 (37,9)	219 (43,5)	
Renda Individual			
Classe E	38 (65,5)	324 (64,4)	0,011
Classe D	11 (19)	150 (29,8)	
Classe C	7 (12,1)	26 (5,2)	
Escolaridade (anos)			
1 – 4	11 (19)	10 (2)	< 0,001
5 – 8	21 (36,2)	164 (32,6)	
9 – 11	19 (32,8)	253 (50,3)	
> 11	7 (12,1)	76 (15,1)	
Ocupação Pgressa*			
Forças armadas, policiais e bombeiros militares	1 (1,7)	2 (0,4)	0,028
Profissionais das Ciências e das Artes	8 (13,8)	89 (17,7)	
Trabalhadores Agropecuários, florestais, da caça e pesca	2 (3,4)	46 (9,1)	
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais 1	0 (0,0)	43 (8,5)	
Trabalhadores de serviços administrativos	3 (5,2)	21 (4,2)	
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados	40 (69)	254 (50,5)	
Trabalhadores de reparação e manutenção	1 (1,7)	9 (1,8)	
Técnicos de nível médio	3 (5,2)	39 (7,8)	
Total	58	503	

*Ocupação pregressa estratificada conforme a Classificação Brasileira de Ocupações, 2002. ¹Teste Exato de Fisher.

A Tabela 8 apresenta a comparação entre grupos das variáveis clínicas e comportamentais dos idosos com e sem DL. Observa-se que houve associação entre percepção da saúde e nível emocional.

Tabela 8. Comparação entre grupos das características clínicas e comportamentais dos 503 idosos.

Variáveis	Presença de dor lombar		P-valor ¹	
	Não	Sim		
	n (%)	n (%)		
Doença (autorrelatada)*				
Hipertensão arterial	Ausente	19 (32,8)	158 (31,4)	0,881
	Presente	39 (67,2)	345 (68,6)	
Diabetes mellitus	Ausente	57 (98,3)	469 (93,2)	0,243
	Presente	1 (1,7)	34 (6,8)	
IMC** (Kg/m²)				
> 22 desnutrição		11 (9,6)	25 (5,7)	0,314
22-27 eutrofia		63 (54,8)	171 (38,3)	
< 27 obesidade		41 (35,6)	250 (56)	
Perfil de Atividade Física (IPAQ)				
Sedentário		25 (43,1)	233 (46,3)	0,501
Insuficientemente Ativo		32 (55,2)	266 (52,9)	
Ativo		1 (1,7)	4 (0,8)	
Tabagismo				
Não		54 (93,1)	489 (97,2)	0,053
Ex fumante		4 (6,9)	8 (1,6)	
Fumante		0 (0,0)	6 (1,2)	
Consumo de Álcool				
Não se aplica		56 (96,6)	462 (91,8)	0,621
Uma vez por mês ou menos		2 (3,4)	37 (7,4)	
Duas a quatro vezes por mês		0 (0,0)	4 (0,8)	
Percepção da Saúde				
Ruim		2 (3,4)	92 (18,3)	< 0,001
Regular		15 (25,9)	279 (55,5)	
Boa		40 (69)	128 (25,4)	
Muito Boa		1 (1,7)	4 (0,8)	
Nível Emocional***				
De forma nenhuma		6 (10,3)	7 (1,4)	< 0,001
Ligeiramente		22 (37,9)	39 (7,8)	
Moderadamente		26 (44,8)	315 (62,6)	
Bastante		4 (6,9)	142 (28,2)	
Total		58	503	

*Pontuação de acordo com a afirmação de presença da doença; **Índice de Massa Corpórea; ***A saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sócias normais, em relação à família, amigos ou em grupo? ¹ Teste Exato de Fisher

Na Tabela 9 temos a correlação entre as variáveis incapacidade funcional e dor. Todas as correlações mostram-se fracas. Entre a variável incapacidade funcional e IMC temos uma correlação fraca e diretamente proporcional ($r=0,145$), assim como para as variáveis incapacidade funcional e dor ($r=0,418$).

Tabela 9. Correlação entre as variáveis atividade física, idade, IMC, escolaridade e renda individual (n=503) idosos.

Variáveis	Incapacidade funcional			Dor		
	rho	P-valor	n	rho	P-valor	n
Escore	1,000		503	0,418*	<0,001	503
Atividade Física	-0,048	0,289	503	-0,078	0,081	503
Idade	-0,019	0,666	503	0,021	0,640	503
IMC	0,145*	0,001	503	0,025	0,577	503
Escolaridade (anos)	0,042	0,346	503	-0,012	0,786	503
Renda Individual	-0,069	0,121	503	-0,027	0,550	503

IMC - Índice de Massa Corpórea; rho – Correlação de Pearson; * $P < 0,05$.

Os dados do modelo logístico estão apresentados na Tabela 10. Observa-se que a variável escolaridade foi estatisticamente significativa ($p < 0,001$), o que demonstra um bom ajuste do modelo de regressão logística ($p = 0,608$).

Tabela 10. Modelo logístico entre as variáveis sexo, idade, IMC, raça, renda, atividade física e grau de escolaridade dos idosos com dor lombar.

Variável	O.R.	IC (95%) do O.R.		P-valor	
		Limite Inferior	Limite Superior		
Gênero	1,22	0,67	2,20	0,515	
Idade	1,00	0,96	1,05	0,849	
IMC	0,93	0,83	1,05	0,253	
Raça	Branco (a)	1,00			
	Pardo (a)	1,45	0,70	3,01	0,314
	Preto (a)	0,58	0,29	1,18	0,134
Renda	SEM RENDA ou Classe E	1,00			
	Classe D	1,03	0,43	2,49	0,945
	Classe C, B ou A	0,37	0,10	1,41	0,147
Atividade Física	SEDENTÁRIO	1,00			
	INSUFICIENTEMENTE				
	ATIVO	0,54	0,28	1,03	0,063
Grau de Escolaridade	ATIVO	0,43	0,04	4,98	0,501
	1-4 anos	1,00			
	5-8 anos	9,67	2,81	33,3	0,000
	9-11 anos	18,00	5,40	59,97	<0,001
	>11 anos	23,7	5,38	104,43	<0,001

IMC - Índice de Massa Corpórea; IC - Intervalo de Confiança; O.R - Odds Ratio; * $P < 0,05$.

4. DISCUSSÃO

Prevalência de dor lombar pontual e nos últimos 365 dias

O objetivo deste estudo foi mensurar a prevalência de dor lombar e avaliar a intensidade da dor e o nível de incapacidade funcional em idosos residentes da cidade de Macapá, Amapá. Os resultados apontam alta prevalência de dor lombar e predominante relação aos fatores relacionados à incapacidade funcional, excesso de peso e atividade ocupacional que exige esforço físico excessivo.

A prevalência de dor lombar foi alta na população de idosos, corroborando com os achados encontrados em diferentes estudos³⁴⁻³⁶. Quando comparados a nível nacional, percebe-se o grande percentual de indivíduos que referem dor lombar, ratificando a importância mundial deste agravo à saúde, já que os dados mundiais apresentam uma prevalência de aproximadamente 11,9% da população⁹. Conforme os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), a dor lombar afeta pelo menos uma vez na vida, 80% da população mundial, e esse problema tem sido cada vez mais frequente nos atendimentos de emergência.

Os idosos deste estudo apresentaram aspecto clínico e demográfico diferente de outros achados que descrevem o perfil do idoso brasileiro^{35,37}, sendo observada maior prevalência de dor lombar em homens (78%), viúvos (41,9%) e com baixa escolaridade (38,8%). Esses resultados apontam que os homens também estão ficando mais tempo expostos aos fatores de risco quando comparados às mulheres³⁸.

Quanto ao período indicado de prevalência pontual e nos últimos 365 dias, os dados apontam que a maioria dos idosos referiram dor lombar no momento em que o questionário foi aplicado. Tanto a prevalência pontual (87,4%) quanto nos últimos 365 dias (82,5%), a dor foi o suficiente para limitar as atividades habituais ou mudar a rotina diária por mais de um dia dos idosos, sendo que no momento pontual (39,4%) afirmaram irradiação para a perna indicando dor ciática e (39,6%) nos últimos 365 dias.

A dor lombar pode apresentar localização difusa ou pontual na região lombar, como também pode irradiar-se para os membros inferiores e neste

caso, sugere-se a possibilidade de comprometimento radicular, cuja etiologia pode ser degenerativa (disco artrose) ou compressiva (hérnia discal), podendo gerar repercussões clínicas, como alterações dos reflexos, da sensibilidade e da força muscular³⁸. Todavia, neste estudo, apenas os relatos dos idosos foram avaliados.

A frequência da dor nos idosos presente em alguns dias (81,3%) e a sua duração (81%) menor que 3 meses, foram prevalentes como aguda. Esses achados podem ser explicados pela característica aguda da dor lombar (menos de 4 semanas), sendo a duração de um episódio de dor lombar um dos fatores diferenciais na determinação do prognóstico dessa condição³⁹. Esse achado confirma que a DL é uma das condições de saúde mais presente em idosos, com estimativas de prevalência pontual superiores a outras condições musculoesqueléticas, como por exemplo a osteoartrite de joelho e a artrite reumatoide^{39,40}.

Dor lombar e incapacidade funcional

Os resultados encontrados referentes à intensidade da dor mostram intensidade alta para ambos os sexos (masculino $7,45 \pm 0,91$; feminino $7,40 \pm 0,94$), bem como nível alto de incapacidade funcional (masculino $19,31 \pm 1,95$; feminino $19,27 \pm 2,41$). Para Takahashi et al⁴¹, há uma fraca correlação entre incapacidade e intensidade da dor lombar, corroborando com os resultados de nossa pesquisa ($r=0,418$). Dessa forma, apesar da fraca correlação entre as variáveis, o alto nível de dor e incapacidade funcional é um fator limitante por se tratar de uma experiência individual, complexa e que abrange múltiplas dimensões, sendo um desafio obter a mensuração da dor lombar⁴². Alguns estudos apontam que a dor é uma condição subjetiva e pessoal, sendo influenciada por fatores sociais, mentais, culturais e espirituais^{42,43}.

O fenômeno doloroso é um processo neurológico complexo que resulta da influência entre neurônios, isto é, os neurônios que conduzem os estímulos nociceptivos estão sujeitos à influência modulatória de outros neurônios que liberam mediadores inibitórios ou excitatórios. Na grande maioria dos casos, a dor resulta da ativação de neurônios aferentes

primários específicos, os nociceptores, da lesão ou disfunção do sistema nervoso central (SNC). A dor causada por uma excessiva estimulação dos nociceptores localizados na pele, vísceras e outros órgãos designa-se dor nociceptiva, enquanto que a dor que resulta de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico é chamada dor não nociceptiva^{14-16,44}.

Embora ainda existam muitas dúvidas em relação aos mecanismos geradores da dor, pode-se afirmar que a dor resulta de um desequilíbrio entre os sistemas nociceptivos e antinociceptivos, podendo surgir por dois mecanismos: 1) devido a uma lesão dos tecidos, evocando uma estimulação física ou química dos nociceptores; 2) por lesão do sistema nervoso (central ou periférico), resultante da redução dos mecanismos inibidores nociceptivos, ou da hiperexcitabilidade central ou periférica¹⁵.

Os idosos vivenciam momentos com e sem dor por longos períodos⁴⁴, o que pode dificultar a diferenciação entre um episódio de dor e suas consequências, entretanto, possibilita a realização de atividades cotidianas. A incapacidade relacionada à dor afeta aspectos emocionais, psicossociais e capacidade funcional, atingindo principalmente os idosos, conforme mostram os nossos achados.

A incapacidade relacionada à dor é definida como a limitação nas atividades de vida diária (AVD's) devido à dor real ou ao medo da dor⁴⁵. Neste estudo, as atividades cotidianas menos relatadas pelos idosos foram: fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas, meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas, as minhas costas doem quase o tempo todo. No entanto, os demais itens do questionário Roland Morris foram considerados os mais difíceis devido a DL. Houve associação nas atividades relacionadas à dependência e mobilidade, corroborando com os achados de Edmond e Felson⁴⁶, a qual os idosos com DL relataram dificuldade de permanecer em ortostatismo por um tempo prolongado, puxar ou empurrar um objeto e caminhar distância aproximada de 800 metros. Ocarino et al⁴⁷, afirma que a DL pode levar a uma deficiência tanto no desempenho funcional quanto na capacidade física. Isso porque, a perda da independência em realizar as atividades de vida diária pode levar a sérias consequências no convívio social, até mesmo ao isolamento. Os

idosos que passam a depender de outras pessoas para realizarem as funções básicas, acabam desenvolvendo um sentimento de incapacidade e invalidez⁴⁸.

A incapacidade funcional causada pela dor lombar gera uma das maiores causas de licença médica em todo o mundo, onerando o sistema de saúde. O envelhecimento bem-sucedido passa a ser o resultado da interação de fatores multidimensionais, os quais incluem questões relacionadas à saúde física, mental, independência na vida diária, aspectos econômicos e psicossociais⁴⁹. Diante disso, os profissionais de saúde devem se concentrar na busca ativa, trabalhar na prevenção de sinais e sintomas, assim como na gestão da dor, resultando melhor qualidade de vida ao paciente.

Fatores demográficos, clínicos, comportamentais e sociais de idosos com dor lombar

Neste estudo, a maioria dos idosos são do sexo masculino, o que diverge de outros estudos sobre dor lombar, onde a maioria é composta por mulheres, como no estudo realizado por Caraviello et al⁵⁰. Diversos autores consideram que as mulheres possuem maior risco de desenvolver dor lombar, pelo fato de trabalharem fora de casa e realizar tarefas domésticas, o que colabora para o surgimento da dor lombar^{30,51,52}.

Em relação à idade verificou-se maior frequência de indivíduos (43,6%) na faixa etária de 71 a 80 anos, com idade média (73±6,93) para o sexo masculino e (72±6,59) para o feminino. Não corroborando com os achados de Bassols et al⁵², Reis et al⁵³, Janwantanakul⁵⁴ e Silva⁵⁵ que apresentaram padrão na faixa etária de 60 a 69 anos, demonstrando a estes idosos a manutenção das suas atividades ocupacionais mesmo com a aposentadoria, divergindo dos nossos resultados que apresentou (97,5%) de idosos que não realizavam atividade ocupacional. Ademais, em recente revisão sistemática⁵⁶ observou-se que devido à escassez de estudos abordando a temática, não foi possível analisar estimativas mais aprofundadas de prevalência.

O nível de escolaridade da maioria dos idosos de nosso estudo é o ensino médio, não corroborando com os resultados de Cheng et al⁵⁷ que relatam que indivíduos idosos com grau elevado de conhecimento (curso superior) mantêm-se ocupados e apresentam pouca dificuldade ao realizar atividades de vida diária quando comparado àqueles que não trabalham. Porém, esses resultados diferenciam de outros estudos, que apontam a baixa escolaridade como fator associado à dor lombar, assim como, os resultados encontrados por Silva, Fassa e Vale²⁹, que descrevem que quanto mais baixa for a escolaridade maior é a prevalência de dor lombar, e que os indivíduos sem escolaridade, ou os que apresentam até oito anos de estudo, obtiveram duas vezes maior risco da ocorrência de dor em comparação aos que possuem mais anos de estudo. Os autores justificam esse resultado, alegando que a baixa escolaridade tem consequência sobre a dor lombar, intercedida pela exibição a cargas ergonômicas, ou seja, acreditam que indivíduos com baixa escolaridade tendem a ser mais expostos a trabalhos com cargas pesadas³⁰. Nossos dados mostram associação da dor e incapacidade funcional com o nível de escolaridade, que também revelou um bom ajuste do modelo logístico múltiplo ($p=0,608$).

Outro fator importante a ser destacado é a renda individual dos idosos que apresentou frequência relativa de (64,3%) classificado como renda muito baixa (classe E), além disso, houve associação significativa entre renda individual e a presença de DL. O Brasil apresenta uma das piores distribuições de renda do mundo, sendo marcado pela presença de desigualdades tanto individuais como regionais. As localidades e regiões muito pobres, como as observadas na região Norte e Nordeste resultam em distribuição desigual de recursos entre as unidades federativas, e conseqüentemente, acesso menos equitativo a bens e serviços importantes para o nível de saúde da população⁵⁸.

Quanto aos maus hábitos que interferem na saúde como tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, os idosos relataram em sua maioria (96,8%) que não são fumantes. Em nosso estudo não foi observada associação do tabagismo e consumo de álcool com a dor. Quanto ao teor de bebida alcoólica (92,3%) dos idosos afirmaram não ingerir. Esses resultados não

corroboram com os achados em diferentes estudos, os quais constataram a relação entre o hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e a dor lombar. Os estudos mencionam que o consumo de cigarro e álcool estão associados a dor lombar pelos efeitos que as substâncias que os compõem resultam no organismo. Como exemplo, temos que com o consumo do cigarro, a resistência dos músculos que estão envolvidos no controle motor da coluna lombar acaba ficando reduzidos, promovendo o surgimento da dor. Outro efeito é que a nicotina produz redução na circulação impedindo que analgésicos naturais do corpo, como as endorfinas, cheguem ao local para aliviar a dor. Além disso, os ingredientes do cigarro alteram o pH e a nutrição dos discos intervertebrais, predispondo, conseqüentemente, a hérnias. O álcool em altas doses atrapalha a absorção de vitaminas, facilitando a inflamação nas terminações nervosas e nos músculos, também desregula as substâncias internas que gerenciam as sensações de dor e bem-estar, contribuindo para que o incômodo na coluna se torne crônico. Sem contar que tanto a nicotina como o álcool afetam o sistema nervoso central, interferindo na percepção da dor^{59,60}.

Em relação ao IMC, (51,8%) dos idosos apresentaram obesidade > 27 Kg/m². No sexo masculino a média do IMC foi (27,21±4,40) e para o feminino (27,68±5,13). Houve associação em idosos com DL e incapacidade funcional, assim como, correlação entre IMC e incapacidade funcional. Esses resultados assemelham-se a alguns estudos^{61,62} que descrevem a obesidade como um dos principais fatores desencadeantes de dor lombar²⁹ em virtude da alteração musculoesquelética que ela gera no corpo, pois a obesidade provoca o desequilíbrio biomecânico resultando no aparecimento da dor lombar. Outros estudos indicam o IMC elevado como fator de risco para a ocorrência DL^{14,63}.

Apesar dos idosos apresentarem IMC elevado, vale ressaltar, que um pouco mais da metade praticavam algum tipo de atividade física, sendo que (53,1%) relataram ser insuficientemente ativo e (45,9%) sedentário. Também observamos que teve associação do nível de atividade física com a incapacidade funcional, ressaltando que a atividade física é um importante preditor da capacidade funcional em indivíduos com DL. Este dado reforça a

importância do combate ao sedentarismo na prevenção da dor lombar. De acordo com Toscano e Egypto⁶¹, a falta de exercício físico encontra-se ligada direta ou indiretamente à dor lombar, sendo que a prática de atividade física por meio de programas de força e flexibilidade favorecem melhor postura e a reabilitação prevenindo lombalgias. Destacam também que o exercício físico é uma potente ferramenta para a saúde pública, pois, previne agravos e reduz os gastos com tratamento. Para Farias e Santos⁶⁴, mesmo que o desempenho físico seja modificado com o passar dos anos, há a necessidade da prática regular de atividade física visando à melhora na qualidade de vida.

A percepção de saúde na população idosa foi descrita como regular (52,4%), e teve associação com dor e incapacidade funcional. Os resultados de nosso estudo corroboram com os achados de Pereira et al⁶⁵, realizado pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso, em 2010, na cidade de Goiânia e demonstrou que a associação entre ocorrência de dor e percepção de saúde entre os idosos, aliada à associação entre escores de intensidade menor de dor com a melhor percepção de saúde, apontam a importância de se incluir, na avaliação global do idoso, a mensuração da experiência dolorosa, buscando adequada manutenção, substituição ou complementação da terapêutica analgésica e maior impacto na redução da morbimortalidade nessa população. Além disso, os idosos mencionaram ter pelo menos uma patologia, como: Artrose (14,4%), Hipertensão Arterial Sistêmica (56,1%), Diabetes *Mellitus* (6,4%) e Artrite Reumatoide (10,5%). Para Cecin⁶⁶ dentre as patologias citadas à artrose está entre a mais comum capaz de desencadear a dor lombar. Todavia, estudos sobre essa temática são escassos, em especial quando se trata do cenário dos idosos brasileiros.

Quanto ao nível emocional dos participantes foi observada associação com dor e incapacidade funcional. Os idosos apresentam nível emocional moderado (60,7%) e bastante comprometido (26,2%). Em face deste possível fator de desencadeamento dos sintomas, Cecin⁶⁶ afirma que, além de piorar os sintomas de outras causas orgânicas já existentes, os distúrbios emocionais podem levar à dor lombar. Caraviello et al⁵⁰ afirma que a depressão e a ansiedade são encontradas com grande frequência

associadas à dor lombar, causando prolongamento do quadro doloroso e gerando com isso incapacidade, angústia e insatisfação, tanto no trabalho como na vida social, pois, quando o indivíduo tem dificuldade para lidar com sentimentos negativos, o corpo pode expressar esse conflito por meio da dor. Portanto é fundamental investigar, sobretudo, o estado clínico e psíquico do paciente que apresenta algum sintoma relacionado à dor lombar.

Em geral, a experiência da dor incorpora dois componentes principais: componentes sensório-discriminativos e afetivo-emocionais. Existem evidências que os indivíduos com dor lombar tenham neuroquímica cerebral⁶⁷ e função alteradas⁶⁸. Os valores e as prioridades da dor podem ser diferentes entre os idosos, quando comparados com os adultos mais jovens^{69,70}.

Em nosso estudo, (52,4%) dos idosos foram trabalhadores de serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados da cidade de Macapá, Amapá. Este dado reforça o fator de risco do grupo de pessoas que exerciam as suas atividades laborais com práticas diárias de atividade física que exigem maior esforço, e muitas vezes a praticavam equivocadamente, comprometendo, assim, a saúde da coluna vertebral. A dor lombar é um sintoma altamente incapacitante, que gera elevados níveis de absenteísmo no trabalho e elevados gastos com a saúde. Alguns estudos descrevem sua associação com alguns tipos de ocupações, segundo Andrusaitis, Oliveira e Barros³⁰, ocupações em que o trabalhador passa muito tempo sentado reflete um fator positivamente associado a dor lombar. Silva, Fassa e Vale²⁹ revelam que ocupações em que os indivíduos permanecem muito tempo deitados, carregando peso ou realizando movimentos repetitivos, aumentam a probabilidade de desenvolver dor lombar. Este fato corrobora com o nosso estudo referente à ocupação pregressa dos idosos.

Assim, sabendo das possíveis consequências que a dor lombar pode causar, entende-se que os profissionais de saúde estejam preparados para prevenir e eliminar esse sintoma. E seja possível criar estratégias conservadoras em face desta temática.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresentou algumas limitações. Os participantes foram recrutados por uma amostra de conveniência. Apenas os idosos que frequentavam os locais onde foram realizadas as avaliações poderiam participar, o que pode contribuir para o viés de seleção da amostra e comprometer a generalização dos resultados. As características como idade, sexo, disponibilidade e interesse dos participantes podem ter influenciado o recrutamento e produziram discrepâncias na representatividade da amostra. Outra limitação é que apenas a escala de intensidade da dor foi utilizada sem o uso da escala visual facial para idosos com menor escolaridade. Por outro lado, consideramos nossos resultados fidedignos, propondo ações iniciais de saúde pública ao idoso e incentivando mais estudos visando à promoção, atendimento e qualidade de vida a esta população.

6. IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

A dor lombar está entre um dos fatores capazes de causar impacto negativo no cotidiano do idoso, muito em face da limitação de suas atividades, aumento do risco para o estresse e isolamento social. Entretanto, a mensuração da experiência dolorosa pode contribuir para que, por meio de intervenções preventivas e tratamentos, o acometimento seja minimizado desencadeando a melhora na qualidade de vida.

7. CONCLUSÃO

A prevalência de dor lombar em idosos foi alta tanto na prevalência pontual como nos últimos 365 dias, revelando alta intensidade de dor e incapacidade funcional. Quanto aos fatores associados à dor lombar, a maioria dos idosos relata serem pardos, viúvos e não fumantes. A autopercepção da saúde foi classificada como regular, nível emocional moderado, praticam atividade física de maneira insuficiente com quadros de sedentarismo e obesidade.

8. REFERÊNCIAS

1. Fernandes AA. Questões Demográficas - Demografia e Sociologia da População. Lisboa: Editor Colibri; 2008.
2. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI, 2015: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em 28 de julho de 2017.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
4. Airaksinen O, Brox J. I, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, Mannion A. F, Reis S, Staal J. B, Ursin H, Zanoli G. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J.* 2006; 15 (2): 192-300.
5. IBGE. Censo demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.
6. Bressler HB, Keyes WJ, Rochon PA, Badley E. The prevalence of low back pain in the elderly. A systematic review of the literature. *Spine (Phila Pa 1976).* 1999; 24(17):1813-9.
7. Macedo E, Blank VL. Processo de trabalho e prevalência de dor lombar em motoristas de caminhões transportadores de madeira, no sul do Brasil. *Cad. Saúde Colet.* 2006;14(3):435-50.
8. Iguti AM, Bastos TF, Barros MB. Back pain in adults: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2015; 31(12):2546-58.
9. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Vos T, Buchbinder R.. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum.* 2012; 64(6): 2028-37.
10. 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.
11. Costa L da C, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, Herbert RD, Refshauge KM, Henschke N. Prognosis for patients with chronic low back pain: inception cohort study. *BMJ.* 2009; 339: b3829.
12. Henschke N. Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Morley S, Assendelft WJ, Main CJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev,* 2010; 7:CD002014.
13. Widmaier EP, Raff H, Strang KT. Vander, Sherman & Luciano - Fisiologia Humana: Os Mecanismos das Funções Corporais. 12a. Guanabara, editor. 2013. p. 197-213 .

14. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 12.a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; p. 2011. 617-630.
15. Klaumann PR, Wouk AFPF, Sillas T. Patofisiologia da dor. Arch Vet Sci. 2008;13(1):1-12.
16. Moffat R, Rae CP. Anatomy, physiology and pharmacology of pain. Anaesth Intensive Care Med. Elsevier Ltd; 2011;12(1):12-5.
17. Tresguerres JAF, Ariznavarreta C, Cachafeiro V, Cardinali D, Escriche EE, Gil-Loyza P. Fisiologia Humana. 3a. 2005. p. 72-103.
18. Waddell, G. The Back Pain Revolution. Churchill Livingstone. 2004.
19. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, Douglas K, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007; 147(7):478-91.
20. Dionne CE, Dunn KM, Croft PR, Nachemson AL, Buchbinder R, Walker BF, et al. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies. Spine; 2008;33(1):95-103.
21. Fejer R, Leboeuf-Yde C. Does back and neck pain become more common as you get older? A systematic literature review. Chiropr Man Therap. 2012;20(1):24.
22. Hoy DG, Smith E, Cross M, Sanchez-Riera L, Blyth FM, Buchbinder R, et al. Reflecting on the global burden of musculoskeletal conditions: lessons learnt from the global burden of disease 2010 study and the next steps forward. Ann Rheum Dis. 2015;74:4-7.
23. Deyo RA, Mirza SK, Turner JA, Martin BI. Overtreating chronic back pain: time to back off? J Am Board Fam Med. 2009;22(1):62-68.
24. Meziat Filho N, Silva GA. Disability pension from back pain among social security beneficiaries, Brazil. Rev Saude Publica. 2011;45(3):494-502.
25. Dellaroza MS, Pimenta CA, Lebrao ML, Duarte YA. Association of chronic pain with the use of health care services by older adults in Sao Paulo. Rev Saude Publica. 2013;47(5):914-922.
26. H Lipschitz D. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994;21(1):55-67.
27. Grobbee DE, Hoes AW. Clinical Epidemiology. Principles, methods and applications for clinical research. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers; 2009.
28. Almeida, I. C. G. B. et al. Prevalência de dor lombar crônica na cidade de Salvador. Revista Brasileira de Ortopedia. 2008; 43(3):96-102.
29. Silva M. C; Fassa A. G; Valle, N. C. J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cadernos de Saúde Pública. 2004; 20:377-385.

30. Andrusaitis S. F; Oliveira, R.P; Barros Filho T. S. E. P. Study of the prevalence and risk factors for low back pain in truck drivers in the state of Sao Paulo, Brazil. *Clinics*. 2006; 61: 503-510.
31. Costa, L. O. et al. Clinimetric testing of three self-report outcome measures for low back pain patients in Brazil: which one is the best?. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008; 33 (22): 2459-63.
32. Cardoso et al. Prevalência de dor musculoesquelética em professores. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12: 604-614.
33. Costa LO, Maher CG, Latimer J, Ferreira PH, Pozzi GC, Ribeiro RN. Psychometric characteristics of the Brazilian-Portuguese versions of the Functional Rating Index and the Roland Morris Disability Questionnaire. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(17):1902-7.
34. Santos KA, Koszuoski R, Costa JS, Pattussi MP. Factors associated with functional incapacity among the elderly in Guatambu, Santa Catarina State Brazil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(11):2781–8.
35. Blay SL, Andreoli SB, Dewey ME, Gastal FL. Co-occurrence of chronic physical pain and psychiatric morbidity in a community sample of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(9):902–8.
36. Lima MG, Barros MB, Cesar CL, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of Sao Paulo. Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4):314–21.
37. Virtuoso Junior JS [Master's thesis]. Habitual physical activity and functional autonomy of elderly people in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2004,p 99.
38. Lima-Costa MFF. A saúde dos adultos na região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. 2004.
39. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, Douglas K, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med*. 2007;147(7):478-91.
40. Senna ER, de Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the Copcord approach. *J Rheumatol*. 2005;31(3):594–7.
41. Takahashi N, Kikuchi S, Konno S, Morita S, Suzukamo Y, Green J, et al. Discrepancy between disability and the severity of low back pain: demographic, psychologic, and employment-related factors. *Spine*. 2006;31(8):931-9.
42. Stefane, T. et al. Dor lombar crônica: intensidade de dor, incapacidade e qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1): 14-20.

43. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Rev Bras Fisioter.* 2011;15(1):31-6.
44. Alexandre NMC, Moraes MAA. Modelo de avaliação físico-funcional da coluna vertebral. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2001;9(2):62-75.
45. Kovacs FM, Abraira V, Zamora J, Fernández C. The transition from acute to subacute chronic low back pain. A Study based on determinants of quality of life and prediction of chronic disability. *Spine.* 2005;30(15):1786–92.
46. Edmond SL, Felson DT. Function and back symptoms in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(12):1702-9.
47. Ocarino JM, Gonçalves GGP, Vaz DV, Cabral AAV, Porto JV, Silva MT. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(4):343-9.
48. Torres MV. Capacidade funcional e envelhecimento. In: Malagutti W, Bergo AMA (Org.). *Abordagem interdisciplinar do idoso.* Rio de Janeiro: Ed Rubio. 2010:p.169-73.
49. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):793-8.
50. Caraviello, et al. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgias tratados com um programa de Escola de Coluna. *Acta Fisiatr.* 2005; 11(14).
51. Zanuto E. A. C. et al. Prevalence of low back pain and associated factors in adults from a middle-size Brazilian city. *Ciência saúde coletiva.* 2015; 20(5): 1575-1582.
52. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Banos JE. El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit.* 2003;17(2):97-107.
53. Reis LA, Mascarenhas CHM, Marinho Filho LEN, Borges PS. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2008;11(1):93-103.
54. Janwantanakul P, Pensri P, Moolkay P, Jiamjaras-rangsi W. Development of a risk score for low back pain in office workers-a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;12(23):2-8.
55. Silva ALR. Correlação entre lombalgia e as características antropométricas de trabalhadores bancários da cidade de Londrina PR. [monografia] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.
56. Leopoldino MAO, Diz JBM, Martins VT, Henschke N, Pereira LSM, Dias RC, et al. Prevalência de lombalgia na população idosa brasileira: revisão sistemática com metanálise. *Rev Bras Reum.* 2016;56(3):258-269.

57. Cheng YH, Chi I, Boey KW, Ko LS, Chou KL. Self-rated economic condition and the health of elderly persons in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2002;55(8):1415-24.
58. Barros RP, Mendonça R. Os determinantes da desigualdade no Brasil. In: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *A economia brasileira em perspectiva*, 2006. 1996;2:421-73.
59. Kirsch Micheletti J, Bláfoss R, Sundstrup E, Bay H, Pastre CM, Andersen LL. Association between lifestyle and musculoskeletal pain: cross-sectional study among 10,000 adults from the general working population. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019 Dec 17;20(1):609.
60. Hashimoto Y, Matsudaira K, Sawada SS, Gando Y, Kawakami R, Kinugawa C, Okamoto T, Tsukamoto K, Miyachi M, Naito H, Blair SN. Objectively Measured Physical Activity and Low Back Pain in Japanese Men. *J Phys Act Health*. 2018 Jun 1;15(6):417-422.
61. Toscano, J. J .O; Egypto, E. P. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. *Rev Bras Med Esporte*. 2001; 7(4).
62. Shiri, R. et al. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* . 2010; 171(2):135-54.
63. Nascimento, P. R. C. Costa, L. O. P. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. *Caderno Saúde Pública*. 2015; 31(6): 1141-1155
64. Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(1):167-76.
65. Pereira LV, de Vasconcelos PP, Souza LAF, de Araujo Pereira G, Nakatani AYK, Bachion MM. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Rev Latin-Amer Enfer*. 2014;22(4):662-669.
66. Cecin, H. A. Fundamentos do diagnóstico das doenças da coluna vertebral lombar. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2008. 48(1): 2-25.
67. Tagliazucchi E, Balenzuela P, Fraiman D, Chialvo DR. Brain resting state is disrupted in chronic back pain patients. *Neuroscience letters*. 2010;485(1):26–31.
68. Koenig KA, Sakaie KE, Lowe MJ, Lin J, Stone L, Bermel RA, et al. Hippocampal volume is related to cognitive decline and fornical diffusion measures in multiple sclerosis. *Magnetic resonance imaging*. 2014;32(4):354–358.
69. Shavers VL, Bakos A, Sheppard VB. Race, ethnicity, and pain among the U.S. adult population. *J Health Care Poor Underserved*. 2010;21(1):177–220.
70. Gagliese L, Melzack R. Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain* 2003; 104(3):597–608.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Paciente: _____

RG: _____ Sexo: M () F ()

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ n°: _____ apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone:DDD (____) _____

Gostaríamos de convidá-lo a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a dor e a dificuldade de fazer as atividades diárias tais como: levantar objetos, caminhar, sentar, levantar e dormir. Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr. (a) se disponibilize a participar de entrevistas. A avaliação terá duração de aproximadamente 45 minutos e será realizada em um único dia. O Sr. (a) deverá responder a questionários para avaliar a dor e sua capacidade para fazer as atividades do dia a dia. Os procedimentos de avaliação envolvidos no estudo serão realizados gratuitamente sem qualquer ônus para a Universidade. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar como se comporta a dor lombar. Os riscos da sua participação nesta pesquisa podem refletir mediante a aplicação do questionário, podendo ocorrer níveis incomuns de constrangimento, causando experiências negativas. A literatura considera que, potencialmente, todo experimento pode provocar danos permanentes ou eventuais de natureza física, psicológica, social, moral, intelectual, cultural, espiritual e econômica, em virtude de as informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos. O (a) Sr. (a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Declaro que estou ciente dos procedimentos envolvidos na pesquisa “**PREVALÊNCIA DE DOR LOMBAR EM IDOSOS DA CIDADE DE MACAPÁ-AP**” e que todos os dados e informações por mim concedidos serão totalmente sigilosos, não sendo revelada de forma alguma a minha identificação.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

São Paulo, ____ de _____, 2017.

Assinatura do Voluntário

Assinatura do Pesquisador

Responsável pela pesquisa: Amélia Pasqual Marques – Rua Cipotânia, 51 – Cidade Universitária. Telefone: (011) 3091.8423.

Pesquisador: Luiz Armando Vidal Ramos – Rua Cipotânea, 51, Butantã, São Paulo-SP-
Telefone: Celular (011) 98567-4888

ANEXO 2



APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 08/06/2016, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **189/16** intitulado: “**PREVALÊNCIA DE DOR LOMBAR EM IDOSOS DE DIFERENTES POPULAÇÕES BRASILEIRAS**” apresentado pelo Departamento de FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Amélia Pasqual Marques

Pesquisador (a) Executante: Jose Eduardo Pompeu

CEP-FMUSP, 13 de Junho de 2016.

Profa. Dra. Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO 3

AValiação DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS E COMPORTAMENTAIS

Nível Demográfico:

Sexo: M F

Data de Nascimento: ___/___/___ Local de Nascimento: _____

Situação Conjugal: _____

Nível educacional:

- Primeiro grau incompleto Primeiro grau completo Segundo grau incompleto
 Segundo grau completo Superior incompleto Superior completo Pós
graduação

Nível Sócio-Econômico:

- Classe A – Acima de R\$ 15.760,01
 Classe B - De R\$ 7.880,01 a R\$ 15.760,00
 Classe C - R\$ 3.152,01 a R\$ 7.880,00
 Classe D- De R\$ 1.576,01 a R\$ 3.152,00
 Classe E – Até R\$ 1.576,00

Nível Comportamental:

Atividade Física:

- Sedentário – Nenhuma atividade física durante 10 minutos contínuos;
 Insuficientemente ativo – Atividades leves com duração de 10 minutos em 5 dias
da semana
 Ativo – Atividades moderadas com duração superior a 20 minutos de 3 a 5 dias
por semana;
 Muito Ativo – Atividades vigorosas com duração superior a 30 minutos e por mais
que 5 dias na semana.

Tabagismo

- Não fumante – Nunca fumou
 Fumante – Consome qualquer número de cigarros/dia
 Ex-Fumante – Abandonaram o hábito há mais de um ano

Nível ocupacional:

Você está trabalhando atualmente? Sim Não

Tempo de ocupação: _____ anos

Exposição da ocupação: Sentado Em pé Vibrações/Trepidações

Agachado Deitado Ajoelhado Carregar peso Movimentos repetitivos

Satisfação no trabalho: Muito Satisfeito Satisfeito Insatisfeito

Variáveis Antropométricas

Peso: _____ Kg Altura: _____ metros IMC: _____ Kg/m²

Nível Emocional:

Você se considera uma pessoa estressada? Muito Pouco Não sei

Você se considera uma pessoa ansiosa? Muito Pouco Não sei

Você se considera uma pessoa deprimida? Muito Pouco Não sei

*Você classifica sua saúde como:

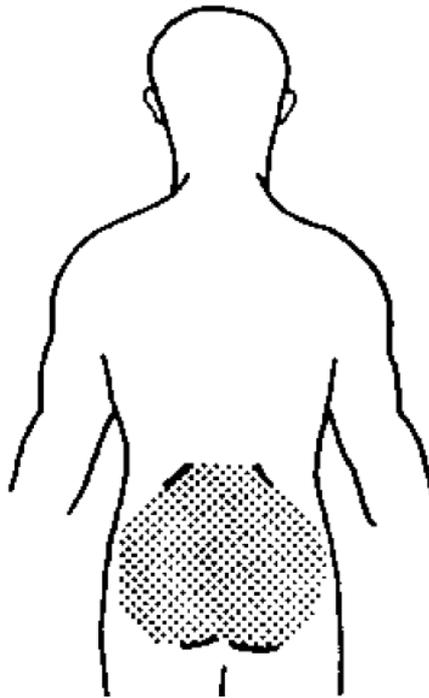
Excelente Muito boa Boa Regular Ruim

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO SOBRE PREVALÊNCIA DA DOR LOMBAR

Definição de um episódio de dor lombar:

“Dor lombar é qualquer dor entre a última costela e a parte inferior das nádegas com duração superior a 24 horas, precedido de 30 dias sem dor”.



Prazo: Pontual (nesse momento)

Você está sentindo dor na região lombar (área mostrada na figura)?

Sim Não

Se SIM, essa dor foi o suficiente para limitar suas atividades habituais ou mudar sua rotina diária por mais de um dia?

Sim Não não se aplica

Essa dor está irradiando para a perna (ciática)?

Sim Não não se aplica

Se SIM, essa dor está estendendo abaixo do joelho?

Sim Não não se aplica

Prazo: 365 dias

Você sentiu dor na região lombar (área mostrada na figura)?

Sim Não

Se SIM, essa dor foi o suficiente para limitar suas atividades habituais ou mudar sua rotina diária por mais de um dia?

Sim Não não se aplica

Essa dor irradiou para a perna (ciática)?

Sim Não não se aplica

Se SIM, essa dor se estendeu abaixo do joelho?

Sim Não não se aplica

Se você teve dor lombar nos últimos 365 dias, qual foi a frequência de aparecimento dessa dor?

Em alguns dias Na maioria dos dias Todos os dias não se aplica

Se você teve dor lombar nos últimos 365 dias, quanto tempo durou desde que você teve um mês inteiro assintomático?

- Menos de 3 meses
- 3 meses ou mais, mas menos de 7 meses
- 7 meses ou mais, mas menos de 3 anos
- 3 anos ou mais
- não se aplica

Prazo: Em algum momento de sua vida

Você sentiu dor na região lombar (área mostrada na figura)?

Sim Não

Se SIM, essa dor foi o suficiente para limitar suas atividades habituais ou mudar sua rotina diária por mais de um dia?

Sim Não não se aplica

Essa dor irradiou para a perna (ciática)?

Sim Não não se aplica

Se SIM, essa dor se estendeu abaixo do joelho?

Sim Não não se aplica

Se você teve dor lombar em algum momento de sua vida, qual foi a frequência de aparecimento dessa dor?

Em alguns dias Na maioria dos dias Todos os dias não se aplica

Se você teve dor lombar em algum momento de sua vida, quanto tempo durou desde que você teve um mês inteiro assintomático?

- Menos de 3 meses
- 3 meses ou mais, mas menos de 7 meses
- 7 meses ou mais, mas menos de 3 anos
- 3 anos ou mais
- não se aplica

OBS: Não relatar dor de uma doença febril ou menstruação.

ANEXO 5

ESCALA NUMÉRICA DE DOR

Gostaria que você desse uma nota para sua dor numa escala de 0 a 10 onde 0 seria nenhuma dor e 10 seria a pior dor possível. Por favor, dê um número para descrever sua média de dor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nenhuma
Dor

Pior dor
possível

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE ROLAND MORRIS

Instruções:

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldades em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas têm utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você ler (ou ouvir) estas frases, poderá notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ler (ou ouvir) a lista pense em você hoje. Quando ler ou ouvir uma frase que descreve você hoje, responda sim. Se a frase não descreve você, então responda não e siga para a próxima frase. Lembre-se, responda sim apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

(sim)	(não)	1.	Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	2.	Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.
(sim)	(não)	3.	Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	4.	Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
(sim)	(não)	5.	Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.
(sim)	(não)	6.	Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar frequentemente.
(sim)	(não)	7.	Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
(sim)	(não)	8.	Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
(sim)	(não)	9.	Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	10.	Eu somente fico de pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	11.	Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.
(sim)	(não)	12.	Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	13.	As minhas costas doem quase o tempo todo.
(sim)	(não)	14.	Tenho dificuldade em me virar na cama por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	15.	Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.
(sim)	(não)	16.	Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
(sim)	(não)	17.	Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
(sim)	(não)	18.	Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	19.	Por causa de minhas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
(sim)	(não)	20.	Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	21.	Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.
(sim)	(não)	22.	Por causa de minhas dores nas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
(sim)	(não)	23.	Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.
(sim)	(não)	24.	Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.