

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Fabiola Maria de Almeida Figueiredo

**EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DA ASSOCIAÇÃO DA
ACUNCUPTURA AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA
LOMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA**

Coimbra, 2008

FACULDADE DE MEDICINA DE COIMBRA

Fabíola Maria de Almeida Figueiredo

**EFEITOS NA QUALIDADE DE VIDA DA ASSOCIAÇÃO DA
ACUNCUPTURA AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA
LOMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra, para a obtenção do grau de Mestre em
Saúde Ocupacional.

Orientador – Professor Doutor Joaquim Viana

Coimbra, 2008

AGRADECIMENTOS

O meu profundo agradecimento às pessoas a seguir mencionadas, por todo o apoio e/ou orientação concedidos:

Aos meus pais, Conceição e Carlos.

Ao meu orientador Professor Doutor Joaquim Viana.

À minha família.

A todos os meus amigos, em especial ao João, Paulo, Paula, Celeste e Dr. Raimundo.

À Dr.^a Maria Prazeres Francisco, Dr. Gonçalo Pimenta e Enf.^a Andreia Rocha do Centro de Saúde Eiras.

Ao Dr. Eduardo Francisco, da Extensão de Saúde de Taveiro.

À Dr.^a Alcina Piçarra, da Extensão de Saúde de São Romão.

À Dr.^a Constança Miranda, de Aveiro.

Ao Dr. Gustavo Quaresma, de Leiria.

Ao Dr. Almeida Ferreira, de Viseu.

Ao Dr. Luís André, Dr. Varão Nolasco e colegas, que realizam acupunctura no âmbito da Pós-graduação em Acupunctura da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, no serviço de Medicina Física e Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Ao Dr. Manuel Mariz, Dr. Francisco Cabrita, Dr. Fernando Gomes, Sr. Fernando, do serviço de Neurocirurgia dos HUC.

À Dra. Elena

Ao Professor Doutor José Manuel Marques, pelo apoio no tratamento estatístico dos dados, profissional reconhecidíssimo na área.

À Prof.^a Fernanda Herdeiro e Ricardo.

A todos os utentes que participaram neste estudo, tornando possível a sua execução.

RESUMO

Introdução: A dor lombar, nomeadamente a lombalgia inespecífica crónica, apresenta elevados índices de prevalência, sendo uma das causas mais comuns de atendimento médico. Constituído uma das principais causas de limitação da actividade física e da qualidade de vida das pessoas em idade activa, tem importantes reflexos no absentismo e na diminuição de produtividade.

Objectivos: Comparar doentes tratados com acupunctura associada a tratamento conservador com doentes tratados em Centros de Saúde exclusivamente com tratamento conservador, no que respeita à evolução do nível de dor, da incapacidade funcional e globalmente na qualidade de vida (QDV).

Tipo de estudo: Estudo observacional, controlado, não randomizado.

Doentes: A amostra foi constituída por 60 indivíduos, 30 submetidos a acupunctura associada a tratamento conservador em consultórios (Grupo I) e 30 submetidos exclusivamente a tratamento conservador em Centros de Saúde (Grupo II, de controlo).

Metodologia: Foram dois os momentos de avaliação: antes do início do tratamento e três meses depois, considerado como final do tratamento. Utilizaram-se como instrumentos de avaliação uma Escala Visual Análoga para Avaliação da Dor, o Índice de Oswestry sobre Incapacidade (versão 2.0), Questionário WHOQOL-BREF e o Questionário MOS-SF 36 (versão 2.0) para avaliação da QDV e ainda a Escala Visual Análoga para avaliação de outros parâmetros, entre os quais a Satisfação com o Tratamento e a Satisfação com a Relação com o Profissional de Saúde.

Resultados: Os dois grupos não eram diferentes nos seus aspectos demográficos. Comparando os resultados do início e do final do estudo dentro de cada grupo, verificamos em ambos uma diminuição significativa da intensidade de dor, aumento da QDV e ainda uma melhoria significativa na capacidade funcional (embora o Grupo I apresentasse menor incapacidade funcional inicialmente). No final dos tratamentos, comparando os grupos entre si, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na intensidade da dor, incapacidade funcional, QDV e satisfação com o tratamento. Relativamente à relação do doente com o profissional de saúde, o Grupo I apresenta maior satisfação nessa relação. No que respeita ao absentismo laboral, os dois grupos apresentam um índice elevado.

Conclusão: O nosso estudo não permitiu detectar dados estatisticamente significativos que traduzam vantagens na adição da acupunctura ao tratamento conservador excepto o facto de o doente considerar de maneira mais favorável a sua relação com o profissional de saúde. Contudo, as características do nosso estudo aconselhariam a que o assunto seja reavaliado num estudo randomizado, com ocultação e maior número de doentes.

Palavras-chave: acupunctura, tratamento conservador, qualidade de vida, dor, incapacidade funcional, absentismo laboral.

ABSTRACT

Introduction: The high prevalence rate of back pain, especially chronic nonspecific low back pain, makes this condition one of the most common reasons for seeking medical help. It is also one of the major causes of physical limitation for working age people and results in absence from work and lowered productivity.

Settings: To compare the evolution of pain levels, functional disability and global quality of life (QOF) in patients treated with acupuncture as complementary to conservative treatment and patients receiving only conservative treatment in National Health Centres.

Type of study: Observational, controlled, non-randomized.

Patients: The sample was made up of 60 individuals: 30 underwent conservative treatment as well as acupuncture treatment in private practices (Group I); 30 underwent only conservative treatment in National Health Centres (Group II or control group).

Methodology: Patients were assessed at two different times: before treatment began and three months later (which was considered the end of treatment). The following questionnaires were used: the Visual Analogue Pain Assessment Scale, the Oswestry Disability Index 2.0, the WHOQOL-BREF instrument, and the MOS-SF 36 General Health Survey Questionnaire 2.0 to assess QOF. The Visual Analogue Scale was used to assess other parameters such as Satisfaction with Treatment and Satisfaction with Health Care Professionals.

Results: The two groups had the same demographic characteristics. A comparison of the results obtained within each group at the beginning and at the end of the study shows a marked decrease in pain intensity as well as significant improvement in quality of life and functional capacity (unless Group I had a lower degree of functional disability). However, a comparison between the two groups at the end of treatment did not reveal significant differences as to levels of pain, functional disability, QOL or satisfaction with treatment. Group I showed a higher degree of satisfaction with the relation between patient and health care professional. Absence from work is high in both groups.

Conclusion: Our study was unable to detect any statistically significant data that shows advantages in the association of acupuncture to conservative treatment, except for a more favourable relation among patients and health care professionals. Nevertheless, this study shows the need for reassessment in a randomized, blind study involving a higher number of patients.

Key words: acupuncture, conservative treatment, quality of life, pain, functional disability, absence from work.

ABREVIATURAS

Dr. - Doutor

Enf^a – Enfermeira

Hz- Hertz

P. ex. – Por exemplo

Prof^a- Professora

Prof. - Professor

SIGLAS

AINES - Anti-Inflamatórios Não Esteróides

EA – Electroacupunctura

EMG - Electromiografia

EVA – Escala Visual-Análoga

GERAC-cLBP - German Acupuncture Trial For Chronic Low-Back Pain

HTA – Hipertensão Arterial

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

IMC – Índice de Massa Corporal

IQOLA - International quality of Life Assessment

ISSLS - International Society for The Study of Lumbar Spine

LIC – Lombalgia Inespecífica Crónica

MOS SF-36 - Medical Outcomes Study – Short form, Versão Portuguesa 2.0

ODQ – Oswestry Disability Questionnaire

OMS - Organização Mundial de Saúde

QDV – Qualidade de Vida

TAC -Tomografia Axial Computorizada

RMN - Ressonância Magnética Nuclear

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1 - LOMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA.....	19
1.1 – ANATOMOFISIOLOGIA DA COLUNA VERTEBRAL.....	19
1.1.1 – Região lombar.....	21
1.2 – DEFINIÇÃO DE LOMBALGIA.....	22
1.2.1– Lombalgia inespecífica.....	23
1.2.2. - Lombalgia crónica.....	25
1.3 – ETIOLOGIA DA LOMBALGIA.....	26
1.3.1 – Factores de risco.....	27
1.4 – EPIDEMIOLOGIA DA LOMBALGIA.....	31
1.4.1 - Lombalgia ocupacional.....	32
1.4.2 - Profissões de risco.....	34
2 – TRATAMENTO DA LOMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA.....	35
2.1 – TRATAMENTO CONSERVADOR.....	36
2.2 – TRATAMENTO POR ACUPUNCTURA.....	38
2.2.1 – Definição.....	39
2.2.2 – Mecanismo de actuação.....	40
2.2.3 – Tratamento.....	41
2.3. – ADESÃO E SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO DA PESSOA COM LOMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA.....	46
3– QUALIDADE DE VIDA.....	48

3.1 – CONCEITO DE SAÚDE, DOENÇA E QUALIDADE DE VIDA.....	48
3.2 – QUALIDADE DE VIDA EM SAÚDE E INDICADORES EM SAÚDE.....	49
3.3 – QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOR LOMBAR.....	50
3.3.1 - Tratamento com acupuntura em associação ao tratamento conservador da pessoa com dor lombar.....	51
3.3.2 – Papel dos profissionais de saúde na qualidade de vida da pessoa com lombalgia ocupacional.....	54
II PARTE – ESTUDO EXPERIMENTAL	
1. – OBJECTIVOS/HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO.....	57
2. – METODOLOGIA.....	58
2.1. – TIPO DE ESTUDO.....	58
2.2. – VARIÁVEIS DO ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	58
2.3. – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	60
2.4. – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	61
2.4.1.– Questionário Sócio-Demográfico.....	62
2.4.2. – Escala Visual-Analóga (EVA).....	63
2.4.3. – Índice de Owesry para Incapacidade, Versão Portuguesa 2.0 (ODQ).....	64
2.4.4.- Escala de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....	65
2.4.5.- Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36), Versão Portuguesa 2.0.....	67
2.4.6.- Escala Visual-Análoga de Satisfação com o Tratamento.....	68
2.4.7. - Escala Visual-Análoga de Satisfação com a Relação Profissional de Saúde-Doente.....	69

2.5. – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS.	
NA COLHEITA DE DADOS.....	69
2.6. – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	69
3– RESULTADOS.....	71
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	93
4.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	103
5 – CONCLUSÃO.....	106
BIBLIOGRAFIA	

ANEXOS

- Escala Visual-Analógica de Avaliação da Dor (EVA) (ANEXO I);
- Índice de Owestry Sobre Incapacidade, Versão Portuguesa 2.0 (ODQ) (ANEXO II);
- Escala de avaliação de QDV (WHOQOL-BREF) (ANEXO III);
- Questionário de estado de saúde (MOS SF-36, Versão Portuguesa 2.0) (ANEXO IV);
- Escala Visual-Análoga de Satisfação com o Tratamento (EVA) (ANEXO V);
- Escala Visual-Análoga de Satisfação com a Relação Profissional de Saúde-Doente (EVA) (ANEXO VI).

APÊNDICES

- Consentimento informado (APÊNDICE I);
- Questionário sócio-demográfico (APÊNDICE II).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Imagem da coluna vertebral.....	21
Figura 2 - Pontos de acupuntura a estimular na região lombossagrada.....	43
Figura 3 – Corte transversal através da IV vértebra lombar. Ponto-alvo da agulha em caso de inserção perpendicular.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da lombalgia.....	27
Quadro 2 – Lombalgia/ausência do trabalho.....	33
Quadro 3 – Classificação Nacional de Profissões.....	63
Quadro 4 – Domínios e Facetas do WHOQOL – BREF.....	66
Quadro 5 - Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach para os domínios do MOS SF-36..	71
Quadro 6 - Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach para os domínios do WHOQOL-BREF.....	72
Quadro 7 - Coeficiente <i>alpha</i> de Cronbach para o ODQ.....	72
Quadro 8 - Intensidade da dor (EVA).....	73
Quadro 9 - Incapacidade funcional (ODQ).....	73
Quadro 10 - QDV (MOS SF-36).....	74
Quadro 11 - QDV (WHOQOL-BREF).....	76
Quadro 12 - Satisfação com o tratamento.....	77
Quadro13 – Satisfação com a relação com os profissionais de saúde.....	77
Quadro 14 – Profissão.....	78
Quadro 15 - Tarefas profissionais.....	79
Quadro 16 - Condições de trabalho.....	80
Quadro 17 - Período de incapacidade.....	80
Quadro 18 - Tipo de incapacidade.....	81
Quadro 19 - Idade e IMC.....	81
Quadro 20 – Tempo de Evolução da lombalgia.....	82
Quadro 21 – Medicação.....	82
Quadro 22 - Alteração da medicação.....	83

Quadro 23 - Tratamento inicial.....	84
Quadro 24 - Alteração dos tratamentos.....	85
Quadro 25 - Dor irradiada para a perna.....	86
Quadro 26 - Tempo de evolução da dor irradiada para a perna.....	86
Quadro 27 - Exames complementares de diagnóstico.....	87
Quadro 28 - Tipo de acupunctura, tipo de tratamento instituído, alteração do tipo de acupunctura e o tipo de acupunctura final.....	88
Quadro 29 - Número de tratamentos de acupunctura e o número de tratamentos por semana.....	88
Quadro 30 – Comorbilidade.....	89
Quadro 31 - Terapêutica secundária.....	90
Quadro 32 – Depressão.....	90
Quadro 33 - Evolução da depressão.....	91
Quadro 34 - Incapacidade funcional em função da depressão.....	92

INTRODUÇÃO

“Nós somos o que repetidamente fazemos” (Aristóteles)

A dor lombar tem uma prevalência extremamente elevada e é a segunda causa mais comum de atendimento médico. No entanto, em 85% dos casos não é possível fazer nenhum diagnóstico específico¹.

A lombalgia idiopática, antigamente assim designada, pois não se achava um substrato para sua causa, e que hoje é denominada de lombalgia inespecífica, é a forma anatomoclínica inicial de apresentação e a mais prevalente das causas de natureza mecânico-degenerativas².

A lombalgia inespecífica, apanágio da dor músculo-esquelética, constitui assim o corolário de um problema de origem multifactorial que afecta, nos países desenvolvidos, uma parte considerável da população. Esta condição possui sérias repercussões a diferentes níveis (funcional, psicossocial e sócio-económico, nomeadamente ao nível do absentismo laboral), sendo que a população jovem é especial e comumente afectada³, com resultados de prevalência de dor a variar entre os 12%⁴ e os 57%⁵.

Uma das classificações para a lombalgia do ponto de vista evolutivo, atribui-lhe a condição de cronicidade², acentuando assim as repercussões aos diversos níveis atrás referenciados.

Estima-se que cerca de dois milhões de portugueses sofram de dor crónica e que os gastos do País, só com as lombalgias, em cuidados de saúde e nos custos provocados por absentismo e perdas de produtividade ronde os dois mil milhões de euros por ano⁶.

A dor lombar constitui a primeira causa de limitação da actividade física antes dos 45 anos de idade, e a segunda entre os 45 e os 65 anos. São a segunda causa da consulta em Clínica Geral, e a primeira em Reumatologia⁷.

A estimativa de prevalência durante a vida é de 60-90% e a incidência anual é de 5%. É responsável por cerca de 15% das baixas médicas. Aliás, o tempo que um doente permanece ausente do trabalho devido a problemas lombares está relacionado com as probabilidades de este regressar ao trabalho, numa proporção inversa¹.

Surge daqui a pertinência do estudo das diversas alternativas terapêuticas no tratamento desta patologia, com vista à sua optimização e benefícios para a QDV da pessoa.

A lombalgia inespecífica tradicionalmente submetida a tratamento conservador. Este pode incluir recomendação de repouso no leito por tempo determinado, instituição de terapêutica medicamentosa, modificação na actividade, exercício programado e educação para a saúde¹.

No entanto, outros tratamentos complementares começam a evidenciar-se, existindo diversos estudos que comprovam a sua eficácia.

Nomeadamente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o uso da acupunctura para vários tipos de patologias, como por exemplo, enxaquecas, problemas gastro-intestinais, alergias e dores diversas, como a dor crónica, em que se insere a lombalgia inespecífica crónica.

Em 2004, Guthlin, Lange & Walach apresentaram a evidência do benefício subjectivo de técnicas como o da acupunctura em pacientes portadores de dores crónicas⁸. Estudos desenvolvidos em 2006 demonstram que existe uma forte evidência do benefício da acupunctura, enquanto terapia complementar, no tratamento da lombalgia inespecífica aos 24 meses de tratamento⁹.

A acupunctura é uma técnica terapêutica em crescente procura, em virtude, da simplicidade da técnica, eficácia e rapidez⁸, sendo que se encontra rapidamente saindo da área da medicina “alternativa”, por fundamentar-se mais solidamente que outros tratamentos alternativos em pesquisa¹⁰.

A investigação científica sugere igualmente que os seus efeitos terapêuticos e analgésicos são o resultado de acções bioquímicas e neurofisiológicas. Tecnicamente bem executada, apresenta um reduzido risco de efeitos secundários, tendo um binário - custo (baixo) - benefício (positivo)¹¹.

Sendo que são diversos os factores de risco envolvidos na lombalgia - biomecânicos, antropométricos e psicossociais, também a abordagem desta problemática vigente deve ser encarada segundo uma perspectiva holística, envolvente de múltiplos elementos e interacção constante, numa configuração de causalidade circular e interactiva³.

Guthlin, Lange & Walach concluem que as terapias alternativas devem ser estudadas através de uma metodologia científica por serem cada vez mais procuradas pelas pessoas para a melhoria da sua QDV.

Daí que esta realidade deva ser entendida com base numa filosofia de intervenção holística, multidimensional e interdisciplinar³.

A decisão de estudar a importância da optimização da QDV da pessoa com lombalgia inespecífica crónica (LIC) decorreu da nossa vivência e experiência como profissional de saúde (nomeadamente por a autora trabalhar na área Neurocirúrgica), durante as quais, observámos que esta patologia condicionava gravemente a pessoa ao nível funcional, psicológico e social. Foi também visível a aderência destas, a terapias complementares, concomitantemente com o tratamento convencional, com vista à obtenção de benefícios para a sua qualidade de vida.

Os profissionais de saúde podem desenvolver competências interligando os seus saberes ao nível da medicina convencional com técnicas complementares.

Este estudo tem como objectivo primário comparar, no que respeita à QDV, dor e incapacidade funcional nas pessoas com LIC tratados por acupunctura em consultórios ou exclusivamente nos centros de saúde.

Para além disso, foram objectivos secundários do estudo:

- Verificar a presença de factores ocupacionais considerados de risco nas pessoas com LIC;
- Avaliar o grau de satisfação com os tratamentos instituídos;
- Avaliar o grau de satisfação com a relação profissional de saúde-doente.
- Avaliar a adesão aos tratamentos instituídos;
- Verificar a presença de depressão nas pessoas com LIC e sua correlação com a incapacidade funcional.

No que diz respeito ao nosso objectivo primário delineámos as seguintes hipóteses:

H1: As pessoas com LIC submetidas a acupunctura enquanto tratamento complementar, no final do tratamento, apresentam uma menor incapacidade funcional do que as submetidas a tratamento conservador.

H2: As pessoas com LIC submetidas a acupunctura enquanto tratamento complementar, no final do tratamento, apresentam um menor índice de dor do que as pessoas submetidas a tratamento conservador.

H3: As pessoas com LIC submetidas a acupunctura enquanto tratamento complementar, no final do tratamento, apresentam maiores ganhos de QDV do que as pessoas submetidas a tratamento conservador.

Optámos por um estudo observacional, realizado em humanos adultos, com carácter longitudinal, no qual se avaliaram diversos aspectos da acupunctura em consultórios, servindo

como controle pessoas semelhantes tratadas em Centros de Saúde exclusivamente com tratamento conservador.

A nossa população consiste numa amostragem não probabilística de conveniência, submetida a critérios de inclusão e exclusão:

. Grupo I (grupo-caso) – pessoas seguidas em consulta em consultório (cujos clínicos pertencem à Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura), com diagnóstico clínico de LIC, que efectuem tratamento conservador até à data, submetidos posteriormente à terapia complementar (acupunctura). De ressaltar que algumas pessoas foram seleccionados a partir da consulta de acupunctura que se encontra a ser efectuada no serviço de Medicina Física e Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no âmbito do estabelecimento de um protocolo com a Pós-Graduação em Acupunctura Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

. Grupo II (grupo-controle) – pessoas seguidas em consulta em Centro de Saúde, com diagnóstico clínico de LIC, submetidos a tratamento conservador.

Este trabalho encontra-se estruturado em duas partes fundamentais, a primeira compreende o enquadramento teórico e a segunda ao estudo de avaliação da evolução da QDV, dor e da incapacidade funcional da pessoa com LIC.

No enquadramento teórico analisámos: conceitos, classificação, anatomofisiologia, etiologia e epidemiologia da LIC, possibilidades de tratamento e satisfação com este e QDV, efectuando uma revisão de alguns estudos efectuados na área. Abordámos igualmente o conceito de lombalgia ocupacional.

Na segunda parte, desenvolveu-se o processo metodológico que compreende os aspectos metodológicos, a apresentação e análise de dados, a discussão dos resultados, limitações do estudo e as conclusões do trabalho com as respectivas sugestões e implicações práticas.

Almejou-se alcançar dados estatisticamente relevantes que permitam estabelecer a importância da complementaridade das diferentes terapias na optimização da qualidade de vida da pessoa com lombalgia inespecífica crónica, nomeadamente ao nível da obtenção de benefícios na vertente da dor e capacidade funcional. Tratando-se de um estudo desenvolvido

na área da Saúde Ocupacional, estes benefícios serão certamente importantes para a sua capacidade laboral.

Esperamos que este trabalho seja útil e proveitoso não só a nós que o elaborámos, mas também para os possíveis leitores.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - LOMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA

O aumento da quantidade de pessoas incapacitadas devido a lombalgias levou a um completo repensar da abordagem em relação a esta patologia e do seu tratamento¹².

No entanto, apesar do avanço dos meios de diagnóstico, a lombalgia permanece um enigma na sociedade moderna e um grande dilema para a medicina, na medida em que não há universalidade ou standardização das desordens dolorosas da coluna lombar, permanecendo como um sintoma de etiologia vaga. Numerosos termos predominam na literatura junto com mecanismos não específicos e, por isso, regimes de tratamento não específicos¹³.

Os movimentos mais generalizáveis e quotidianos possíveis de imaginar precisam de uma forte sustentação do tronco. É dele que emana a força que permite um esforço muscular mais económico e orientado, bem como uma protecção articular devida¹⁴.

Uma compreensão clara da anatomia da coluna, dos aspectos pertinentes desde a anamnese ao exame clínico, de estudos laboratoriais e imagiológicos relevantes, das causas das dores lombares e do tratamento, otimizará a assistência aos doentes¹⁵.

1.1 – ANATOMOFISIOLOGIA DA COLUNA VERTEBRAL

A coluna vertebral é um agregado de segmentos articulados, sobrepostos, em que cada um dos quais é uma unidade funcional. A função da coluna vertebral é suportar um animal ou homem bípede numa posição erecta, equilibrada mecanicamente para conformar-se à força da gravidade e permitir a locomoção e auxiliar nos movimentos voluntários¹⁶.

A unidade funcional é composta por dois segmentos: o segmento anterior, contendo dois corpos vertebrais adjacentes, um sobreposto ao outro e separados por um disco intravertebral e o segmento posterior, neural. O segmento anterior é essencialmente uma estrutura de sustentação, flexível, para suporte de peso e absorção de choques. O segmento posterior não é uma estrutura de suporte de peso, mas contém e protege as estruturas neurais do sistema nervoso central, bem como articulações emparelhadas que funcionam dirigindo o movimento da unidade funcional¹⁶.

Para além de suporte do peso, a coluna vertebral transmite forças através da pelve para os membros inferiores, transporta e posiciona a cabeça e ajuda na manobra dos membros superiores. A coluna vertebral estabiliza e mantém o eixo longitudinal do corpo, apresentando quatro curvaturas sagitais: cervical, torácica, lombar e sagrada¹⁶.

A mobilidade normal da coluna vertebral, particularmente da zona cervical e lombar traduz-se numa diferença assinalável no tamanho e formato do canal vertebral e do seu volume. O seu conteúdo deve adaptar-se a estas mudanças sem prejuízo das diversas funções¹⁶.

As diferentes regiões da coluna vertebral contribuem para a composição da estrutura do tórax, abdómen e pelve e, para além de suportarem cada uma destas partes do corpo, providenciam ligações para as fascias e músculos e locais de articulação para outros ossos. A coluna vertebral é flexível devido aos seus ligamentos móveis, as vértebras. Elas diferem em forma e tamanho, mas geralmente têm a mesma disposição. Desde a cabeça até à pelve, a coluna suporta progressivamente mais peso¹⁴.

A ausência de curvaturas implicaria uma redução de dezassete vezes a sua resistência. A sua estabilidade depende dos ligamentos e músculos, todavia, a sua forma e as suas partes constituintes conferem-lhe ainda mais suporte. Dividem-se em 24 vértebras móveis pré-sacrais:

- . 7 vértebras cervicais;
- . 12 vértebras dorsais;
- . 5 vértebras lombares;
- . 5 vértebras sagradas (sacro);
- . 4-5 vértebras coccígeas (cócix).¹⁷

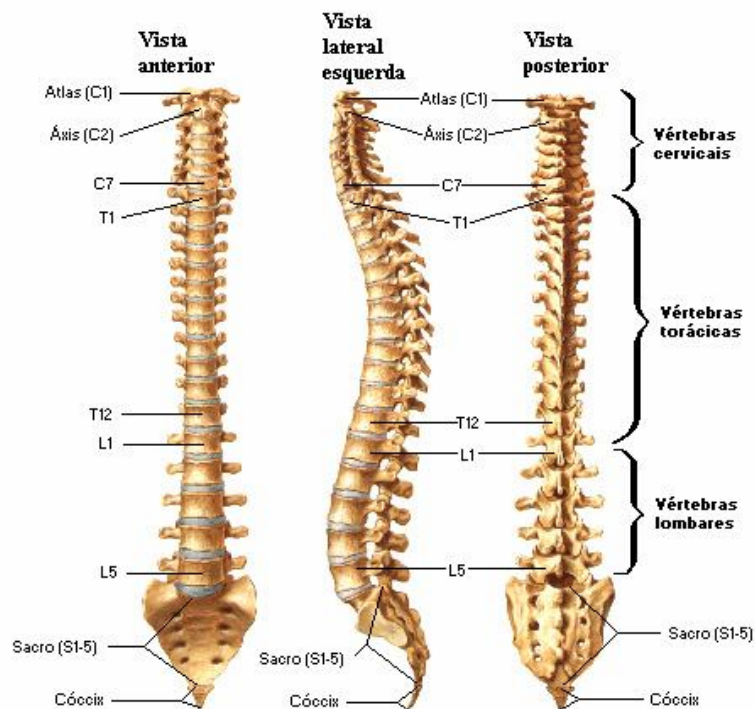


Figura 1 – Coluna vertebral ¹⁸

1.1.1 – Região lombar

Para muitos pesquisadores e clínicos, a região lombar da coluna é de particular interesse, uma vez que a lombalgia é o principal problema médico e sócio-económico dos tempos modernos.¹⁹

Na sequência da ausência de costelas existe uma maior mobilidade na zona lombar do que na região torácica, excepto na rotação. Esta zona sustenta a maioria do peso corporal e ajuda na sua distribuição. O centro de gravidade está situado anteriormente à segunda vértebra sacra. Os segmentos L1 e L4 estão localizados no plano sagital, enquanto que os segmentos L4/5 a L5/S1 estão mais alinhadas no plano frontal e realizam mais flexão e extensão na zona lombar inferior do que na superior, devido à orientação das facetas articulares. Os movimentos de acoplamento não estão muito bem fundamentados, mas crê-se que eles existam na coluna lombar e que, como qualquer movimento acoplado, tem por base a posição sagital da coluna.¹⁷

A região lombar no seu conjunto é constituída por:

- . ângulo sacro (30°);
- . ângulo lombossacro (140°);
- . ângulo de inclinação pélvica (60°);
- . seta de lordose lombar – representa o seu ponto máximo ao nível da 3^o vértebra lombar;
- . reversão posterior – representa a distância entre as margens posteriores da 1^a para a 5^a vértebra lombar.²⁰

A região lombar parece estar relacionada com os discos intervertebrais (40%), a articulação sacro-ilíaca (15%) e a articulação zigoapófisária, sinovial (15%). A articulação desta zona é uma sinovial e aparece entre os processos articulares superiores e inferiores, é a mais difícil de estabelecer em termos de lesão e em sentido inferior, pois existem cada vez maiores diferenças entre lâminas e processos espinhosos. Este espaço, contudo, favorece a intervenção clínica em várias desordens. Estudos demonstram um acréscimo na zona lombar (L3) de 40 kg na passagem da posição bípede para a sentada. A pressão discal na zona lombar é máxima quando se sustenta algum peso em posição sentada.²¹

1.2 – DEFINIÇÃO DE LOMBALGIA

As lombalgias, simples ou com irradiação para os membros inferiores, são reconhecidas desde há séculos, estando descrito por Hipócrates o seu tratamento com tracções e manipulações. Atingem actualmente níveis epidémicos, tendo a sua incidência aumentado durante a última metade do século XX. As suas causas estão ainda mal esclarecidas, estimando-se que até 80% de todos os adultos eventualmente terão, pelo menos numa ocasião, lombalgia durante a sua vida.²²

A sua prevalência na população em geral oscila entre os 10% e os 45% e a sua incidência na mesma população é de 5 a 10%.²³

Estão relacionadas com problemas músculo-esqueléticos devido a causas mecânicas, inflamatórias, degenerativas, infecciosas ou neoplásicas. A dor é o sintoma mais referido e a maior razão de incapacidade. A patologia específica de lombalgia é, em parte, desconhecida.²⁴

É um sintoma muito frequente na população; caracteriza-se por dor na região lombar, irradiando, por vezes, para os membros inferiores. Apesar dos enormes progressos verificados na ciência médica, continua a ser uma entidade complexa, sem uma estratégia bem definida, quer no respeitante às técnicas de diagnóstico quer aos meios terapêuticos médicos e cirúrgicos. Esta indefinição decorre do facto de ser uma síndrome plurifactorial em que a dor traduz situações de fisiopatologia diferentes.²³

A patologia da coluna cervical pode resultar em compressão da medula espinhal, mas a patologia da coluna lombar não. As estruturas sensíveis à dor na coluna incluem o perióstio do corpo vertebral, a dura-máter, facetas, anel fibroso do disco intervertebral, veias epidurais e o ligamento longitudinal posterior. A lesão dessas estruturas não-neurais pode provocar dor referida. O núcleo pulposo do disco intervertebral não é sensível à dor. A sensibilidade à dor é fornecida pelo nervo sinovertebral que se origina do nervo espinhal em cada segmento da coluna e reentra no canal espinhal através do forame intervertebral ao mesmo nível. Doenças dessas estruturas espinhais sensíveis à dor podem explicar muitos casos de dor nas costas sem compressão de raiz nervosa. A coluna lombar e a cervical têm o maior potencial de movimentação e de lesão.¹⁵

1.2.1 - Lombalgia inespecífica

Em detrimento das numerosas causas patológicas que podem originar lombalgia, cerca de 85% permanece sem um diagnóstico anatómico e radiológico anormal. Esta população é classificada como tendo lombalgia inespecífica, que normalmente desenvolve cronicidade com períodos de exacerbação.²⁵

Por lombalgia inespecífica, entende a European Commission COST B13 Management Comitee ser aquela a que não é conectada a uma patologia específica tal como infecção, tumor, osteoporose, espondilite anquilosante, fractura, processo inflamatório, síndrome radicular ou na cauda equina.²⁶

Na sua grande maioria, as lombalgias pertencem ao grupo da lombalgia comum, isto é, apesar de originarem sofrimento, incapacidade, de terem carácter crónico com recidivas desesperantes, não são causadas por lesões graves da coluna, com risco de vida para o doente.²⁷

As origens das lombalgias mecânica-comuns são variadas: lesão de músculos e ligamentos, artrose das articulações interapófisárias posteriores, hérnias discais com ou sem

compressão de raízes nervosas, estenose de canal central ou foraminal, alterações congénitas. Cerca de 98% das lombalgias ocorrem por lesão, geralmente temporárias, de músculos, ligamentos, ossos ou discos vertebrais. No entanto, a associação é fraca entre os sintomas, os métodos de imagem e alterações anatómicas ou fisiológicas. Neste sentido, a história clínica e a observação focam a exclusão de causas graves.²

No entanto, as dificuldades do estudo das lombalgias decorrem de vários factores, dentro dos quais podem ser mencionados a inexistência de uma fidedigna correlação entre os achados clínicos e os de imagem, assim como por, devido ao facto de raramente serem cirúrgicas, há escassas e inadequadas informações quanto aos achados anatómicos e histológicos das estruturas possivelmente comprometidas, o que torna difícil a interpretação do fenómeno doloroso.²

Na síndrome mecânica para a lombalgia não específica sem envolvimento da raiz nervos pode ocorrer uma ou várias das seguintes manifestações:

- dor que é usualmente crónica;
- rigidez matinal e dor;
- existência de dor na flexão da coluna e muitas vezes também ao readquirir a posição erecta;
- quando a dor geralmente é produzida ou agravada com a extensão, flexão lateral, rotação, posição bípede, marcha, sentado durante muito tempo e diversos exercícios;
- quando a dor ao longo do dia tende a piorar;
- alívio da dor com alteração da posição;
- alívio da dor quando se adquire a posição de deitado, especialmente a posição fetal.²⁸

O estabelecimento da causa é prejudicado pela natureza episódica dos sintomas e pelo facto de não existir um claro relacionamento temporal entre a acção física e o início dos sintomas.²⁹

Em Portugal são escassos os estudos epidemiológicos referentes a esta condição. Como reconhecem vários autores citados, os custos económicos nos serviços de saúde pública prendem-se com o número elevado de medicação, intervenções cirúrgicas, assim como

a diversidade de técnicas de fisioterapia e de medicinas alternativas que se aplicam a estas pessoas.³⁰

1.2.2 – Lombalgia crónica

A dor crónica, como demonstra diversos estudos epidemiológicos actuais (apesar das limitações), é a queixa mais frequente que leva o doente ao médico, sendo a procura do serviço de saúde cinco vezes mais frequente devido ao absentismo laboral.²⁷

Consiste também num fenómeno social. Tem de ser encarada no contexto sócio-económico; depende mais de factores cognitivos, afectivos, de comportamento e sociais do que propriamente da patologia estrutural subjacente.²³

Estruturas específicas do sistema nervoso central e periférico estão envolvidas na transformação de um estímulo numa sensação de dor. O sistema envolvido na transmissão e percepção da dor é conhecido como sistema nociceptivo, cuja sensibilidade dos seus componentes pode ser afectada por inúmeros factores e pode variar entre as pessoas. Células nervosas especializadas, chamadas nociceptores são receptores sensoriais localizados na pele, nos músculos, nas vísceras e no tecido conjuntivo. Essas células nervosas respondem ao estímulo provocado por lesão térmica, mecânica ou química, como, por exemplo, prostaglandinas. Os mediadores químicos fazem com que o nociceptor seja estimulado, transportando o impulso doloroso até à medula espinhal. Esses impulsos deslocam-se ao longo de fibras aferentes – fibras A-delta mielinizadas ou fibras C desmielinizadas.³¹

Tudo o referido anteriormente faz parte dos princípios da Teoria do Portão de Controlo (*Gate Control Theory*), que refere que a activação das fibras de mielina interrompem o sistema nociceptivo de transmissão na medula espinhal, mas o seu mecanismo de acção é incerto, embora se saiba que é estimulado por neurotransmissores.³¹

Apesar de se desconhecer por que algumas pessoas desenvolvem dor crónica após uma lesão ou processo de doença, suspeita-se de que as terminações nervosas que normalmente não transmitem dor passem a desenvolver a habilidade de provocar sensações dolorosas ou então que as terminações nervosas que normalmente transmitem somente estímulo nocivo (doloroso) transmitam antecipadamente estímulo não-nocivo (não-doloroso) como um estímulo doloroso.³²

De acordo com a permanência temporal dos sintomas, a lombalgia pode ser classificada como aguda, crónica ou recorrente. Assim:

Lombalgia aguda – inclui as limitações de actividade devidas a sintomas localizados na coluna lombar ou que irradiam para os membros inferiores, referidas há menos de três meses.

Lombalgia crónica - refere-se à dor que não desaparece e, cujos sintomas persistem durante mais de três meses.

Dores lombares recorrentes - aquelas cujos sintomas desaparecem em consequência de movimentos ou posições semelhantes ou ainda durante situações similares que estiveram na origem dos sintomas do episódio. Geralmente, essas repetições seguem um determinado padrão e são espaçadas por intervalo de dias, meses ou anos.³³

Raramente pode ser feito um diagnóstico anatómico em pacientes com dor lombar crónica superior ou igual a 3 meses. Pacientes com síndromes dolorosas crónicas referem-se à sua doença com termos afectivos ou emocionais com frequência maior do que aqueles com dor aguda.¹

Em muitos pacientes em que a lombalgia crónica é a causa de muitos problemas difíceis de manejar, não existem sinais clínicos objectivos ou causas óbvias de causa de cor após o despiste ao exame clínico e posterior investigação. Em alguns casos, a dor pode ter como causa erros posturais; noutros poderá constituir manifestação de problemas psiquiátricos. A dor, que inicialmente teve uma causa orgânica pode ser mantida por factores inorgânicos e conduzi-la a uma incapacidade desproporcional aos seus sintomas.³⁴

1.3 – ETIOLOGIA DA LOMBALGIA

Não sendo a lombalgia uma patologia, mas antes um sintoma reflexo de determinada patologia, as causas do seu aparecimento são múltiplas e variadas. Na maioria dos casos, nunca se chega a um diagnóstico concreto, talvez por geralmente se relacionar com uma patologia benigna e também devido à tendência para a recuperação espontânea, normalmente após duas semanas. Numa tentativa de sistematização das causas de lombalgia:

Quadro 1 – Classificação da lombalgia³⁰

CLASSIFICAÇÃO	ORIGEM
LOMBALGIA COMUNS	Degeneração do DIV; degeneração da articulação IAP, espondilose, espondilartrose, estenose do CL, espondilolistesis
LOMBALGIA CAUSA TRAUMÁTICA	Fractura de vértebras lombares
LOMBALGIA CAUSA INFLAMATÓRIA	Espondilite anquilosante, artrite reumatóide, gota
LOMBALGIA INFECCIOSA	Espondilodiscite tuberculosa, espondilodiscite brucélica
LOMBALGIA CAUSA METABÓLICA	Osteoporose, osteomalácia, hipertparatiroidismo
LOMBALGIA POR DISTROFIAS ÓSSEAS	Doença de Schurmann, epífisite vertebral
LOMBALGIA TUMORAL	Maligna, metástases (mama/próstata/pulmão/tiróide/rim), benigna, angioma vertebral

Lombalgia extra-vertebral – vascular, digestiva, urológica, ginecológica

Lombalgia psicológica – somatização

As lombalgias mais frequentes são as lombalgias comuns. Cerca de 90% têm como base uma alteração da mecânica da coluna lombar.³⁰

1.3.1 – Factores de risco

A transição da lombalgia aguda para a lombalgia crónica parece complicada. O conhecimento dos factores de risco é importante, visando a sua prevenção.¹⁶

Existem muitos factores de risco individuais, psicológicos e ocupacionais envolvidos. Mais recentemente, a genética e os modelos biodinâmicos têm contribuído para uma melhor compreensão do desenvolvimento desta patologia.³⁵

Estudos efectuados em diversos países referem que os custos diminuem com a cronicidade da doença, embora a partir de um ano, o pedido de baixas médicas volte a aumentar.³⁶

Alguns factores de risco são recorrentemente mencionados:³⁷

- **Condição física e saúde em geral:**

- vida sedentária, falta de exercício;
- altura superior a 1.80 cm nos homens e 1.70 cm nas mulheres;
- Índice de Massa Corporal (IMC) - excesso de peso ou de magreza;
- idade;
- género;
- quedas que produzem distensões e espasmos musculares;
- sequelas de fracturas da coluna;
- tabagismo (tosse crónica);
- fumar;
- gravidez;
- malformações da coluna vertebral;
- alterações da estática da coluna, nomeadamente as escolioses, as hipercifoses dorsais e as hiperlordoses lombares. A hipercifose e hiperlordose são exageros das curvas normais da coluna vértebra. As escolioses são desvios laterais da coluna e nem sempre são patológicas.

Estudos indicam que a lombalgia é mais comum entre os 35 e os 55 anos.²⁶

Um estudo de *coorte* de pessoas com lombalgia há menos de 4 meses, fornece-nos uma previsão das possibilidades destas de regresso ao trabalho, concluindo que as mesmas diminuem se os trabalhadores são mais velhos, se a incapacidade inicial for muito elevada, com um diagnóstico específico ou dor irradiada.³⁷

Relativamente à prevalência entre os sexos, acredita-se não existirem diferenças entre os sexos masculino e feminino. Ainda assim, autores relatam existir uma tendência geral de que mais mulheres referem dor lombar do que homens, no entanto, essa diferença geralmente não é estatisticamente significativa.³⁸

As mulheres são as mais afectadas no que concerne às lombalgias (67.5% para 32.5% nos homens).³⁹

No que se refere às habilitações literárias, as pessoas que apenas sabem ler e escrever são as mais afectadas por esta patologia (55%) e as menos as que detêm o ensino básico e o ensino secundário (15%).³⁷

Relativamente à situação familiar, os casados com registo prevalecem com 80% e os solteiros são os que menos são afectados (7.5%); o número de filhos também foi considerado factor de risco.²⁷

- **Personalidade e estado do indivíduo na sociedade:**³⁷

- stress psicológico, tensão emocional;
- depressão;
- problemas económicos e familiares;
- problemas com os contactos sociais;
- problemas psiquiátricos;
- hospitalização;
- abuso de drogas.

A relação da dor crónica com a depressão é dupla: por um lado, a experiência dolorosa crónica, acompanhada frequentemente por sentimentos de infelicidade, desmoralização e desespero, leva facilmente à depressão; por outro lado, estar deprimido altera a resposta individual à dor física com aumento da intensidade da percepção dolorosa e limitações funcionais.²³

A correlação entre capacidade funcional e depressão é muito importante: estar incapacitado pode contribuir para a depressão, o que é compreensível em função das perdas que acarreta para o sujeito; por sua vez, estar deprimido aumenta a percepção de incapacidade.²⁷

- **Relativamente à actividade profissional:**³⁷

- **aspectos físicos:**

- levantar, carregar ou empurrar pesos exagerados;
- posturas erradas;
- longas estadias sentado ou em pé;
- movimentos frequentes de flexão e torção da coluna vertebral.
- trabalho manual pesado;
- stress postural;
- vibração postural corporal;
- desportos violentos e/ou competitivos;
- condução automóvel, por força dos movimentos vibratórios.

- **psicossociais:**

- trabalho monótono e repetitivo;
- excesso ou défice de supervisão;
- litígios no trabalho;
- trabalho por turnos;
- turnos longos;
- falta de controlo pessoal;
- pouca satisfação pessoal;
- inadequadas estratégias de coping.

Factores como alterações climáticas, modificações da pressão atmosférica e temperatura também são referenciados como de risco.²

Indivíduos idosos, quando se encontram desempregados, atribuem responsabilidade deste facto ao seu problema lombar.⁴⁰

O retorno ao trabalho após três a quatro meses afastado devido a lombalgia encontra-se associado com a cronicidade da doença, assim como a insatisfação laboral e o medo da dor ao efectuar actividades, o medo de actividades relacionadas com a dor.⁴¹

Relativamente à situação profissional, as pessoas com trabalho a tempo inteiro são afectadas cerca de 45% e as pessoas que trabalham a tempo parcial e os reformados por razões de saúde são os menos afectados (12.5%).³⁷

- **Relativamente a factores genéticos:**

Alguns estudos sugerem que parece haver uma certa frequência de lombalgias, hérnia discal, dor ciática numa mesma família. Entretanto, não existe ainda uma comprovação científica sobre se realmente o factor genético tem influência importante ou não, embora existam mais evidências quando se trata de lombalgia não específica.⁴²

Mudança nos aspectos genéticos (especificados em estudos com gémeos feitos na Inglaterra), estruturais e biomecânicos têm sido referidos e poderão constituir poderosos determinantes neste processo.⁴²

Factores genéticos influenciam também certos problemas da coluna, tais como a espondilose, escoliose e espondilite anquilosante.¹⁵

1.4 – EPIDEMIOLOGIA DA LOMBALGIA

Desde 1700, Bernardino Ramazzini, um dos fundadores da saúde ocupacional, já associava certas actividades físicas com lesões músculo-esqueléticas. Ele afirmava que certos tipos de movimentos violentos e irregulares e posturas do corpo não naturais podiam danificar a estrutura interna.⁴²

Actualmente, bastante esforço tem sido direccionado no sentido de uma melhor compreensão de lesões osteomusculares ou músculo-esqueléticas envolvendo a coluna, a espinha cervical e as extremidades superiores, na medida em que o tipo de lombalgia reconhecido como “inespecífica crónica” pode ter origem em factores ocupacionais e, desta forma, o factor prevenção poder tornar-se um forte aliado na diminuição dos índices de prevalência e incidência desta patologia, que se apresentam cada vez mais elevados.⁴²

A OMS, em 1985, define doença ocupacional como aquelas doenças relacionadas com o trabalho onde a relação a factores ocupacionais específicos são totalmente estabelecidos. Outras doenças relacionadas com o trabalho podem ter uma associação mais fraca ou não clara às condições de trabalho. Elas podem ser agravadas ou aceleradas por factores do local de trabalho e causar problemas no desempenho dos trabalhadores.⁴²

1.4.1 – Lombalgia ocupacional

É indispensável distinguir a lombalgia profissional das outras causas de lombalgia, o que nem sempre é fácil. Nesse contexto são importantes: uma história clínica cuidadosa com valorização das profissões e dos trabalhos de risco; um exame objectivo pormenorizado e exames radiográficos apropriados.¹⁵

A lombalgia é a principal causa de absentismo e incapacidade nas sociedades industrializadas e uma das maiores causas de consultas médicas e tratamentos. Embora considerada uma patologia benigna, a limitação ocorre muito facilmente, assim como o desenvolvimento de cronicidade.²⁴

Na etiopatogenia destas lombalgias induzidas pelo trabalho estão: as tensões musculares e ligamentares; as lesões discais; as lesões das articulações interapófisárias; a espondilólise e a espondilolistese; e, ainda, as microfracturas.²³

Numerosos estudos demonstram a grande prevalência das lombalgias, nomeadamente em países europeus, constituindo a segunda ou terceira causa de absentismo em grande número de profissões. Deste modo, tornam-se responsáveis pela incapacidade profissional prolongada, com taxas de recaída não negligenciáveis, originando dificuldades de readaptação profissional, principalmente nos locais de trabalho em que a carga física é importante.⁴³

A quantidade de tempo de trabalho perdido como resultado das lombalgias aumentou muito nos últimos anos. Esta subida dramática não significa que haja mais pessoas a sofrerem lesões no trabalho. Reflecte antes uma maior preocupação de trabalhadores e empregadores na abordagem às consequências das dores de costas. O resultado é uma subida drástica dos custos desta patologia para a nossa sociedade, devido ao tratamento médico administrado, às regalias recebidas e à perda de produção.¹²

A incapacidade permanente priva o trabalhador, definitiva, total ou parcialmente, da capacidade de trabalho ou de ganho.³¹

A incapacidade temporária absoluta priva o trabalhador, durante certo período – desde o dia seguinte ao evento ou três dias depois, consoante houve ou não internamento – e até à cura clínica, da sua capacidade de trabalho ou de ganho; se for parcial o trabalhador pode efectuar algumas tarefas, mas que não estejam relacionadas directamente com a sua função laboral.³¹

O tempo que um paciente permanece ausente do trabalho devido a problemas lombares está relacionado com as possibilidades do paciente retornar ao trabalho, como mostra a tabela seguinte:¹

Quadro 2 – Lombalgia/ausência do trabalho

TEMPO DE AFASTAMENTO	PROBABILIDADE DE RETORNO AO TRABALHO
< 6 MESES	50%
1 ANO	20%
2 ANOS	< 5%

1.4.2 - Profissões de risco

As profissões de risco relacionadas com as lombalgias são: os trabalhadores que elevam cargas e efectuam trabalhos pesados, como os condutores de veículos pesados e as domésticas, bem assim aqueles que efectuam movimentos frequentes de flexão e torção do ráquis, como os condutores de autocarros públicos e os trabalhadores da construção; os agricultores; os condutores de veículos sujeitos a vibrações; os profissionais que estão longas horas sentados ou com ortoestatismo; desportistas de alta competição; os pilotos de aeronaves (ejecção, aterragens, vibrações) e o pessoal do serviço de saúde, particularmente os enfermeiros, os fisioterapeutas, os cirurgiões e os dentistas.²³

Na Europa, as profissões mais afectadas são agricultores (57%), operários da construção civil (45%) e operários fabris (22%). Cerca de 34% dos trabalhadores deste continente pensam que a sua saúde é afectada por factores ocupacionais.⁴⁴

Trabalhadores com trabalhos manuais repetidos, como os operários fabris e os manuseadores de máquinas são uma das profissões de maior risco para o desenvolvimento de dor lombar, decorrendo daqui um requerimento de baixas médicas de cerca de 27.2% e custos com ela relacionados de aproximadamente 37.9%.³⁶

No entanto, e embora a sua prevalência seja menor, também os trabalhos sedentários, como os secretários, não podem ser relegados para segundo plano. Diversos estudos têm revelado o risco crescente de diversas actividades que exigem longos períodos sentados e que determinam uma excessiva pressão sobre a zona intradiscal e é precisamente entre estas profissões que existem um maior tempo de internamento devido à maior severidade da dor.⁴⁵

2 – TRATAMENTO DA LOMBALGIA INESPECÍFICA CRÓNICA

Uma boa fórmula para ter uma ideia de prevalência das lombalgias é a regra dos 5, segundo a qual 1/5 da população em geral sofre de lombalgias; destes doentes 1/5 recorre ao clínico geral; e destes 1/5 é enviado ao especialista, o qual por sua vez interna 1/5 dos doentes e destes doentes internados 1/5 é operado.²⁷

A grande frequência da lombalgia comum não deve fazer esquecer que uma dor lombar pode ter uma origem diferente. É obrigatório, para evitar erros graves de diagnóstico, pesquisar outras causas, que são numerosas, desde que a sintomatologia se afaste do classicamente descrito na lombalgia comum.²³

O processo de diagnóstico enfatiza também fortemente a correlação entre a história clínica subjectiva, imagiológica, dor e exame físico com vista a identificar as designadas “red flags” e factores sócio-psicológicos ou “yellow flags”.²³

Existe uma enorme pressão económica para fornecer assistência racional e eficiente aos pacientes com dores nas costas. Como resultado, os paradigmas clínicos para pacientes com dores nas costas estão a evoluir rapidamente. Os paradigmas clínicos são definidos como algoritmos de avaliação ou de tratamento baseados em indicações de exames ou de tratamento em etapas específicas da assistência aos pacientes. O tratamento dos pacientes com lombalgia crónica é complexo e não se presta a uma abordagem algorítmica simples.¹⁵

Uma abordagem dos indivíduos com lombalgia engloba complexidade e custos, desde educação para a saúde e suporte, a programas de exercício, fisioterapia e tratamento multidisciplinar. Quanto mais complexos os tratamentos, mais caros são. Para otimizar o rácio custos/benefícios, uma série de estudos foi desenvolvido nos últimos 20 anos, focando os factores que podem facilitar o retorno ao trabalho.²⁴

As limitações do tratamento convencional na lombalgia crónica em conjunto com a maior avaliação científica de terapias alternativas, como a acupunctura, levou na última década a um substancial aumento da procura destas últimas. Diversos estudos apontam elevados níveis de satisfação, embora a sua explicação, assim como os seus níveis de eficácia e relação custo-benefício ainda não se encontrem suficientemente documentados a um nível científico.⁴⁶

O tratamento da dor crónica tem por objectivo proporcionar a máxima funcionalidade e qualidade de vida do paciente. Nestes casos, o paciente é ensinado a lidar com a dor, que pode essencialmente ser aliviada, mas nem sempre eliminada.³¹

2.1 – TRATAMENTO CONSERVADOR

O prognóstico da LIC é favorável; 50% dos pacientes que recorrem ao especialista em medicina geral e familiar recupera após seis semanas, independentemente do tratamento. No entanto, a cronicidade é uma realidade.²⁶

Um princípio orientador na avaliação dos doentes com dor crónica consiste em avaliar tanto os factores emocionais quanto os factores orgânicos antes de iniciar uma terapia. Abordar estas questões conjuntamente, em vez de aguardar a “exclusão” das causas orgânicas da dor, melhora a adesão, em parte porque assegura aos doentes que uma avaliação psicológica não significa que o profissional de saúde esteja colocando em causa a validade da sua queixa. Mesmo quando se pode encontrar uma causa orgânica para a dor do doente, ainda é legítimo procurar outros factores.³²

O primeiro objectivo será a identificação de lesões específicas que requerem um tratamento específico, ou seja, efectuar um diagnóstico precoce. Seguidamente, recorre-se a terapêutica medicamentosa e terapia fisiátrica.²⁷

As radiografias simples são exames de triagem de rotina para identificar lesões da coluna vertebral. Porém, devido à elevada frequência de achados radiográficos anormais na população geral, é consenso que as radiografias da coluna lombar têm pouco valor preditivo de lesões no local de trabalho.⁴⁷

A Tomografia Axial Computorizada (TAC) permite avaliar com mais pormenores as lesões ósseas do que a Ressonância Magnética Nuclear (RMN), mas é inferior a esta na avaliação das lesões musculoesqueléticas de tecidos moles. Quando o exame é feito com contraste fornece algumas vezes informações acrescidas relativamente à área transversal do saco tecal. A TAC-mielografia faz uma avaliação na avaliação das fracturas vertebrais toracolombares, da instabilidade da coluna e do comprometimento dos elementos neuronais do canal espinhal.⁴⁷

Também os estudos dinâmicos fornecem informações sobre a instabilidade da coluna. A Electromiografia (EMG) é de grande utilidade na determinação do envolvimento motor de determinada raiz nervosa, em presença de hérnia de disco intervertebral e de dor inespecífica na perna.⁴⁷

A RMN é a melhor opção para detectar lesões músculo-esqueléticas de tecidos moles, mas seu alto custo impede o uso como instrumento de triagem. É essencialmente utilizada

para doentes com deficit moderado, grave ou progressivo, ou quando o tratamento conservador não obtém resultados.⁴⁷

Relativamente à terapêutica normalmente utilizada, o principal objectivo dos fármacos é aliviar a dor. Os dois principais tipos utilizados são os analgésicos puros (que aliviam a dor) e os anti-inflamatórios, que também controlam a inflamação na zona da lesão. Também os relaxantes musculares actuam nos espasmos bastante intensos nos músculos das costas que muitos doentes apresentam e que são muito dolorosos. Outra terapêutica, de acordo com patologias associadas que o doente possa apresentar, pode estar presente, como os anticonvulsivantes, os ansiolóticos e os antidepressivos, nos casos de ansiedade ou depressão, que podem eventualmente potenciar a dor.¹²

Os anti-inflamatórios não esteróides (AINES) são tradicionalmente utilizados, embora controversos. Podem administrar-se desde que não existam contra-indicações e parecem ter maior eficácia quando existe compromisso das facetas. Os miorrelexantes estão indicados quando existe contractura e os analgésicos reduzem a dor, mas não alteram a capacidade de recuperação. Os antidepressivos têm interesse nas situações de cronicidade e quando há componente fibromiálgico, embora efeitos como obstipação, tonturas e ganho de peso possam ocorrer.²³

Também a Fisioterapia, isolada ou normalmente em associação com fármacos, é muito utilizada, centrando-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base essencialmente no movimento, nas terapias manipulativas e meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar, indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida (Decreto-lei nº 261/93 de 24 de Julho).³

A terapêutica fisiátrica inclui repouso (48 horas ou menos) e exercício, massoterapia, cinesioterapia, reeducação muscular e agentes físicos, como a termoterapia superficial (hidroterapia, parafina, parafango, calor húmido e radiação infravermelha), a termoterapia profunda (correntes de alta frequência, ondas curtas, microondas, ultrasons, electroterapia de média e baixa frequência, estimulação eléctrica transcutânea, laser, crioterapia), mesoterapia, cinesioterapia respiratória com o objectivo de fortalecer a musculatura da coluna, manipulações articulares, infiltrações, protecção articular, ortóteses, ajudas ortopédicas/diapositivos de

compensação, técnicas de relaxamento e reinserção profissional. A educação do doente e a avaliação ergonómica e das condições de trabalho são igualmente factores muito importante.²⁷

No entanto, para outros autores, a terapia fisiátrica é distinta por si só da terapia pela massagem, da hidroterapia, da manipulação vertebral ou da estimulação transcutânea. Por exemplo, a hidroterapia compreende o tratamento pela água sob suas diversas formas e a temperaturas variáveis. A água é um dos meios de cura, um veículo de calor ou frio para o corpo. Aplicada ao corpo, opera nele modificações que atingem, em primeiro lugar, o sistema nervoso, o qual, por sua vez, age sobre o aparelho circulatório, produzindo efeitos sobre regularização do calor corporal. As reacções da aplicação da água são portanto, três: nervosa; circulatória e térmica. Já a Fisioterapia utiliza diferentes combinações de exercícios na água quente e fria, tornando a utilização da água, tanto em piscinas quanto em banheiras terapêuticas, um dos recursos mais famosos e utilizados por profissionais pelas suas propriedades físicas, além de proporcionar bem-estar ao paciente.¹⁴

2.2 – TRATAMENTO POR ACUPUNCTURA

A Acupunctura é uma técnica terapêutica que se encontra fortemente associada ao que se denomina habitualmente como Medicina Tradicional Chinesa. Embora a sua origem se perca no tempo, existem provas fidedignas de que por volta do Século I D.C. seria utilizada na China com uma base teórica e prática relativamente próxima da actual.⁴⁸

A sua vertente tradicional apoia-se numa filosofia naturalista muito semelhante às que existiam em diversos pontos no mundo, no milénio anterior à Era Cristã. Segundo estas teorias o mundo fundamentar-se-ia na existência de duas forças vitais em complementaridade e oposição (no caso chinês, o Yin e o Yang) e sendo as coisas compostas por diversos elementos que deveriam estar em harmonia (no caso chinês, o seu número estabilizaria em cinco - madeira, fogo, metal, água e terra).⁴⁸

Especificamente, a acupunctura começou a ser estudada e aplicada pela medicina ocidental principalmente nos anos setenta do século passado, embora os primeiros relatos dessa técnica no Ocidente tenham sido feitos por missionários que viajaram até ao Oriente há vários séculos atrás.⁸

A resposta à Acupunctura é variável, quer no que concerne aos seus efeitos terapêuticos, quer quanto à amplitude dos seus efeitos laterais. Algumas pessoas apresentam o que se pode

chamar “uma boa reacção”, outras retiram um benefício apenas a curto prazo e necessitam de tratamentos repetidos e, para outros, a acupunctura não tem qualquer efeito.³²

2.2.1 – Definição

A modalidade de tratamento com acupunctura consiste na inserção de pequenas e finas agulhas metálicas através da pele, na região subcutânea e nos tecidos musculares.¹³

Na abordagem baseada nos princípios tradicionais da Medicina Oriental, consideram-se a existência de doze linhas imaginárias, denominadas meridianos ou canais, onde se encontram a maioria dos *acupontos*. Uma complexa e contraditória fundamentação baseada numa filosofia de raiz taoísta – denominada genericamente como da “Correspondência Sistemática” - considera que estes obedecem a um ritmo circadiano, tendo cada um deles sido associado a um sistema orgânico e ao próprio sistema nervoso autónomo. Os meridianos eram interconectados dentro da sua energia vital *chi* e considerava-se a dor uma deficiência de *chi*. Assim, pode-se modificar a dor pela inserção de agulhas dos meridianos, reequilibrando os fluxos de energia.³²

A acupunctura clássica emprega agulhas accionadas por movimentos manuais de inserção e rotação. As agulhas de acupunctura podem ser ligadas a uma fonte de corrente eléctrica aumentando, nalguns casos, os efeitos da simples aplicação. Este tratamento é designado por “electroacupunctura”. A “auriculoterapia” é praticada com a ajuda de agulhas de acupunctura, inseridas somente ao nível da orelha, nos pontos correspondentes às partes do corpo afectadas. A acupunctura a laser apresenta mecanismos de acção incertos. Também a aplicação de calor (moxibustão, na nomenclatura oriental) é utilizada.⁴⁷

A acupunctura está em pleno desenvolvimento nos países ocidentais. Tem diversas indicações que, sendo umas mais controversas do que outras, obtêm razoável consenso no que respeita à sua aplicação na dor músculo-esquelética, com uma boa proporção de excelentes resultados. Existem várias explicações para os seus efeitos, sendo uma das mais provadas consiste num aumento da produção de endorfinas, analgésicos do tipo da morfina, produzidos naturalmente pelo organismo.²⁷

2.2.2 – Mecanismo de actuação

A primeira informação sobre a técnica veio através de uma colecção de manuscritos chineses, O *Nei Jing*, a que existe apenas referência no século I D.C. Não se sabe se o texto actual do Neijing corresponde ao dessa época, sendo provável que se trate do somatório de diversos textos.⁴⁸

Mas foi apenas no século XX que tal técnica começou a ser investigada cientificamente pelos médicos chineses com formação científica ocidental. Em 1972, Han Jisheng, fundador do Centro de Pesquisa em Neurociências da Universidade de Beijing (China) descobriu que esta técnica induzia o encéfalo e a medula espinal a produzir uma ou mais substâncias capazes de modificar o limiar da dor (aumento do nível de serotonina).⁸

Actualmente, o mecanismo de acção da acupunctura já está relativamente desvendado, em virtude da descoberta de que 366 pontos da acupunctura clássica (são conhecidos mais de 2000 pontos) estão muitas vezes relacionados a dois tipos de fibras nervosas, conhecidas como A Delta e C. As primeiras são mais superficiais e usadas como pontos de sedação, com efeito calmante e as segundas são pontos de tonificação, ou seja, de estimulação. Ao ser estimulada a área de 5 mm sob os pontos (localizados sob grandes terminações nervosas), há o envio de estímulos para o sistema nervoso central e diversas vias de dor, libertando-se endorfina.⁸

A acupunctura actua via estimulação de estruturas nervosas discriminativas dérmicas, sub-dérmicas e musculares que activam o sistema supressor de dor na medula espinal e no encéfalo, promovendo analgesia e relaxamento muscular. A acupunctura de elevada amplitude e baixa frequência (acupunctura clássica) apresenta propriedades aditivas, actua no sistema endorfinogénico e encefalinogénico e induz libertação de hormona adrenocortitrófica pelo hipotálamo. A acupunctura de baixa amplitude e elevada frequência actua em vias em vias noradrenérgicas e serotoninérgicas e não apresenta efeito aditivo. A integridade do sistema nervoso sensitivo periférico e central e a estimulação das fibras do tipo II que veiculam a sensibilidade proprioceptiva e melhoram o resultado da acupunctura.⁸

Em patologia músculo-esquelética vários autores observaram que a maioria dos pontos de acupunctura coincidem com pontos-gatilho (*trigger-points*), o que sugere que as agulhas activam os nervos sensoriais dos músculos, estando de acordo com a descoberta de que o estímulo do músculo é importante para produzir analgesia.¹⁰

A analgesia por acupunctura, caracteristicamente, persiste muito tempo depois de terminar o estímulo da acupunctura. Este efeito tardio torna-se dominante 60 minutos após o estímulo e é ainda mais marcado 120 minutos após o estímulo de 1 Hz.¹⁰

Quanto aos efeitos fisiológicos da acupunctura, estes passam pela analgesia, anti-inflamatória e miorelaxante. Nomeadamente, são referenciados três efeitos, cada um com seus mecanismos envolvidos: locais, segmentares e, mais recentemente, supra-segmentares.⁴⁹

No que respeita à acção analgésica, a precisão notável do ponto de acupunctura faz pensar numa estimulação de fibras a nível periférico e também no facto de a nível do córtex, onde se tratam e integram todas as sensações nociceptivas, existirem zonas de fibras de convergência e inibição recíproca entre fibras cutâneas e viscerais, que podem explicar a sua actuação.⁵⁰

A nível anti-inflamatório, pela estimulação aparece quase simultaneamente uma vasodilatação arteriolar e capilar locoregional, que origina uma hiperémia com importantes repercussões, pois além de contribuir para o aumento do metabolismo celular e tecidual, transporta os elementos de defesa, fundamentalmente leucócitos e anticorpos. Salienta-se a existência de pontos de acupunctura com uma acção específica sobre o sistema retículo endotelial, contribuindo assim para um aumento das defesas do organismo.⁵⁰

Enquanto acção miorelaxante, a acupunctura tem acção sobre a musculatura lisa, ao nível da espasticidade e da musculatura estriada. A nível central parece fazer sentir a sua acção miorelaxante através das áreas corticais de convergência e inibição recíproca já demonstradas.⁵⁰

2.2.3 – Tratamento

Segundo vários estudos, está provado que a acupunctura é efectiva no tratamento da dor crónica e aguda.¹³

Em 1997, um grupo de trabalho das Nações unidas foi criado para avaliar a eficácia da acupunctura e concluiu que os mecanismos de actuação começam a ser descobertos, embora a sua eficácia para patologias, incluindo as lombalgias, ainda não esteja totalmente comprovada.⁵¹

Foi criado igualmente um grupo para avaliar a eficácia da acupunctura na lombalgia crónica, designado German Acupuncture Trial For Chronic Low-Back Pain (GERAC-cLBP) Study, que compara a eficácia desta técnica em estudos randomizados, através de critérios de inclusão/exclusão, com a acupunctura fictícia e um tratamento standard. Há cerca de 7 anos que providencia um rigoroso estudo metodológico biométrico de acordo com os princípios da “Boa Prática Clínica” e adequada técnica de acupunctura. AS primeiras conclusões apontam, na generalidade, a acupunctura e a acupunctura *sham* (placebo) como técnicas melhores do que a comparação.⁵²

A *Cochrane Collaboration* foi formada em 1993 com o propósito explícito e único de conduzir, manter e difundir revisões sistemáticas relevantes para todos os aspectos dos cuidados de saúde, sistematicamente actualizadas via online. O campo da medicina complementar dentro deste grupo especializou-se em produzir revisões sistemáticas relacionadas com a medicina complementar, incluindo a acupunctura.⁵³

Em muitos países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra e Alemanha, a Acupunctura já foi regulamentada como terapêutica multiprofissional.

A escolha e o número de pontos, a qualidade da técnica das agulhas e a capacidade relacional do praticante com a pessoa têm sido apontados como factores cruciais na determinação do sucesso do tratamento.⁵⁴

Trabalhos de Noboyet publicados em 1955 demonstram a diferença de resistência eléctrica da pele nos pontos de acupunctura, “que permitiu a detecção dos pontos por multivoltímetros”.⁵⁰

Como em todas as doenças do aparelho motor, a escolha dos pontos orienta-se segundo o ponto de dor. Esse é o resultado das indicações do paciente, dos resultados do teste de função e do resultado da palpação.¹⁰

Conforme o ponto de saída das dores, esses pontos são localizados pelo paciente, com maior ou menor precisão na coluna lombar superior ou inferior, na região sacral até abaixo, no cóccix ou mais lateralmente, na região renal e na região das cristas do osso íliaco. A dor pode ser de um só lado ou dos dois, pode passar mais transversal ou longitudinalmente, pode irradiar-se no abdómen, na região inguinal ou nas pernas (isquialgia). Há que referir que, segundo a bibliografia, no caso da lombalgia, existem pontos base de acupunctura a estimular, como se encontra esquematizado na figura seguinte:

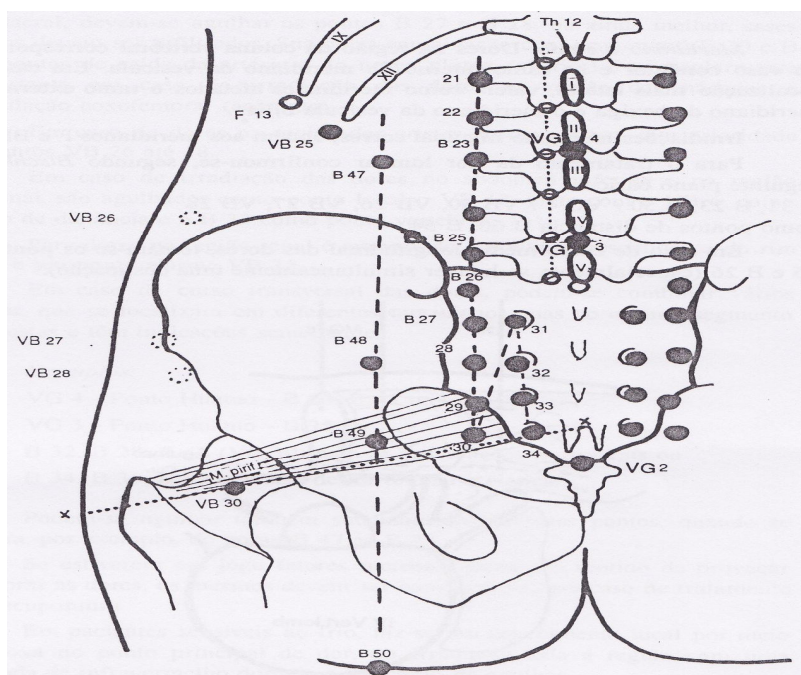


Figura 2 – Pontos de acupuntura a estimular na região lombossagrada⁵⁰

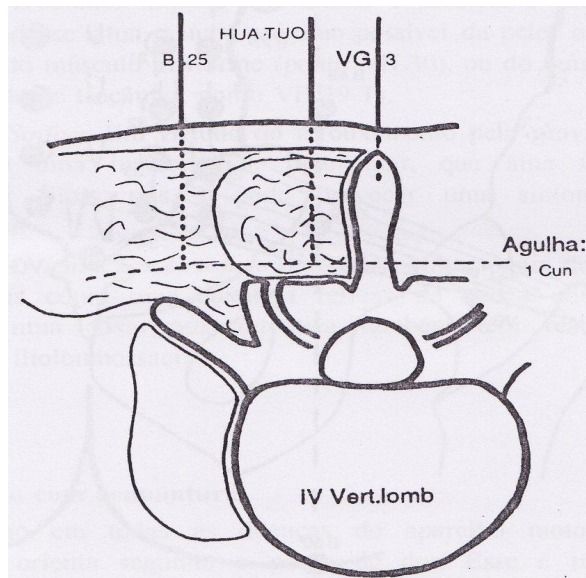
Meridiano afectado – dores na região da coluna vertebral correspondem ao vaso condutor e ao ramo interno do meridiano da vesícula. Em caso de localização mais lateral, valem como meridianos afectados o ramo externo do meridiano da bexiga e o meridiano da vesícula biliar.⁵⁰

Irradiações na região inguinal correspondem aos meridianos F (fígado) e BP (baço-pancrêas).⁵⁰

Para o tratamento da dor lombar confirmou-se, segundo *Bischko*, o seguinte plano básico:⁵⁰

B(bexiga) 31, B 23, B 50 / VG(vaso governador) 30, VB(vesícula-biliar) 26, VB 27, VB 28 como pontos de distância B 60, B 54.

Em casos de curso médio-longitudinal das dores, tomam-se os pontos B 25 e B 26 (especialmente se houver simultaneamente obstipação), como mostra a figura:



**Figura 3 – Corte transversal através da IV vértebra lombar.
Ponto-alvo da agulha em caso de inserção perpendicular⁵⁰**

Dos pontos paravertebrais (*Hua Tuo*), agulham-se aqueles que correspondem à topografia segmentar da dor. A profunda agulhada nesses pontos vai até à musculatura intersegmentar profunda, cuja hipertonia representa um factor essencial do bloqueio.⁵⁰

Em caso de curso transversal das dores, podem combinar-se vários pontos que se localizam em diferentes meridianos, mas segmento das costas e têm indicações semelhantes, como por exemplo:⁵⁰

VG 4 – Ponto Huatuo – B 23, B 47 ou

VG 3 – Ponto Huatuo – B 25 ou

B 32, B 28, B 48 (VB 30) para as articulações iliosacrais ou B 34, B 30, B 49 em caso de dor lombar e ciática.

Podem-se agulhar também subcutaneamente esses pontos, quando se perfura, por exemplo, do ponto B 47 ao B 23.

Se estiverem em jogo factores meteorológicos, no sentido de provocar ou piorar as dores, os mesmos devem ser considerados, em caso de tratamento com acupuntura.⁵⁰

Também se outras patologias estiverem associadas além da patologia lombar, outros pontos podem ser associados.⁵⁰

No sentido da medicina tradicional chinesa são utilizados os antigos pontos Shu correspondentes (Points chauds: VB 38, B 60 ou E (estômago) 41).⁵⁰

O ponto B 62 é especialmente apropriado como ponto cardeal, ponto de ligação para o meridiano especial lang-Tsiao-Mo. Este ponto pode ser agulhado bem no início do tratamento, em vez de um outro ponto de distância (localização: 1 dedo de largura, abaixo do maléolo lateral).⁵⁰

Alguns indivíduos não reagem à acupuntura por várias razões, nomeadamente o poderem ser geneticamente deficientes de receptores de opiáceo; outros fracassos podem ser devidos à insuficiência em moléculas de endorfina, pois ratos deficientes em compostos de endorfina reagem pouco à acupuntura. Aconselha-se desistir ao fim de 5 tratamentos se não há resultados; se existirem de moderados a suaves, continuar e reavaliar ao fim de 10-15 tratamentos, embora o preço das consultas constitua um factor importante.¹⁰

Apesar de ser, provavelmente, uma das técnicas médicas mais seguras, a Acupuntura tem alguns efeitos adversos descritos em todo o Mundo.⁵⁵

Embora a incidência de efeitos adversos graves (permanecem mais de 15 dias e obrigam a intervenção médica) seja reduzida, aproximadamente 0,01%, alguns são relevantes e como tal devem ser conhecidos: pneumotórax, traumatismo cardiovascular, traumatismo da medula espinal, mielopatia, lesão hepática, lesão renal, septicémia, tromboflebite, erisipela, agravamento transitório dos sintomas pré-existentes e atraso na aplicação de terapêuticas com maior probabilidade de êxito.⁵⁵

Também têm sido referidos dor e rubor no local de inserção da agulha, agulhas partidas e deixadas no local, sangramento em pouca quantidade, convulsões em doentes com epilepsia e discurso incoerente, estes dois últimos muito raros. Actualmente, devido à standardização do material utilizado, como as agulhas, problemas como os inicialmente descritos são muito raros.⁵⁵

2.3 - ADESÃO E SATISFAÇÃO COM O TRATAMENTO DA PESSOA COM LIC

A partir de 1970, a avaliação da qualidade dos cuidados tem sido objecto de estudo nos serviços de saúde, devendo ser realizada de acordo com três critérios distintos: resultados finais (médicos), eficiência económica e aceitabilidade social. Esta última traduz uma expressão alternativa para a adesão e satisfação do utente.⁵⁶

O termo “adesão” ao regime terapêutico deve ser entendido como uma actividade conjunta, na qual o doente entende e concorda com a prescrição terapêutica e segue às orientações médicas. Deve assim, estabelecer-se uma “aliança terapêutica” entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) e o doente (e/ou família), existindo uma co-responsabilização específica de todos os que estão envolvidos (directa ou indirectamente) no tratamento.⁵⁷

As diferentes dimensões que contribuem para a satisfação do doente são: humanismo, informação, qualidade geral, competência, burocracia, acessibilidade, custo, facilidades, resultados finais de saúde, continuidade e atenção com problemas psicossociais, expectativas acerca dos benefícios dos medicamentos, história medicamentosa anterior e relação com o clínico.⁵⁶

Estudos realizados em pediatria, neurologia e clínica geral, demonstraram que utentes satisfeitos com os cuidados de saúde aderem mais facilmente aos conselhos e regimes medicamentosos. Por outro lado, os doentes insatisfeitos abandonam mais facilmente o regime terapêutico, mudam de médico ou procuram outras medicinas alternativas.⁵⁶

Aliás, tem existido um aumento dos doentes que recorrem a terapias complementares como forma de suplemento da terapia convencional.⁵⁸

A acupunctura não exclui as terapêuticas físicas, em particular a reeducação funcional dos membros: uma reequilibra a energia, a outra as forças musculares relacionadas com as alavancas ósteo-articulares necessárias ao bom funcionamento do aparelho locomotor.¹⁰

No que diz respeito propriamente ao tratamento por acupunctura, a simples crença de que esta técnica possa ser eficaz influi mais na reacção do doente do que uma aplicação traga ao alívio da dor.¹³

Um estudo que envolveu 6000 pacientes demonstrou que os melhores indicadores da eficácia dos tratamentos passam pelas expectativas de sucesso no início destes pelos profissionais de saúde e pacientes.⁵⁹

Estudos comprovam que as expectativas dos pacientes podem influenciar o resultado do tratamento, embora se essas expectativas altas não estiverem associadas a nenhum tratamento específico, esses benefícios, normalmente inespecíficos, não apresentam uma correlação específica.⁶⁰

Um estudo de 2002 sobre os resultados e as expectativas gerado pela acupunctura concluiu que a percepção dos resultados da acupunctura não está directamente relacionada com o efeito placebo e às expectativas do doente, mas, ao contrário, aos factores referentes à empatia gerada no relacionamento entre profissional de saúde e paciente.⁶⁰

As despesas com o tratamento (consultas médicas, medicação) são um item importante na adesão e satisfação com o tratamento, o que no caso da acupunctura pode ser condicionador.⁶⁰

3 – QUALIDADE DE VIDA

As preocupações com a QDV resultam, em parte, do aumento da esperança de vida e, conseqüente, aumento das doenças crônicas e degenerativas responsáveis por incapacidades físicas e psíquicas no indivíduo.⁶¹

A partir da década de 80, ao passar a ser um conceito da linguagem comum de qualquer cidadão, surgiu uma certa divergência quanto ao seu significado.⁶²

A QDV é um conceito amorfo, usado em inúmeras disciplinas – geografia, filosofia, literatura, economia, ciências sociais e humanas. É também um conceito vago, multidimensional que incorpora todos os aspectos da vida de um indivíduo. Por este motivo, a definição de QDV não é consensual, aceitando-se que o termo seja utilizado em diversos contextos, consoante o enquadramento da sua aplicação. Pode ser expresso em contexto de avaliação ou resultado, em contexto colectivo, como um objectivo de excelência a conseguir, ou como contexto individual.⁶¹

3.1 - CONCEITO DE SAÚDE, DOENÇA E QDV

Nas últimas décadas, verificaram-se mudanças no conceito de saúde/doença, e QDV, as quais acompanham as tendências sociais e humanísticas das sociedades actuais. Estas mudanças estão em parte relacionadas com a evolução tecnológica e científica na área da medicina que possibilitou o aumento da esperança de vida dos indivíduos.

“Saúde” e “qualidade de vida” apesar de conceitos distintos, são muitas vezes utilizados como sinónimos. Esta confusão de termos parece estar relacionada com a própria definição de saúde, sendo a mais conhecida a da OMS de 1946 “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença”. Esta perspectiva holística considera a saúde como um estado, o que permite que pessoas sem doença se sintam doentes (por exemplo, dor crónica) e que indivíduos com quadros de doença aguda (p. ex. gripe) ou crónica (p. ex. hipertensão ou asma) se considerem saudáveis.⁶²

Desta forma, o modelo tradicional que estabelecia a necessidade de cuidados de saúde em função da presença de doença, revelou-se inadequado para a prestação de cuidados aos indivíduos com doenças crónicas, onde a cura é pouco provável mas cujo impacto na vida das pessoas é grande pelo que a acção dos cuidados deve centrar-se na pessoa e não ser dirigido à doença.⁶³

Em 1986, a OMS definiu o conceito de saúde de uma forma mais concreta e objectiva, como a *“extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado, capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que o envolve”*.

Deste modo passou-se de uma abordagem negativa e redutora (saúde igual a completo bem-estar e ausência de doença) para uma abordagem positiva do conceito de saúde que contempla a percepção individual de cada um.⁶²

A saúde representa um dos domínios mais importantes de QDV, principalmente se o indivíduo se sentir ameaçado por um processo de doença. Neste, a saúde é percebida como o bem maior, daí a sobreposição dos conceitos.⁶²

Actualmente OMS define QDV como *“a percepção do indivíduo na sua posição de vida, no contexto de cultura e sistemas de valores nos quais se insere e em relação com os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”*.⁶⁴

A QDV é um conceito abrangente no qual o estado de saúde do indivíduo representa um papel central, mas que contempla também as relações sociais e com o meio ambiente. Assim, a QDV relacionada com a saúde representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais que a doença acarreta na vida diária e que influenciam a satisfação pessoal nas diversas circunstâncias da vida.⁶¹

3.2 – QUALIDADE DE VIDA E INDICADORES DE SAÚDE

Inúmeros autores defendem que até há algumas décadas atrás, os indicadores de saúde estavam muito centralizados na morbidade (incidências e prevalência de doenças) e mortalidade que mediam, o estado de má saúde.⁶³ Estes indicadores não respondiam à realidade e à exigência social de cuidados do tipo preventivo e conduziam a um crescente grau de insatisfação com os tratamentos médicos que visavam o prolongamento da vida em detrimento do bem-estar e autonomia.⁶⁵

Surgiu assim a necessidade de avaliar outros indicadores de saúde, nomeadamente medidas de QDV. *“A melhor medida de valor dos serviços médicos é o resultado final, medido pelo grau de melhoria de função e pela qualidade de vida do doente. O resultado deve ser medido por parâmetros de desempenho do indivíduo durante toda a vida, em vez de pela duração da sobrevivência”*.⁶³

Desta forma, o desenvolvimento sócio-económico verificado nas últimas décadas e as alterações de consciência social marcadas pela valorização de diferentes aspectos da vivência

humana (lazer, ambiente, etc.) condicionaram o aparecimento de medidas de QDV como indicadores da saúde.⁶⁶

No caso das doenças crónicas é necessário uma avaliação compreensiva de forma a determinar as vantagens do tratamento, uma vez que, neste tipo de doentes o objectivo essencial dos cuidados é o de minimizar as incapacidades provocadas pela doença.⁶¹

Neste tipo de avaliação de qualidade de vida torna fundamental o centrar em diferentes domínios, como o estado funcional, sintomas físicos, funcionamento psicológico, funcionamento social, avaliação global.⁶³

3.3 – QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM DOR LOMBAR

As lombalgias constituem um problema de saúde pública de importância crescente, pelo aumento da incidência e do grau de incapacidade provocado, mas que pouco tem chamado a atenção dos epidemiologistas e responsáveis da saúde; os encargos decorrentes do absentismo laboral, das despesas em meios complementares de diagnóstico, meios terapêuticos, reformas antecipadas e indemnizações por incapacidade justificam um cuidadoso plano de prevenção primária e secundária que teima em não aparecer.²⁷

Em 1998, um grupo multinacional de investigação de lombalgia propôs cinco domínios a serem avaliados e que incluem a dor, função, QDV, incapacidade e satisfação do paciente, o que escalas como a MOS SF-36 (uma escala genérica de avaliação de estado de saúde) e a Oswestry (uma escala específica de avaliação de incapacidade funcional para doentes com lombalgia) contemplam. Estas escalas demonstram boa validade interna e externa e boa resposta.⁴⁶

Recentemente, um estudo epidemiológico sobre dor crónica desenvolvido pela Associação Portuguesa do Estudo da Dor, desenvolvido por uma equipa de investigadores da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto liderada pelo Professor Doutor José Castro Lopes e apresentado em Junho de 2008 também se debruçou sobre a qualidade de vida dos doentes com dor crónica. Quase 50% dos indivíduos com dor crónica referiu que esta interferia de forma moderada ou grave nas actividades domésticas e laborais. A este propósito, 4% dos indivíduos perdeu o emprego e 13% teve mesmo a reforma antecipada por causa da dor. Refere-se ainda que foi diagnosticada depressão a 17% dos indivíduos com dor crónica e mais de 20% refere que não tem prazer na vida a maior parte do tempo ou sempre. As principais

causas de dor crónica são as patologias osteoarticulares, sobretudo as lombalgias, que atingem mais de 40% dos portugueses.⁶⁷

O tratamento da dor envolve intervenções biológicas e psicossociais que visam à minimização do desconforto, à melhoria da função e à adaptação do indivíduo para o desempenho das actividades. Isto significa que é a melhoria da actividade de vida e não apenas o alívio da dor o objectivo da equipa multidisciplinar que cuida os doentes com dor.⁴⁷

A grande maioria dos estudos relativamente à QDV, dor e incapacidade funcional dos doentes com lombalgia crónica, nomeadamente LIC, é efectuada noutros países, sendo que em Portugal a matéria existente neste sentido é muito rara, nomeadamente no que se refere à eficácia da acupunctura em associação ao tratamento conservador. A referência a alguns deles é efectuada de seguinte.

3.3.1 – Acupunctura em associação ao tratamento conservador da pessoa com dor lombar

Existem evidências de que quando o tratamento conservador falha nos doentes com dor crónica, assim como outras terapias complementares, a acupunctura traz benefícios que incluem a redução da medicação, um melhor retorno ao trabalho e diminuição de recorrência a tratamentos invasivos como a cirurgia, principalmente se o tratamento começar a ser efectuado logo a seguir ao aparecimento dos primeiros sintomas.⁶⁰

Este tratamento utilizado na dor crónica é bem tolerada pelos pacientes e atitudes muito positivas são desenvolvidas por estes no seu decurso.⁶⁰

Na Grã-Bretanha, a Ordem dos Médicos concluiu que a acupunctura deve ser mais divulgada e disponível aos pacientes, na medida em que os seus benefícios estão cada vez mais consolidados cientificamente; os clínicos recomendam aos doentes e pretendem eles próprios receber formação.⁵³

Um estudo muito importante foi o apresentado por Molsberger et al., que submeteu três grupos de doentes a diferentes tratamentos. Um com acupunctura verdadeira e tratamento conservador, outro com acupunctura fictícia e tratamento conservador e outro tratamento conservador apenas. No final, a escala da dor traduzia um decréscimo da intensidade da dor muito mais acentuado no primeiro grupo relativamente aos restantes. Para doentes com dor lombar crónica há mais de 5 anos a redução da dor neste grupo era ainda maior, o que

comprova esta técnica como um complemento importante no tratamento desta patologia. Os intervenientes eram “cegos” no estudo.¹⁰

Seis meses de tratamento por acupunctura parece ser mais eficaz do que a terapia conservadora no tratamento da lombalgia, de acordo com um estudo de 2007, embora o estudo sugira que a eficácia com a acupunctura fictícia (inserção de agulhas superficialmente, 1 mm a 3mm, para a parte inferior das costas, evitando todos os pontos conhecidos ou meridianos) e acupunctura tradicional (inserção de agulhas em pontos fixos e pontos adicionais a uma profundidade de 5mm a 40 mm e baseia-se na Medicina Tradicional Chinesa) seja semelhante. Este estudo foi efectuado por Michael Haake e colegas da Universidade de Regensburg, Bad Abbach, na Alemanha e tratou-se de um ensaio clínico randomizado envolvendo 1162 doentes, com idade média de 50 anos, com evolução de 8 anos de lombalgia crónica. Os doentes foram submetidos a 10 sessões de 30 minutos, média de 2 sessões por semana, dos dois tipos de acupunctura.⁶⁸

A taxa de resposta foi definida como 33 por cento na melhoria da dor ou de 12 por cento na melhoria da capacidade funcional. Aos seis meses, a taxa de resposta foi 47.6 por cento no grupo submetido a acupunctura tradicional, 44.2 por cento na acupunctura fictícia e 27.4 por cento no grupo com terapêutica conservadora. As diferenças entre os grupos foram as seguintes: fictícia versus tradicional, 3.4 por cento; tradicional versus terapia conservadora, 20,2 por cento e acupunctura fictícia versus terapia conservadora, 16.8 por cento.⁶⁸

A superioridade de ambas as formas de acupunctura sugere um mecanismo comum subjacente que pode incidir sobre a dor, desde a sua origem, transmissão de sinais de dor ou processamento de sinais de dor no sistema nervoso central e que é mais forte do que o mecanismo de acção da terapêutica convencional.⁶⁸

Um estudo alemão randomizado de 2001 que envolve doentes com lombalgia crónica tratamento por acupunctura e tratamento conservador demonstrou que a primeira resulta num benefício clínico relevante em termos de QDV e custo-benefício e segurança. Existe a ressalva que a acupunctura foi apenas praticada por clínicos.⁶⁹

Outro estudo randomizado de 2002 nos Estados Unidos da América, envolvendo tratamento conservador e acupunctura, demonstrou que esta última é uma técnica com eficácia a nível da capacidade funcional e dor.⁵¹

Num estudo australiano randomizado que incluiu 130 doentes com dor crónica da coluna (82% apresentavam LIC) que receberam acupunctura, quiroprática ou tratamento

conservador, entre os 77 doentes que completaram o estudo, não existiu acréscimo de dor ou disfunção após as 4 semanas com tratamento por acupunctura.⁵⁸

Em 2004, Guthlin, Lange & Walach apresentaram a evidência do benefício subjectivo de técnicas como o da acupunctura em pacientes portadores de dores crónicas.⁹

Um estudo alemão randomizado com 131 doentes com LIC recebeu 12 semanas de apenas fisioterapia (grupo-controle) ou em conjunto com acupunctura real ou acupunctura *sham* (fictícia). A real acupunctura demonstrou ser superior ao grupo de controlo mas não à fictícia na redução da intensidade dor e da disfunção.⁵⁸

Um estudo britânico de 2006 concluiu que um curto período de acupunctura tradicional na lombalgia inespecífica confere um “modesto” benefício custo-eficácia relativamente ao tratamento conservador. O seu custo torna-se mais elevado a longo termo.⁹

Um estudo alemão randomizado demonstra que a acupunctura, enquanto tratamento complementar ao tratamento conservador resulta em ganhos em saúde relevante, com um benefício custo-eficácia muito significativo entre os doentes com dor lombar crónica, mantendo-se os resultados aos três e seis meses após o tratamento, pelo que pode ser considerada uma opção viável a este nível.⁷⁰

Um estudo americano evidenciou o papel da electroacupunctura (EA) no tratamento da lombalgia, em conjunto com o exercício dirigido, nomeadamente ao nível da dor e da incapacidade funcional, com resultados a manterem-se aos 3 meses de avaliação.⁷⁰

Uma revisão de 35 estudos randomizados que envolveram 2861 pacientes foi efectuada. No que respeita à lombalgia crónica, resultados mostram que a acupunctura possui mais eficácia do que a não existência de um tratamento, é mais eficaz do que outros tratamentos complementares e quando associada a terapias convencionais traduz-se numa aumento da capacidade funcional e melhoria da dor do que estas terapias sozinhas, embora os efeitos demonstrados sejam pequenos.⁵³

Parece haver suporte para indicar a eficácia da acupunctura combinada com o tratamento conservador, nomeadamente quando 12 tratamentos são aplicados em 4 semanas, com pontos individualizados (*Ahshi points*) e efectuados por um clínico com formação e experiência.⁵³

Uma revisão de vinte e seis textos japoneses, chineses e ingleses foi examinada e descobriu-se que um tratamento conservador mínimo para a lombalgia crónica inclui dez

pontos de acupuntura, em um curso de dez sessões. O máximo recomendado é de 17 tratamentos. Por isso, uma média aceitável são 15 tratamentos. É tratada com 2-14 pontos ou 3- 28 agulhas num alcance médio de 5, 1-7, 8 pontos e 9, 5-13, 8 pontos isolados por tratamento.¹⁰

Outro estudo demonstra que a combinação da acupuntura com antidepressivos aumenta a eficácia do tratamento durante 5 ou 6 horas.¹⁰

O estudo em que mais nos baseámos para efectuar este trabalho, assim como os critérios de inclusão e exclusão (além do GERAC-cLBP), foi um estudo publicado em 2006 pelo British Medical Journal (BMJ) e que demonstra que na dor lombar crónica há evidência de que num curto período de tempo após a aplicação da acupuntura, há um decréscimo do nível de dor e aumento da capacidade funcional, comparado com a não utilização de qualquer tratamento ou acupuntura fictícia, mas a longo termo, as evidências são escassas. As escalas Oswestry e a MOS SF-36 foram aplicadas aos 12 e 24 meses após o tratamento. Também foi monitorizada a segurança e a aceitabilidade nos pacientes, assim como o custo-eficácia.⁹

Recentemente, foi efectuado uma revisão de 33 estudos randomizados (n=6359), concluindo-se que a acupuntura constitui um suplemento importante ao tratamento conservador nos doentes com LIC, com benefícios que se traduzem na redução da medicação, num melhor retorno ao trabalho e diminuição de recorrência a tratamentos invasivos como a cirurgia, principalmente se o tratamento começar a ser efectuado logo a seguir ao aparecimento dos primeiros sintomas. No entanto, estas evidências necessitam de ser reavaliadas em estudos de maior validade metodológica.⁷¹

3.3.2 – Papel dos profissionais de saúde na QDV da pessoa com lombalgia ocupacional

No que se refere especificamente à QDV dos trabalhadores com lombalgia ocupacional, e porque muitas vezes a lombalgia inespecífica crónica possui factores de risco ocupacionais subjacentes, as equipas de saúde ocupacional devem focar a sua intervenção na habilidade remanescente e aptidões transferíveis do trabalhador em vez da sua incapacidade ou lesão estrutural, de forma a que o conjunto de trabalhos possíveis pode ser identificado.⁴²

Estes pontos são extremamente importantes dada a história natural da incapacidade do trabalho depois de uma dor lombar, causando perda de tempo de trabalho: 40% a 50% dos trabalhadores retornam ao trabalho no tempo de 2 semanas, 60% a 80% retornam a 4

semanas e 85% a 90% retornam em 12 semanas. A pequena porção de trabalhadores incapacitados que tornam-se crônicos são responsáveis pela maior parte do custo da lombalgia.⁴²

Os trabalhadores em compensação estão entre os mais difíceis de tratar. A maioria está motivada e ansiosa para voltar ao trabalho e alguns até mesmo tentam esconder ou minimizar suas deficiências, devido à necessidade de voltar a trabalhar e receber seu salário. Infelizmente, algumas vezes, também alguns deles usam, consciente ou subconscientemente os seus sintomas para obter ganhos secundários. Estes apresentam distúrbios de magnificação e substituição dos sintomas, após corrigida a queixa inicial.⁴⁷

A prevenção das lombalgias ocupacionais passa pelo posto de trabalho, equipamento e formação pelo trabalhador. Em relação ao posto de trabalho e ao equipamento é necessário adaptá-los ao trabalhador e não este àqueles, sendo particularmente importante a supressão de barreiras arquitectónicas, os tempos livres no trabalho e as escolas de dorso.²³

Em relação ao trabalhador é fundamental a sua educação no sentido de evitar os factores de risco e, no caso particular dos trabalhadores que elevam cargas e executam trabalhos pesados são muito importantes as escolas de dorso. Também a adopção de estilos de vida saudáveis é muito importante.²³

A OMS, a European Comission COST B13 Management Committee e a Philadelphia Interventions for Low Back Pain preconizam, como forma ideal para minimizar os problemas decorrentes da lombalgia, o recurso a estratégias de intervenção centradas, em primeira instância, na promoção e prevenção.⁷²

II PARTE – ESTUDO EXPERIMENTAL

1. – OBJECTIVOS/HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem como objectivo primário comparar doentes com LIC com terapêutica convencional nos Centros de Saúde com doentes semelhantes, mas tratados com acupunctura, no que respeita à QDV, dor e incapacidade funcional.

Para além disso, foram objectivos secundários do estudo:

- Verificar a presença de factores ocupacionais considerados de risco nas pessoas com LIC;
- Avaliar o grau de satisfação com os tratamentos instituídos;
- Avaliar o grau de satisfação com a relação profissional de saúde-doente.
- Avaliar a adesão aos tratamentos instituídos;
- Verificar a presença de depressão nas pessoas com LIC e sua correlação com a incapacidade funcional.

No que diz respeito ao nosso objectivo primário delineámos as seguintes hipóteses:

H1: As pessoas com LIC submetidas a acupunctura enquanto tratamento complementar, no final do tratamento, apresentam uma menor incapacidade funcional do que as submetidas a tratamento conservador.

H2: As pessoas com LIC submetidas a acupunctura enquanto tratamento complementar, no final do tratamento, apresentam um menor índice de dor do que as pessoas submetidas a tratamento conservador.

H3: As pessoas com LIC submetidas a acupunctura enquanto tratamento complementar, no final do tratamento, apresentam maiores ganhos de QDV do que as pessoas submetidas a tratamento conservador.

2. – METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação científica. Neste sentido, são apresentados: tipo de estudo, operacionalização das variáveis, selecção da população e tipo de amostra constituída, os procedimentos adoptados para a colheita de dados as características dos instrumentos utilizados e as técnicas utilizadas no tratamento estatístico dos dados.

2.1. – TIPO DE ESTUDO

Optámos por um estudo observacional, realizado em humanos adultos, com carácter longitudinal, no qual se avaliaram diversos aspectos da acupunctura servindo como grupo de controle pessoas com patologia e características semelhantes tratadas no Centro de Saúde (sem acupunctura).⁷³

2.2. – VARIÁVEIS DO ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Variável Independente:

. Acupunctura associada ao tratamento conservador vs tratamento conservador (exclusivamente).

Variáveis Dependentes:

- Intensidade da dor;
- Incapacidade funcional;
- QDV;
- Satisfação com o tratamento;
- . Satisfação com a relação profissional de saúde-doente.
- Adesão à terapêutica.

Variáveis atributo

As variáveis atributo correspondem às variáveis:

Sócio-demográficas e profissionais:

- Idade;
- Género;
- . Nível de escolaridade;
- . Área de residência;
- Estado civil;
- Profissão.
- . Tarefas profissionais típicas
- . Condições de trabalho
- . Existência de períodos de incapacidade, tipo de incapacidade e duração

Antropométricas:

- . Peso;
- . Altura;
- . Índice de massa corporal.

Clínicas:

- Tempo de evolução da lombalgia;
- . Dor irradiada para a perna e seu tempo de evolução;
- Tratamento medicamentoso ou outros;
- . Tipo de acupuntura instituída e tipo de protocolo;
- . Exames auxiliares de diagnóstico;

. Comorbilidade e terapêutica associada;

- Depressão e seu tempo de evolução.

2.3. – POPULAÇÃO E AMOSTRA

O nosso estudo recaiu numa amostragem não probabilística de conveniência, constituída por 60 doentes.

. Grupo I (grupo-caso) – pessoas seguidas em consulta de acupunctura (realizadas por licenciados em Medicina com competência em Acupunctura reconhecida pela Ordem dos Médicos), com diagnóstico clínico de LIC, que efectuem tratamento conservador até à data, submetidos posteriormente à terapia complementar (acupunctura). Parte dos doentes foram recrutados em consultórios privados e outra parte na consulta de acupunctura que se encontra a ser efectuada no serviço de Medicina Física e Reabilitação dos Hospitais da Universidade de Coimbra, no âmbito do estabelecimento de um protocolo com a Pós-Graduação em Acupunctura Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

. Grupo II (grupo-controle) – pessoas seguidas em consulta em Centro de Saúde, com diagnóstico clínico de LIC, submetidos a tratamento conservador.

Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão:

. *critérios de inclusão:*

- Faixa etária 18-65 anos;
- 4º ano de escolaridade;
- Pessoa com lombalgia inespecífica com mais de 2 meses de evolução (lombalgia inespecífica crónica).

. *critérios de exclusão:*

- Pessoas submetidas a acupunctura regularmente;
- Outro tipo de lombalgias (de origem tumoral, por exemplo);
- Presença de hérnia discal com compressão radicular;
- Cirurgia anterior da coluna;
- Pessoa que apresente agravamento motor acentuado;
- Pessoa com distúrbios sanguíneos.

Estabeleceu-se que e tendo em conta que se tratou de um estudo não randomizado:

. O Clínico de Medicina Geral e Familiar institui o tratamento que considerar, de acordo com cada caso clínico.

. De referir que o médico acupunctur terá a liberdade para escolher os pontos de acupunctura a estimular no que se refere aos pontos associados, sendo que foi adoptado em conjunto por estes clínicos como protocolo base no que se refere à estimulação dos pontos directamente relacionados com a patologia estudada, a LIC, o que foi abordado a este nível na fundamentação teórica. Este instituirá igualmente o número de sessões de acupunctura e a técnica a aplicar, de acordo com cada caso clínico.

. O doente terá a liberdade de manter (totalmente ou parcialmente) ou abandonar o tratamento conservador durante os tratamentos com acupunctura, assim como abandonar qualquer uma destas opções terapêuticas.

Os detalhes exactos quer das terapêuticas convencionais, quer da acupunctura, não foram objecto de estudo, por estranhos ao nosso objectivo – saber o impacto em termos de saúde ocupacional da acupunctura que é feita em ambiente médico no nosso país (do qual se presume a nossa amostra representativa) e não a eficácia relativa desta ou daquela opção específica.

A recolha de dados, através de questionários próprios, foi efectuada durante o período compreendido entre Janeiro e Outubro de 2008, em dois momentos. No Grupo II na consulta em que o diagnóstico de LIC foi efectuada e após três meses do tratamento instituído; no Grupo I, na consulta inicial e após três meses do tratamento instituído.

Os questionários foram entregues aos clínicos, que após o diagnóstico, os forneciam à pessoa, que de forma anónima os preenchia, existindo uma codificação prévia para cada um deles. O formulário inicial de colheita de dados foi preenchido por cada clínico.

2.4 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Optou-se por utilizar instrumentos que se baseiam na auto-avaliação e auto-relato.

Os instrumentos utilizados foram os seguintes, segundo a ordem em que foram apresentados aos utentes inquiridos:

- Questionário Sócio-Demográfico (APÊNDICE II);
- Escala Visual-Análoga de Avaliação da Dor (EVA) (ANEXO I);
- Índice de Owestry Sobre Incapacidade, Versão Portuguesa 2.0 (ODQ) (ANEXO II);
- Escala de avaliação de QDV (WHOQOL-BREF) (ANEXO III);
- Questionário de estado de saúde (MOS SF-36, Versão Portuguesa 2.0) (ANEXO IV);
- Escala Visual-Análoga de Satisfação com o Tratamento (EVA) (ANEXO V);
- Escala Visual-Análoga de Satisfação com a Relação Profissional de Saúde-Doente (EVA) (ANEXO VI).

Seguidamente são apresentadas as características básicas destes instrumentos.

2.4.1 - Questionário Sócio-Demográfico

Com o presente questionário pretendeu-se avaliar algumas características sócio-demográficas, profissionais e antropométricas, bem como algumas características no que respeita à LIC. Foram assim objecto de análise:

- idade, nível de escolaridade, área de residência, profissão, tarefas profissionais típicas, condições de trabalho, existência de períodos de incapacidade, tipo de incapacidade e duração, peso, altura, IMC, tempo de evolução da lombalgia, tratamento medicamentoso ou outros, tipo de acupunctura instituída e tipo de protocolo, exames auxiliares de diagnóstico, patologias associadas e terapêuticas, existência de depressão e tempo de evolução desta (questões abertas);

- sexo (questão dicotómica, de escolha única);

- estado civil (questão fechada).

Para avaliar a profissão foi adoptada e adaptada a Classificação Nacional de Profissões mencionado pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) em 1999, que contempla 9 grupos profissionais (grupo 1 ao 9), tendo sido adicionada uma outra categoria

referente aos não activos (grupo 10, onde de incluem os estudantes, desempregados, domésticas, reformados) para facilitar a análise e interpretação dos dados.

De referenciar que, em termos de tratamento de dados, os indivíduos que se encontram de baixa médica foram incluídos no grupo respeitante à sua actividade profissional, dado este nível de incapacidade ser temporário absoluto.

Quadro 3 – Classificação Nacional das Profissões (IEFP, 1999)

Grupo 0	Membros das forças armadas
Grupo 1	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
Grupo 2	Especialistas das profissões intelectuais e científicas
Grupo 3	Técnicos e profissionais de nível intermédio
Grupo 4	Pessoal administrativo e similares
Grupo 5	Pessoal dos serviços e vendedores
Grupo 6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
Grupo 7	Operários, artífices e trabalhadores similares
Grupo 8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
Grupo 9	Trabalhadores não qualificados
Grupo 10	Indivíduos inactivos (ex. desempregados, reformados, domésticas ou estudantes)

2.4.2– Escala Visual-Analóga (EVA)

A escala visual-análoga é um instrumento de medida que permite avaliar uma característica ou atitude que se acredita variar num continuum de valores e que não pode ser directamente medida, mas que representa a percepção subjectiva do indivíduo, do seu estado actual. É aplicada a pessoas conscientes, orientadas e com capacidade cognitiva reconhecida.

A escala mais usada para mensurar a dor em pessoas com lombalgia é a Escala Visual-Analóga, pela sua simplicidade de aplicação.⁵ Neste estudo foi utilizada como complemento para avaliar o estado de saúde do indivíduo. A conversão numérica foi efectuada para efeitos de registo, sendo que o índice 0 significa “ausência de dor” e 10 o “máximo de dor imaginável”.

A Circular Normativa nº 9 /DGCG de 14/06/2003 considera norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:⁷⁴

- O registo sistemático da intensidade da dor;
- A utilização para mensuração da intensidade da dor, de uma das escalas validadas internacionalmente: escala visual-análoga, escala numérica, escala qualitativa ou escala de faces;
- A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da dor.

2.4.3 – Índice de Oswestry para Incapacidade, Versão Portuguesa 2.0 (ODQ)

É umas principais medidas aplicadas na avaliação de lombalgias. Este questionário, iniciado por Jonh O'Brien (1976) foi publicado (versão 1.0) por Fairbank (1980) em Shorshire, Inglaterra, tendo sofrido uma grande disseminação após a sua apresentação no International Society for The Study of Lumbar Spine (ISSLS) em paris. Actualmente, algumas alterações foram introduzidas neste questionário, com vista a clarificar o vocabulário das declarações que constituem o questionário e a especificar o momento de resposta ("hoje"), surgindo, assim, a versão 2.0 deste instrumento.⁷⁵

É um questionário de auto-preenchimento, construído para quantificar o grau de incapacidade funcional em indivíduos com lombalgias. São necessários cerca de 3-5 minutos para completar/preencher e cerca de um minuto para obter o resultado.⁷⁵

Consiste em 10 perguntas com 6 possibilidades de resposta cada uma, reflectindo a repercussão das lombalgias e radiculopatias em 9 actividades de vida diárias: cuidados pessoais; levantar pesos; andar; sentar; estar em pé; dormir; vida sexual; vida social e viajar. Cada afirmação/declaração contém apenas uma ideia e descreve um grau de dificuldade naquela actividade, variando o grau entre 0-5, em que 5 representa a maior disfunção/limitação e o 0 a ausência de disfunção/limitação (escala de Lickert). O resultado máximo é de 50 valores e é expresso em percentagem. Quando numa secção não há possibilidade de ser respondida, o valor total da secção 5 é subtraído do total inicial possível (50), de modo a ser ajustada para se poder obter a percentagem.⁷⁵

O resultado é obtido em termos de percentagem de incapacidade, que não deverá ser comparada com a de outros indivíduos, mas antes com a incapacidade, que não deverá ser comparada com a de outros indivíduos, mas antes com a incapacidade deste em diversas ocasiões.⁷⁵

É um dos questionários mais utilizados, apresentado uma boa validade de convergência com os Índices de Rolan-Morris, Wadell e Escala Visual-Análoga para a dor e uma boa sensibilidade à mudança.⁷⁵

Foi efectuada, no ano lectivo de 2001/2002 a adaptação cultural e linguística para a cultura portuguesa por Martins (2002), tendo sido também apurada a validade de conteúdo. Chegaram a resultados que lhes permitiu afirmar que a versão portuguesa do ODQ é equivalente em termos semânticos e de conteúdo em relação à versão original (fiabilidade teste-reteste, num intervalo de 48 horas – $r=0,902$ ($p<0,01$) e coerência interna –alpha de Cronbach de 0,950).⁷⁵

2.4.4 – Escala de avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

De 2005-2007 foi efectuada a validação das versões dos instrumentos de avaliação da QDV da OMS (WHOQOL-100; WHOQOL-Bref); em que o investigador responsável foi o Professor Doutor Adriano Vaz Serra e participaram os Professor Doutor Mário Simões, Dr. Daniel Rijo e a Professora Doutora Cristina Canavarro (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra) e Professor Doutor Manuel Quartilho (Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra) Foi um Projecto integrado na linha de investigação 2 (MEDVOC) do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social, Unidade I&D (FEDER/POCTI-SFA -160 -192).⁷⁶

Com o objectivo de encontrar uma forma de avaliação da QDV menos demorada, mas igualmente válida, o Grupo de QDV da OMS desenvolveu uma versão reduzida do WHOQOL-100: o WHOQOL- bref. Este instrumento é constituído por 31 perguntas, duas são de âmbito mais geral e as restantes 29 representam cada uma das 29 facetas que constituem a versão original. Neste sentido, enquanto que na versão longa do instrumento cada uma das facetas é avaliada por quatro perguntas, no WHOQOL-HIV-bref cada uma das 29 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Esta versão breve é igualmente constituída pelos seis domínios referidos:⁷

Quadro 4 – Domínios e Facetas do WHOQOL – bref

Domínio I	Físico
F1	Dor e desconforto
F2	Energia e fadiga
F3	Sono e repouso
F50	Sintomas dos PLWHAs
Domínio II	Psicológico
F4	Sentimentos positivos
F5	Pensamento, aprendizagem, memória e concentração
F6	Auto-estima
F7	Imagem corporal e aparência
F8	Sentimentos negativos
Domínio III	Nível de Independência
F9	Mobilidade
F10	Actividades da vida diária
F11	Dependência de medicação ou tratamentos
F12	Capacidade de trabalho
Domínio IV	Relações Sociais
F13	Relações pessoais
F14	Apoio social
F15	Actividade sexual
F51	Inclusão social
Domínio V	Ambiente
F16	Segurança física
F17	Ambiente no lar
F18	Recursos económicos
F19	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
F20	Oportunidades para adquirir novas informações e competências
F21	Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer
F22	Ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima)
F23	Transporte
Domínio VI	Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais
F24	Espiritualidade/religião/crenças pessoais
F52	Perdão e culpa
F53	Preocupações sobre o futuro
F54	Morte e morrer
FG	Qualidade de vida geral e percepção geral de saúde

2.4.5 – Questionário de Estado de Saúde (MOS SF-36), Versão Portuguesa 2.0

O Questionário do Estado de Saúde MOS SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form) Versão Portuguesa 2.0, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde para avaliação da percepção dos doentes inquiridos acerca do seu “estado de saúde” é uma forma reduzida do Medical Outcomes Short Form Health Survey resultante de trabalhos de Ware e colaboradores, baseados em escalas anteriores, devendo o seu início ao HIS (The Rand Health Insurance Study).⁷⁷

Tem sido testado em mais de 45 países, através do Projecto International Quality of Life Assessment (IQOLA), que visa a adaptação internacional do questionário original, tornando-se numa das medidas de estado de saúde mais conhecidas (Ferreira, 1997). O Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra é a entidade reconhecida como representante nacional do MOS SF-36, no âmbito do projecto IQOLA.⁷⁷

A versão 2.0 do MOS SF-36 foi adaptada à população portuguesa pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira em (Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra), que procedeu à sua validação cultural e linguística numa amostra de 930 mulheres grávidas. Foram encontrados valores de *Alfa de Cronbach* entre 0.60 e 0.87 e valores de *r* entre 0.45 a 0.79 para a fiabilidade teste-reteste.⁷⁸

A escolha desta escala baseou-se no facto de ser considerado como um instrumento de medição facilmente aplicável por ser uma escala inteligível e menos extensa que outras conhecidas, ser de auto-preenchimento, e por ser “considerada uma medida genérica de saúde”, “não sendo específica de qualquer grupo etário, doença ou tratamento”.⁷⁷

“Pode ser administrado a qualquer indivíduo com quatorze anos de idade desde que possua a capacidade para ler o questionário. Pode ser auto-administrado, administrado através de uma entrevista, pelo correio ou por telefone. Demora cerca de dez minutos a responder.”⁷⁸

A versão 2.0 do MOS SF-36, em relação à primeira versão, apresenta como principal alteração a utilização de uma escala de cinco pontos nas questões relacionadas com o Desempenho Físico, Desempenho emocional, Saúde Mental e Vitalidade.⁷⁷

O MOS SF-36 é constituído por 36 itens, que se distribuem por oito dimensões do estado de saúde: função física (10 itens constituídos por 21 níveis), desempenho físico (4 itens constituído por 5 níveis), dor física ou corporal (2 itens constituídos por 11 níveis), saúde geral (5 itens constituídos por 21 níveis), saúde mental (5 itens constituídos por 26 níveis), desempenho emocional (5 itens constituídos por 4 níveis), função social (2 itens constituídos por 9 níveis) e vitalidade (4 itens constituídos por 21 níveis). Engloba ainda um item que

quantifica as mudanças de saúde que ocorreram no último ano (constituído por 5 níveis). As respostas são dadas segundo escalas tipo Likert, com um número de opções que varia entre 3 e 5.⁷⁷

A pontuação final de cada sub-escala é calculada a partir da utilização de uma fórmula preconizada pelos autores cujo resultado final varia entre 0 e 100. Quanto mais elevado é o valor obtido nos diferentes domínios, melhor é a qualidade de vida e a saúde.⁷⁷

As diferentes dimensões desta escala são ainda organizadas em duas diferentes componentes: componente física que inclui as dimensões Função física, Desempenho Físico, Dor corporal e Saúde em Geral; e a componente mental com as dimensões Saúde Mental, Desempenho Emocional, Função Social e Vitalidade, que representam:⁷⁷

- As Dimensões Desempenho físico e emocional *“medem a limitação em saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade para realizar tarefas”*.

- Dor Corporal – *“As escalas de dor representam não só a intensidade e o desconforto causado pela dor mas também a forma como interfere nas actividades normais”*;

- Saúde em Geral *“pretende medir o conceito de percepção holística da saúde, incluindo não só a saúde actual mas também a resistência à doença e a aparência saudável”*;

- Vitalidade *“inclui os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar o bem-estar”*;

- Função Social *“estende a medição para além da pele do indivíduo, pretendendo captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais do respondente”*;

- Saúde Mental – *“Esta escala inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental. São elas a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico”*.

- Transição ou mudança de Saúde (não é considerado um conceito de saúde) – *“a escala pretende medir a quantidade de mudança em geral na saúde de quem responde”*.

2.4.6 - Escala Visual-Análoga de Satisfação com o Tratamento

A Escala Visual-Análoga é uma escala genérica na sua utilização, desta forma, foi a utilizada para avaliar a satisfação com o tratamento, com índice de avaliação de 0 a 10, sendo que o índice 0 significa ausência total de satisfação com o tratamento e 10 satisfação máxima.

2.4.7. - Escala Visual-Análoga de Satisfação com a Relação Profissional de Saúde-Doente

Trata-se de uma escala exactamente com as mesmas características da escala anteriormente referida (Escala Visual-Análoga de Satisfação com o Tratamento), embora com objecto de estudo diferente. O índice 0 significa ausência total de satisfação com a relação e 10 satisfação máxima.

2.5. – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E PROCEDIMENTOS NA COLHEITA DE DADOS

Em todos os percursos inerentes ao desenvolvimento da investigação foram respeitadas as normas éticas inerentes à declaração de Helsínquia.

O projecto de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e seus parceiros de investigação.

Os tradutores das escalas utilizadas forneceram a sua autorização.

O conjunto de questionários proposto aos utentes inquiridos era precedido de consentimento informado (APÊNDICE I) efectuado pela autora do trabalho, explicando os objectivos do mesmo e as condições de confidencialidade na utilização das respostas obtidas, requerendo a participação voluntária no estudo.

Foram assim assegurados: o anonimato, a confidencialidade das respostas e a participação voluntária no estudo.

Considerando o baixo nível de escolaridade e/ou dificuldades visuais na leitura de alguns utentes, houve necessidade de, em escassas situações, os clínicos lerem as perguntas aos inquiridos que respondiam verbalmente às hipóteses colocadas.

2.6 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizámos técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. A escolha das técnicas utilizadas, nomeadamente dos testes estatísticos, foi feita após a análise criteriosa da natureza e características das variáveis envolvidas.

O tratamento estatístico foi realizado informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science), na versão 16.0 de 2007, e as medidas e técnicas estatística aplicadas foram:

- FREQUÊNCIAS: absoluta e relativa (percentagem).
- MEDIDAS DE TENDÊNCIA CENTRAL: média aritmética, mediana e moda.
- MEDIDAS DE DISPERSÃO OU VARIABILIDADE: mínimo, máximo e desvio padrão.
- COEFICIENTES: *alpha de Cronbach*.
- **TESTES DE HIPÓTESES:**
- **teste t de Student para amostras independentes** – grupo etário e IMC.

teste do Qui-quadrado, - sexo , nível de escolaridade, área de residência, estado civil, profissão, medicação, tratamento, exames auxiliares de diagnóstico , comorbilidade, terapêutica secundária, tarefas profissionais, condições de trabalho, períodos de incapacidade, tipo de incapacidade e duração, depressão, alteração da medicação, alteração do tratamento, dor irradiada para a perna.

teste U de Mann-Whitney - tempo de evolução da lombalgia, da depressão e da dor irradiada e relação depressão e incapacidade funcional.

teste U de Mann-Whitney para comparação entre grupos e teste Wilcoxon para a comparação dentro dos grupos, ou seja, entre o início e o final – intensidade da dor, QDV, Incapacidade Funcional, Satisfação com o tratamento: e com a relação profissional de saúde-doente.

teste da significância Shapiro-Wilk como teste da normalidade da distribuição dos resultados.

Nos testes fixámos o valor de 0.05 para nível máximo de significância.

3 – RESULTADOS

Relativamente à consistência interna das escalas, procedemos à análise da homogeneidade dos itens dos domínios / escalas que aplicámos no trabalho através do estudo da consistência interna de cada domínio / escala. Estes estudos foram desenvolvidos com base nos dados observados para o global dos 60 inquiridos e foram realizados em cada um dos momentos separadamente.

Atendendo a que os domínios / escalas eram constituídos por itens com resposta tipo Likert, optámos por aplicar o coeficiente *alpha de Cronbach* (α). Este coeficiente pode apresentar valores compreendidos entre 0 e 1 e, para a maioria dos autores, resultados iguais ou superiores a 0.70 evidenciam boa consistência interna.

Analisando os resultados apresentados no quadro 5 podemos constatar que em ambos os momentos todos os domínios da escala de qualidade de vida (MOS SF-36) evidenciaram boa consistência interna, variando os valores entre 0.77 e 0.94, no primeiro momento, e 0.76 e 0.92, no segundo.

Quadro 5 - Coeficiente *alpha* de Cronbach para os domínios do MOS SF-36

Domínio	Nº de itens	A (início)	A (final)
Função física	10	0.94	0.92
Desempenho físico	4	0.93	0.92
Dor física	2	0.81	0.89
Saúde geral	5	0.86	0.89
Vitalidade	4	0.77	0.76
Função social	2	0.93	0.86
Desempenho emocional	3	0.87	0.89
Saúde mental	5	0.85	0.87

Estudos semelhantes efectuado para os domínios da outra escala de QDV (WHOQOL-BREF) revelam que, em ambos os momentos, apenas no domínio das relações sociais o valor de α é um pouco inferior a 0.70. Nos restantes domínios os valores observados para aquele

coeficiente variaram entre 0.72 e 0.76, no primeiro momento, e entre 0.79 e 0.89, na segunda aplicação.

Quadro 6 - Coeficiente *alpha* de Cronbach para os domínios do WHOQOL-BREF

4

Domínio	Nº de itens	A (início)	α (final)
Geral	2	0.72	0.84
Físico	7	0.91	0.89
Psicológico	6	0.74	0.82
Relações sociais	3	0.62	0.69
Meio ambiente	8	0.76	0.79

Para a escala de incapacidade funcional (ODQ) observámos o valor 0.94, na primeira aplicação, e 0.88, na segunda. Em ambos os momentos a escala evidencia boa consistência interna.

Quadro 7 - Coeficiente *alpha* de Cronbach para o ODQ

Escala	Nº de itens	A (início)	A (final)
Incapacidade funcional	10	0.94	0.88

Estes resultados, apesar de não poderem ser vistos como uma validação dos instrumentos para os indivíduos em estudo, são bons indicadores de que as escalas, quando aplicadas a estes indivíduos, apresentam boas propriedades psicométricas.

Quanto à Dor, observou-se inicialmente 7.2 ± 1.9 no Grupo I e 7.2 ± 1.2 no Grupo II ($p = 0.596$), sendo no final do período em estudo os valores respectivamente de 4.4 ± 2.2 e 3.8 ± 1.5 ($p = 0.45$). A comparação entre os dados no início e no final do estudo dentro de cada grupo revelou que em ambos existem diferenças altamente significativas ($p < 0.001$).

Quadro 8 - Intensidade da dor (EVA)

Local	Grupo II					Grupo I					P
	\bar{x}	Md	S	X _{min}	X _{máx}	\bar{x}	Md	S	X _{min}	X _{máx}	
Início	7.2	7.0	1.2	5.0	9.0	7.2	7.5	1.9	2.0	10.0	0.596
Final	3.8	4.00	1.5	1.0	7.0	4.3	4.0	2.2	1.0	10.0	0.45
Comparação	p < 0.001					p < 0.001					

No que respeita à Incapacidade Funcional, os grupos eram diferentes no início, com 39.9 ± 17.1 no Grupo I e 53.1 ± 24.4 no Grupo II (**p = 0.016**), ou seja as pessoas do Grupo I apresentavam uma incapacidade funcional significativamente menor. Em ambos se mostraram reduções significativas neste parâmetro, 25.2 ± 15.4 no Grupo I e 27.7 ± 13.8 no Grupo II (**p = 0.48**), sendo semelhantes, nos dois grupos, os valores finais de incapacidade funcional.

Quadro 9 - Incapacidade funcional (ODQ)

Local	Grupo II					Grupo I					P
	\bar{x}	Md	S	X _{min}	X _{máx}	\bar{x}	Md	S	X _{min}	X _{máx}	
Início	53.1	59.0	24.4	6.0	92.0	39.9	36.0	17.1	10.0	86.0	0.016
Final	27.7	24.0	13.8	2.0	60.0	25.2	24.0	15.4	0.0	58.0	0.48
Comparação	p < 0.001					p < 0.001					

Relativamente aos ganhos em QDV, os resultados tendo por base os resultados obtidos com a aplicação da escala MOS SF-36 e a WHOQOL-BREF, são semelhantes para ambos os grupos, ou seja, todos evidenciam uma melhoria significativa na sua QDV, registando-se apenas no final do estudo diferença estatisticamente significativa em termos de saúde mental ($p = 0.005$) sendo os indivíduos do Grupo I, aqueles que revelam melhor saúde mental (dimensão avaliada pela MOS-SF 36).

Quadro 10 - QDV (MOS SF-36)

Local	Grupo II					Grupo I					P	
	\bar{X}	Md	S	X _{min}	X _{máx}	\bar{X}	Md	S	X _{min}	X _{máx}		
Início	Função física	37.5	22.5	33.2	0.0	100.0	46.3	45.0	22.6	5.0	95.0	0.10
	Desempenho físico	33.5	25.0	24.97	0.0	93.8	48.5	50.0	22.5	0.0	100.0	0.006
	Dor física	24.3	22.0	13.1	0.0	62.0	29.2	22.0	18.3	0.0	74.0	0.43
	Saúde geral	40.5	37.5	16.6	15.0	75.0	45.3	40.0	23.4	0.0	87.0	0.45
	Vitalidade	33.3	31.3	15.1	6.3	62.5	39.6	43.8	17.2	12.5	81.3	0.19
	Função social	40.0	25.0	25.7	12.5	100.0	53.8	50.0	26.1	0.0	100.0	0.024
	Desempenho emocional	46.4	50.0	24.8	0.0	100.0	56.7	58.3	21.8	8.3	100.0	0.12
	Saúde mental	46.0	45.0	12.96	20.0	70.0	56.0	55.0	18.6	25.0	100.0	0.032
	Mudança da saúde	78.3	75.0	18.3	25.0	100.0	65.0	75.0	27.5	0.0	100.0	0.045
Final	Função física	62.8	70.0	20.1	30.0	95.0	66.7	67.5	24.8	20.0	100.0	0.45
	Desempenho físico	54.6	53.1	15.4	6.3	81.3	62.5	65.6	25.1	0.0	100.0	0.11
	Dor física	46.8	41.0	12.9	31.0	74.0	46.0	41.0	22.3	10.0	100.0	0.67
	Saúde geral	46.9	45.0	15.5	15.0	85.0	50.5	50.0	22.97	5.0	97.0	0.52
	Vitalidade	47.1	50.0	15.6	18.8	68.8	51.3	53.1	21.1	0.0	87.5	0.21
	Função social	62.1	62.5	19.8	25.0	100.0	64.6	62.5	23.2	12.5	100.0	0.73
	Desempenho emocional	60.3	58.3	18.3	16.7	83.3	69.7	75.0	25.2	8.3	100.0	0.06
	Saúde mental	52.2	55.0	12.98	30.0	75.0	65.3	65.0	16.5	40.	100.0	0.005
	Mudança da saúde	60.0	75.0	23.3	25.0	100.0	47.5	50.0	27.4	0.0	100.0	0.06

	Função física	$p < 0.001$	$p < 0.001$	
	Desempenho físico	$p < 0.001$	$p = 0.006$	
	Dor física	$p < 0.001$	$p = 0.002$
Comparação	Saúde geral	$p < 0.001$	$p = 0.007$
	Vitalidade	$p < 0.001$	$p < 0.001$
	Função social	$p < 0.001$	$p = 0.006$
	Desempenho emocional	$p = 0.002$	$p = 0.003$
	Saúde mental	$p = 0.006$	$p = 0.005$
	Mudança da saúde	$p = 0.001$	$p = 0.014$

Quadro 11 - QDV (WHOQOL-BREF)

Local	Grupo II					Grupo I							
	QDV	\bar{X}	Md	S	X_{\min}	X_{\max}	\bar{X}	Md	S	X_{\min}	X_{\max}	P	
Início	Geral	40.8	37.5	22.7	0.0	87.5	45.8	43.8	19.5	0.0	75.0	0.41	
	Físico	37.6	32.1	21.4	0.0	89.3	44.1	41.1	19.2	0.0	82.1	0.12	
	Psicológico	57.9	58.3	9.4	33.3	79.2	60.4	66.7	17.2	20.8	87.5	0.32	
	Relações sociais	58.3	62.5	12.95	33.3	75.0	62.5	62.5	15.3	25.0	100.0	0.43	
	Meio ambiente	51.4	53.1	13.4	0.0	75.0	56.0	59.4	15.9	25.0	84.4	0.18	
Final	Geral	53.3	50.0	17.96	0.0	87.5	55.8	56.3	20.2	12.5	87.5	0.59	
	Físico	52.4	51.8	16.5	21.4	89.3	58.2	60.7	19.4	25.0	96.4	0.19	
	Psicológico	59.7	58.3	10.9	41.7	87.5	65.7	70.8	16.9	29.2	91.7	0.09	
	Relações sociais	62.2	66.7	12.1	41.7	91.7	66.9	66.7	14.9	41.7	100.0	0.18	
	Meio ambiente	55.6	53.1	8.4	37.5	75.0	59.0	62.5	15.4	25.0	96.9	0.22	
Comparação	Geral	0.001					0.016						
	Físico	<0.001					0.002						
	Psicológico	0.13					0.039						
	Relações sociais	0.12					0.07						
	Meio ambiente	0.023					0.13						

Quanto à Satisfação com o Tratamento, observou-se ao início que 6.2 ± 2.4 no Grupo I e 6.2 ± 2.2 no Grupo II ($p = 0.44$), sendo no final do período em estudo os valores respectivamente de 7.6 ± 2.0 e 6.9 ± 0.9 ($p = 0.77$). Verifica-se uma melhoria significativa na satisfação dos indivíduos de ambos os grupos no final do estudo

Quadro 12 - Satisfação com o tratamento

Local	Grupo II					Grupo I					P
	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	
Início	6.2	6.0	2.2	4.0	9.0	6.2	5.5	2.4	3.0	10.0	0.44
Final	6.9	7.0	0.9	5.0	10.0	7.6	8.0	2.0	3.0	10.0	0.77
Comparação	p = 0.003					p = 0.002					

Relativamente ao nível de Satisfação com a Relação estabelecida com o profissional de saúde, os resultados revelam que no início do estudo, ambos os grupos revelaram índices de satisfação semelhantes com esta, com 7.9 ± 2.0 no Grupo I e 8.2 ± 2.2 no Grupo II ($p = 0.77$).

No final do estudo, entre os dois grupos verificamos que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0.032$) e que os indivíduos do Grupo I evidenciam maior satisfação com a relação com os profissionais de saúde, com 8.6 ± 1.96 no Grupo I e 8.3 ± 1.1 no Grupo II. De referenciar também que os inquiridos do Grupo II mantêm praticamente a mesma satisfação inicial ($p = 0.414$). Por seu lado, os indivíduos do Grupo I apresentam uma melhoria muito significativa ($p = 0.002$) na satisfação com os profissionais de saúde entre o início e o final do estudo.

Quadro 13 - Satisfação com a relação com os profissionais de saúde

Local	Grupo II					Grupo I					P
	\bar{x}	Md	s	x_{\min}	x_{\max}	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	
Início	8.2	8.0	2.2	5.0	10.0	7.9	8.0	2.0	3.0	10.0	0.77
Final	8.3	8.0	1.1	5.0	10.0	8.6	9.0	1.96	3.0	10.0	0.032
Comparação	p = 0.414					p = 0.002					

A nível profissional e de acordo com a Classificação Nacional de Profissões, verificamos que nos dois grupos predominam os indivíduos especialistas das profissões intelectuais e científicas, com $p = 0.540$. No Grupo I os inactivos representam 20.0% dos casos e no Grupo II 16.7% dos inquiridos eram inactivos.

Quadro 14 - Profissão

Local Profissão	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	2	6.7	-	0.0
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	6	20.0	9	30.0
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	5	16.7	4	13.2
Pessoal Administrativo e Similares	1	3.3	2	6.7
Pessoal dos Serviços e Vendedores	3	10.0	5	16.7
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1	3.3	-	0.0
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	6	20.0	2	6.7
Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem	1	3.3	2	6.7
Trabalhadores Não Qualificados	-	0.0	-	0.0
Inactivos	5	16.7	6	20.0
Total	30	100.0	30	100.0

$p = 0.540$

Quanto às tarefas profissionais verificamos que no Grupo II 26.7% disseram que pegavam em pesos e passavam muito tempo de pé, seguidos de 16.7% que estavam muito tempo sentados e de 13.3% que passavam muito tempo de pé ou viviam esta situação associada a calor, trabalhar por turnos e pegar em pesos. No Grupo I 46.7% dos inquiridos passavam muito tempo sentados e 33.3% disseram que pegavam em pesos e passavam muito tempo em pé ($p = 0.123$).

Quadro 15 - Tarefas profissionais

Local Tarefas profissionais	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
Pesos	3	10.0	2	6.7
Muito tempo de pé	4	13.3	2	6.7
Muito tempo sentado	5	16.7	14	46.7
Pesos + muito tempo de pé	8	26.7	10	33.3
Pesos + muito tempo sentado	2	6.7	1	3.3
Muito tempo de pé + turnos	2	6.7	-	0.0
Muito tempo sentado + pesos + stress	1	3.3	1	3.3
Muito tempo de pé + calor + turnos + pesos	4	13.3	-	0.0
Muito tempo sentado + stress	1	3.3	-	0.0
Total	30	100.0	30	100.0

$p = 0.123$

Os dados relativos às condições de trabalho permitem-nos verificar que 36.7% dos inquiridos do Grupo II disseram que as condições de trabalho eram razoáveis, seguidos de 26.7% que referiram boas condições de trabalho.

No Grupo I 43.3% afirmaram que tinham condições de trabalho razoáveis, seguidos de 26.7% que referiram más condições de trabalho e de 20.0% que afirmaram que tinham boas condições de trabalho ($p = 0.292$).

Quadro 16 - Condições de trabalho

Local Condições de trabalho	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
Boas	8	26.7	6	20.0
Razoáveis	11	36.7	13	43.3
Más	5	16.7	8	26.7
Frio	4	13.3	-	0.0
Calor	-	0.0	1	3.3
Calor + humidade	2	6.7	2	6.7
Total	30	100.0	30	100.0

p = 0.292

No Grupo II 63.3% afirmou apresentar incapacidade. A situação é diferente no Grupo I onde a 56.7% deu a resposta contrária ($p = 0.121$).

Quadro 17 - Período de incapacidade

Local Período de incapacidade	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
Sim	19	63.3	13	43.3
Não	11	36.7	17	56.7
Total	30	100.0	30	100.0

p = 0.121

Quanto ao tipo de incapacidade, verificamos que 94.7% dos inquiridos do Grupo II apresentavam incapacidade temporária absoluta e que o mesmo se verificava com 69.2% dos inquiridos do Grupo I ($p = 0.051$). O tipo de incapacidade inicial, em ambos os grupos, manteve-se na avaliação final.

Quadro 18 - Tipo de incapacidade

Local Tipo de incapacidade	Centro de Saúde		Consultório	
	N	%	N	%
Temporária absoluta	18	94.7	9	69.2
Reforma por invalidez	1	5.3	4	30.8
Total	19	100.0	13	100.0

p = 0.051

Relativamente à idade, o Grupo I apresentou 50.6 ± 9.8 anos e o Grupo II 48.8 ± 11.3 anos ($p = 0.52$).

Quanto ao IMC, o Grupo I apresentou 24.97 ± 3.98 e o grupo II 26.07 ± 3.42 Kg/m² ($p = 26$).

Quadro 19 - Idade e IMC

Variáveis atributo	Grupo II	Grupo I	P
Idade (anos)	48.8 ± 11.3	50.6 ± 9.8	0.52
IMC (kg/m ²)	26.07 ± 3.42	24.97 ± 3.98	0.26

No que concerne ao tempo de evolução da lombalgia verificamos que o Grupo II apresentou 15.1 ± 19.68 meses e o Grupo I 23.3 ± 21.6 meses ($p = 0.02$).

Quadro 20 - Tempo de evolução da lombalgia

Local	Grupo II					Grupo I					
	\bar{x}	Md	s	X _{min}	X _{máx}	\bar{x}	Md	S	X _{min}	X _{máx}	P
Tempo de evolução (meses)	15.1	6.0	19.7	3.0	84.0	23.3	24.0	21.6	4.0	72.0	0.02

Quanto à medicação inicial verificamos que 33.3% dos inquiridos do Grupo II referiram que tomavam analgésicos e igual percentagem disseram tomar anti-inflamatórios, analgésicos e relaxantes. No grupo dos inquiridos do Grupo I 33.3% tomavam analgésicos, seguidos de 20.0% que tomavam anti-inflamatórios ($p = 0.029$).

Quadro 21 - Medicação

Local Medicação	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
Analgésicos	10	33.3	10	33.3
Anti-inflamatórios	-	0.0	6	20.0
Analgésicos + anti-inflamatórios	2	6.7	5	16.7
Analgésicos + relaxantes	5	16.7	1	3.3
Anti-inflamatórios + relaxantes	1	3.3	1	3.3
Anti-inflamatórios + analgésicos + relaxantes	10	33.3	5	16.7
Anti-inflamatórios + analgésicos + relaxantes + ansiolíticos	2	6.7	-	0.0
Sem medicação	-	0.0	2	6.7
Total	30	100.0	30	100.0

$p = 0.029$

Os dados apresentados quanto à alteração da medicação permitem verificar que 60.0% dos inquiridos do Grupo II mantiveram a medicação na totalidade e que dos doze que fizeram alteração, 58.3% passaram a tomar analgésicos e 25.0% diminuiram apenas a dosagem. No Grupo I, 46.7%

alteraram parcialmente a medicação, 43.3% mantiveram-na na totalidade e 10.0% não mantiveram a medicação. Para 47.1% dos inquiridos a alteração consistiu numa redução de dose, 17.6% abandonaram a medicação e igual percentagem passou a tomar analgésicos ($p = 0.055$ e $p = 0.185$).

Quadro 22 - Alteração da medicação

Local	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
Manteve a medicação				
Totalmente	18	60.0	13	43.3
Parcialmente	12	40.0	14	46.7
Não	-	0.0	3	10.0
Total	30	100.0	30	100.0
	$p = 0.055$			
Medicação após as alterações	N	%	N	%
Analgésicos	7	58.3	3	17.6
Relaxantes musculares	-	0.0	1	5.9
Analgésicos + anti-inflamatórios	1	8.3	1	5.9
Anti-inflamatórios relaxantes	-	0.0	1	5.9
Analgésico + anti-depressivo	1	8.3	-	0.0
Redução da dose	3	25.0	8	47.1
Abandonou	-	0.0	3	17.6
Total	12	100.0	17	100.0
	$p = 0.185$			

Relativamente ao tratamento inicial, verificamos que no Grupo II metade dos indivíduos não fizeram qualquer tratamento e 33.3% fizeram fisioterapia. A situação é semelhante no Grupo I, mas as percentagens são ligeiramente diferentes ($p = 0.280$).

Quadro 23 - Tratamento inicial

Local Tratamento no início	Grupo II		Grupo I	
	n	%	N	%
Hidroterapia	3	10.0	1	3.3
Fisioterapia	10	33.3	11	36.7
Fisioterapia + hidroterapia	-	0.0	2	6.7
Calor	-	0.0	1	3.3
Manipulação vertebral	1	3.3	-	0.0
Fisioterapia + ultrasons + hidroterapia	1	3.3	4	13.3
Não fez	15	50.0	11	36.7
Total	30	100.0	30	100.0

p = 0.280

A análise dos dados apresentados no que respeita à alteração dos tratamentos, permite-nos verificar que apenas 23 e 21 inquiridos nos dois grupos estavam a fazer tratamento. Em ambos os grupos a maioria dos indivíduos (78.3% e 61.9%) disse que houve alteração do tratamento que estava a efectuar ($p = 0.235$).

Dos 18 inquiridos que, no Grupo II, tiveram alteração do tratamento, metade abandonou-o. Situação idêntica se observa com os 13 inquiridos do Grupo I mas, neste caso, a percentagem de abandono do tratamento situou-se nos 84.6%. Apesar de ser uma diferença considerável, ela não é estatisticamente significativa ($p = 0.074$).

Quadro 24 - Alteração dos tratamentos

Local Alteração dos tratamentos	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
Sim	18	78.3	13	61.9
Não	5	21.7	8	38.1
Total	23	100.0	21	100.0
p = 0.235				
Tratamentos que ficaram a fazer	N	%	N	%
Fisioterapia	3	16.7	1	7.7
Calor	3	16.7	-	0.0
Manipulação vertebral	-	0.0	1	7.7
Calor + fisioterapia	3	16.7	-	0.0
Abandonou	9	50.0	11	84.6
Total	18	100.0	13	100.0
p = 0.074				

Analisando os dados quanto á dor irradiada, verificamos que inicialmente a maioria dos inquiridos de ambos os grupos, concretamente 83.3% e 63.3%, afirmou que a dor não irradiava para a perna (p = 0.080).

No final, a situação é algo diferente; enquanto que, no grupo do Grupo II, 60.0% dos inquiridos disseram que a dor não irradiava para a perna, no Grupo I essa mesma percentagem afirmou que efectivamente a dor irradiava para a perna.(p = 0.121).

Quadro 25 - Dor irradiada para a perna

Momento	Local Dor irradia para a perna	Grupo II		Grupo I	
		N	%	N	%
Início	Sim	5	16.7	11	36.7
	Não	25	83.3	19	63.3
	Total	30	100.0	30	100.0
	p = 0.080				
Final	Sim	12	40.0	18	60.0
	Não	18	60.0	12	40.0
	Total	30	100.0	30	100.0
	p = 0.121				

No início do estudo, o tempo decorrido desde que a dor começou a irradiar para a perna apresentou 4.0 ± 2.7 meses, na amostra seleccionada no Grupo II. e no Grupo I 10.8 ± 14.4 meses ($p = 0.427$).

No final, os indivíduos do Grupo II apresentou 3.9 ± 2.9 meses ($p = 0.132$).

Quadro 26 - Tempo de evolução da dor irradiada para a perna

Local	Grupo II					Grupo I					P
	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	
Início	4.0	4.0	2.7	1.0	8.0	10.8	5.0	14.4	1.0	45.0	0.43
Final	3.9	3.0	2.9	1.0	11.0	8.0	5.0	10.7	1.0	48.0	0.13
Comparação	p = 0.03					p = 0.002					

Quanto aos exames complementares de diagnóstico, verificamos que 40.0% dos inquiridos do Grupo II fizeram TAC e RX, seguidos de 20.0% que fizeram apenas TAC e de 16.7% que não fizeram qualquer exame. No Grupo I 36.7% dos inquiridos não levaram exames de diagnóstico para as consultas iniciais (referiram tê-los efectuado, mas perderam-nos ou não sabiam onde os tinham colocado), seguidos de 23.4% que fizeram TAC ($p = 0.079$).

Quadro 27 - Exames complementares de diagnóstico

Local Exames complementares de diagnóstico	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
TAC	6	20.0	7	23.4
RX	2	6.7	3	10.0
TAC + RX	12	40.0	3	10.0
RMN	-	0.0	1	3.3
TAC + RMN + RX	4	13.3	1	3.3
Electromiografia	-	0.0	1	3.3
RMN + TAC	1	3.3	3	10.0
Nenhum	5	16.7	11	36.7
Total	30	100.0	30	100.0

$p = 0.079$

Quanto ao tipo de tratamento efectuada no Grupo I, 93.3%, referiu a acupunctura tradicional.

Também a maioria referiu que efectuou o protocolo base mais pontos associados.

Verificamos ainda que em 90.0% não houve alteração do tipo de tratamento e os três nos quais houve necessidade de fazer alteração, dois passaram a fazer acupunctura tradicional associada à electroacupunctura e um acupunctura tradicional associada à auriculoterapia.

Quadro 28 - Tipo de tratamento, pontos estimulados, alteração do tipo de tratamento e tipo de tratamento final

Local Tipo de tratamento	Grupo I	
	N	%
Tradicional	28	93.3
Electroacupunctura	2	6.7
Total	30	100.0
Tipo de tratamento	N	%
Base	5	16.7
Base + pontos associados	25	83.3
Total	30	100.0
Alteração do tipo de tratamento	N	%
Sim	3	10.0
Não	27	90.0
Total	30	100.0
Tipo de tratamento final	N	%
Tradicional e electroacupunctura	2	66.7
Tradicional e auriculoterapia	1	33.3
Total	3	100.0

Como podemos verificar, 60.0% dos inquiridos do Grupo I efectuaram entre 7 e 9 tratamentos de acupunctura, sendo que 70.0% faziam apenas uma sessão por semana.

Quadro 29 - Número de tratamentos de acupunctura e o número de tratamentos por semana

Local Número de tratamentos		
	N	%
4 – 6	10	33.3
7 – 9	18	60.0
10 – 12	2	6.7
Total	30	100.0
Número de tratamentos por semana	N	%
Uma	21	70.0
Duas	9	30.0

Quanto à comorbilidade as situações são diversas e muito variadas. No Grupo II 43.3% dos inquiridos não tinham qualquer patologia associada e 16.7% referiram a depressão, seguidos de 10.0% que disseram sofrer de hipertensão arterial (HTA). No Grupo I a situação é semelhante embora com percentagens um pouco diferentes. ($p = 0.584$).

Quadro 30 - Comorbilidade

Local Patologias associadas	Grupo II		Grupo I	
	N	%	N	%
HTA	3	10.0	3	10.0
Doença Oncológica	1	3.3	-	0.0
Depressão	5	16.7	6	20.0
Problemas cardíacos	1	3.3	-	0.0
Problemas cardíacos + depressão	1	3.3	-	0.0
HTA + dislipidemia + depressão	1	3.3	1	3.3
Hipertiroidismo autoimune	-	0.0	1	3.3
HTA + doença oncológica	-	0.0	1	3.3
Depressão + colesterol	-	0.0	1	3.3
Depressão + doença oncológica	-	0.0	1	3.3
Depressão HTA	2	6.7	-	0.0
HTA + insuficiência renal crónica	1	3.3	-	0.0
HTA + depressão + diabetes + dislipidemia	1	3.3	-	0.0
Depressão + problemas cardíacos	1	3.3	-	0.0
Coxartrose + luxação congénita anca + depressão	-	0.0	1	3.3
Nenhuma	13	43.3	15	50.0
Total	30	100.0	30	100.0

$p = 0.584$

Relativamente à terapêutica secundária verificamos que 46.7% dos inquiridos no Grupo II não faziam qualquer terapêutica, seguidos de 20.0% que tomavam anti-depressivos e de 10.0% que estavam medicados com ansiolíticos ou hipotensores. No Grupo I, 56.7%, não tinham terapêuticas secundárias, 20.0% tomavam anti-depressivos e 13.3% estavam medicados com hipotensores. ($p = 0.592$)

Quadro 31 - Terapêutica secundária

Local Terapêutica secundária	Grupo II		Grupo I	
	N	%	n	%
Ansiolíticos	3	10.0	1	3.3
Anti-depressivos	6	20.0	6	20.0
Terapias anticoagulantes	1	3.3	-	0.0
Hipotensores + ansiolíticos + antidiabéticos	1	3.3	-	0.0
Hipotensores	3	10.0	4	13.3
Anti-depressivos + antidiabéticos	-	0.0	1	3.3
Anti-depressivos + hipotensores + antidiabéticos	-	0.0	1	3.3
Hipotensores + anti-depressivos	1	3.3	-	0.0
Anti-depressivos + antidiabéticos orais + antidiabéticos + hipotensores	1	3.3	-	0.0
Nenhuma	14	46.7	17	56.7
Total	30	100.0	30	100.0

p = 0.592

Questionados acerca do facto de sofrerem de depressão, 36.7% dos inquiridos do Grupo II responderam afirmativamente e o mesmo se verificou com 33.3% dos indivíduos do Grupo I (p = 0.708). No Grupo I 20.0% dos inquiridos recusaram responder a esta questão.

Quadro 32 - Depressão

Local Depressão	Grupo II		Grupo I	
	N	%	n	%
Sim	11	36.7	10	33.3
Não	19	63.3	14	46.7
Não respondeu	-	0.0	6	20.0
Total	30	100.0	30	100.0

p = 0.708

Relativamente ao tempo de evolução da depressão, verificamos que os onze inquiridos do Grupo II apresentou 19.9 ±10.6 meses e os dez indivíduos do Grupo I 48.3±43.61 meses (p = 0.16).

Quadro 33 - Evolução da depressão

Local	Grupo II					Grupo I					
	\bar{x}	Md	s	x_{\min}	x_{\max}	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	P
Evolução da depressão (meses)	19.9	24.0	10.6	3.0	36.0	48.3	36.0	43.5	3.0	120.0	0.16

No início do estudo, o tempo decorrido desde que a dor começou a irradiar para a perna apresentou 4.0 ± 2.7 meses, na amostra seleccionada no Grupo II. e no Grupo I 10.8 ± 14.4 meses (p = 0.427).

No final, os indivíduos do Grupo II apresentou 3.9 ± 2.9 meses (p = 0.132).

A comparação da incapacidade funcional em função do estado de depressão dos indivíduos revelou que, no início do estudo nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa e que, no final do estudo, apenas no grupo de indivíduos do Grupo I se regista uma diferença estatisticamente significativa (**p = 0.001**). Neste grupo, os indivíduos com depressão apresentam níveis de incapacidade funcional superiores (36.8±12.7) aos que não sofrem desta doença (16.8±12.0).

Quadro 34 - Incapacidade funcional em função da depressão

Momento	Depressão	Sim					Não					p
	Local	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	\bar{x}	Md	S	x_{\min}	x_{\max}	
Início	Grupo II	58.5	60.0	24.1	24.0	92.0	49.9	54.0	24.7	6.0	90.0	0.37
	Grupo I	45.2	42.0	17.4	22.0	86.0	36.9	33.0	18.6	10.0	74.0	0.20
Final	Grupo II	33.1	26.0	15.2	16.0	60.0	24.5	24.0	12.2	2.0	50.0	0.21
	Grupo I	36.8	35.0	12.7	20.0	58.0	16.9	13.0	12.0	4.0	44.0	0.001

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente ao nível de Dor, verificamos que não existem diferenças entre os grupos nem no início, nem no fim do tratamento. Contudo, comparando dentro de cada grupo os valores iniciais com os finais, em ambos existiram decréscimos muito significativos no valor da EVA. Estas conclusões indiciam a eficácia da acupuntura, mas enquanto tratamento complementar ao tratamento conservador.

Um estudo muito importante neste sentido foi o apresentado por Molsberger et al., que submeteu três grupos de doentes a diferentes tratamentos. Um com acupuntura verdadeira e tratamento conservador, outro com acupuntura fictícia e tratamento conservador e outro tratamento conservador apenas. No final, a escala da dor traduzia um decréscimo da intensidade da dor muito mais acentuado no primeiro grupo relativamente aos restantes. Para doentes com dor lombar crónica há mais de 5 anos a redução da dor neste grupo era ainda maior, o que comprova esta técnica como um complemento importante no tratamento desta patologia. Os intervenientes eram “cegos” no estudo.¹⁰

Seis meses de tratamento por acupuntura parece ser mais eficaz do que a terapia convencional no tratamento da lombalgia, de acordo com um estudo de 2007, embora o estudo sugira que a eficácia com a acupuntura fictícia (inserção de agulhas superficialmente, 1 mm a 3mm, para a parte inferior das costas, evitando todos os pontos conhecidos ou meridianos) e acupuntura tradicional (inserção de agulhas em pontos fixos e pontos adicionais a uma profundidade de 5mm a 40 mm e baseia-se na Medicina Tradicional Chinesa) seja semelhante. Este estudo foi efectuado por Michael Haake e colegas da Universidade de Regensburg, Bad Abbach, na Alemanha e tratou-se de um ensaio clínico randomizado envolvendo 1162 doentes, com idade média de cinquenta anos, com evolução de oito anos de lombalgia crónica. Os doentes foram submetidos a dez sessões de trinta minutos, média de duas sessões por semana, dos dois tipos de acupuntura.⁶⁸

A taxa de resposta foi definida como 33 por cento na melhoria da dor ou de 12 por cento na melhoria da capacidade funcional. Aos seis meses, a taxa de resposta foi 47.6 por cento no grupo submetido a acupuntura tradicional, 44.2 por cento na acupuntura fictícia e 27.4 por cento no grupo com terapêutica convencional. As diferenças entre os grupos foram as seguintes; fictícia versus tradicional, 3.4 por cento; tradicional versus terapia convencional, 20,2 por cento e acupuntura fictícia versus terapia convencional, 16.8 por cento.⁶⁸

Outro estudo randomizado de 2002 nos Estados Unidos da América, envolvendo tratamento conservador e acupunctura associados, demonstrou que esta última é uma técnica com eficácia a nível da capacidade funcional e dor.⁶⁹

Uma revisão de 35 estudos randomizados que envolveram 2861 pacientes foi efectuada relativamente a diversas patologias. No que respeita à lombalgia crónica, resultados mostram que a acupunctura possui mais eficácia do que a não existência de um tratamento, é mais eficaz do que outros tratamentos complementares e quando associada a terapias conservadoras traduz-se numa aumento da capacidade funcional e melhoria da dor do que estas terapias isoladamente, embora os efeitos demonstrados sejam pequenos.⁵³

No que respeita à Incapacidade Funcional, os grupos eram diferentes no início, tendo os doentes do Grupo I uma incapacidade funcional significativamente menor. Em ambos se mostraram reduções significativas neste parâmetro, sendo semelhantes, nos dois grupos, os valores finais de incapacidade funcional. Os resultados obtidos não permitem confirmar a hipótese.

A diferença observada entre os grupos na fase inicial do estudo poderá dever-se ao facto de doentes terem recorrido ao Centro de Saúde num período agudo da LIC e daí apresentarem maior nível de incapacidade funcional na altura.

Num estudo australiano randomizado que incluiu 130 doentes com dor crónica da coluna (82% tinham lombalgia crónica inespecífica) que receberam acupunctura, quiroprática ou tratamento conservador, entre os 77 doentes que completaram o estudo, não existiu acréscimo de dor ou disfunção após as 4 semanas com tratamento por acupunctura.⁵⁸

Um estudo alemão randomizado com 131 doentes com dor lombar crónica inespecífica recebeu 12 semanas de apenas fisioterapia (grupo de controle) ou em conjunto com acupunctura real ou acupunctura *sham* (fictícia). A real acupunctura demonstrou ser superior ao grupo de controlo mas não à fictícia na redução da intensidade dor e da disfunção.⁵⁸

Um estudo americano evidenciou o papel da electroacupunctura no tratamento da lombalgia, em conjunto com o exercício dirigido, nomeadamente ao nível da dor e da incapacidade funcional, com resultados a manterem-se aos 3 meses de avaliação.⁷⁰

Relativamente aos ganhos em QDV, os resultados tendo por base os resultados obtidos com a aplicação da escala MOS SF-36 e a WHOQOL-BREF (escalas que se complementam na avaliação de dimensões da QDV) são semelhantes para ambos os grupos, ou seja, todos evidenciam uma melhoria significativa na sua QDV.

Relativamente à primeira escala, inicialmente, ambos os grupos revelavam uma QDV relativamente baixa, sendo pior nos domínios dor física, vitalidade e desempenho físico. Comparando os dois grupos, verificamos que desempenho físico ($p = 0.006$), função social ($p = 0.024$), saúde mental ($p = 0.032$) e mudança de saúde ($p = 0.045$). Os resultados permitem-nos ainda afirmar que os inquiridos do Grupo I evidenciam, naqueles domínios, uma melhor QDV que os do Grupo II.

No final, os dois grupos evidenciam QDV semelhante em todos os domínios, registando-se apenas que saúde mental ($p = 0.005$) no Grupo I, revelando-se melhor a este nível.

A aplicação da escala WHOQOL-BREF também não regista qualquer diferença estatisticamente significativa, pelo que podemos afirmar que os grupos evidenciaram inicialmente QDV semelhante.

Esta situação verifica-se igualmente no final, mas a comparação com os resultados iniciais dentro de cada grupo revela que houve melhoria da QDV. No grupo dos inquiridos do Grupo II verificamos nos domínios geral ($p = 0.001$), físico ($p < 0.001$) e meio ambiente ($p = 0.023$) e para o Grupo I nos domínios geral ($p = 0.016$), físico ($p = 0.002$) e psicológico ($p = 0.039$).

A hipótese não foi confirmada, mas a bibliografia destaca o papel da acupunctura enquanto tratamento complementar ao tratamento conservador em termos de ganhos de QDV.

Um estudo alemão randomizado de 2001 que envolve doentes com lombalgia crónica tratamento por acupunctura e tratamento conservador demonstrou que a primeira resulta num benefício clínico relevante em termos de QDV e custo-benefício e segurança. Existe a ressalva que a acupunctura foi apenas praticada por clínicos.⁶⁹

Outro estudo randomizado efectuado no mesmo país demonstra que a acupunctura, enquanto tratamento complementar ao tratamento conservador resulta em ganhos em saúde relevante, com um benefício custo-eficácia muito significativo entre os doentes com dor lombar crónica, mantendo-se os resultados aos três e seis meses após o tratamento, pelo que pode ser considerada uma opção viável a este nível.⁷⁰

Em 2004, Guthlin, Lange & Walach apresentaram a evidência do benefício subjectivo de técnicas como o da acupunctura em pacientes portadores de dores crónicas⁹.

Estudos desenvolvidos em 2006 demonstram que existe uma forte evidência do benefício da acupunctura, enquanto terapia complementar ao nível da QDV, no tratamento da lombalgia inespecífica aos 24 meses de tratamento.⁹

Relativamente à satisfação com o tratamento, os resultados da avaliação permitem-nos concluir que não existem diferenças entre os grupos nem no início, nem no fim do tratamento; verifica-se uma melhoria significativa na satisfação dos indivíduos de ambos os grupos no final do estudo.

Os estudos existentes neste sentido são um pouco dúbios, mas parecem indicar a tendência de os doentes acorrerem às terapias complementares após se encontrarem insatisfeitos com os cuidados gerais. No entanto, também muitos estudos defendem melhores resultados com a acupunctura se esta for aplicada numa fase inicial da doença.

Estudos realizados em pediatria, neurologia e clínica geral, demonstraram que utentes satisfeitos com os cuidados de saúde aderem mais facilmente aos conselhos e regimes medicamentosos. Por outro lado, os doentes insatisfeitos abandonam mais facilmente o regime terapêutico, mudam de médico ou procuram outras medicinas alternativas.⁵⁶

As despesas com o tratamento (consultas médicas, medicação, terapias complementares) são um item importante na adesão e satisfação com o tratamento, o que pode atrasar o recorrer à acupunctura.⁶⁰

De realçar que não verificaram efeitos secundários com a acupunctura, o que também pode indiciar a satisfação com o tratamento. Como refere a bibliografia existente, esta trata-se de provavelmente, uma das técnicas médicas mais seguras, com incidência de efeitos adversos graves (permanecem mais de 15 dias e obrigam a intervenção médica) muito reduzida, aproximadamente 0,01%, desde que efectuada por profissionais correctamente habilitados para a sua execução.⁵⁵

Relativamente ao nível de satisfação com a relação estabelecida com o profissional de saúde, os resultados revelam que no início do estudo, ambos os grupos

revelaram índices de satisfação semelhantes com esta. **No final do estudo, entre os dois grupos verificamos que existe uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0.032$) e que os indivíduos do Grupo I evidenciam maior satisfação com a relação com os profissionais de saúde.**

De referenciar também que os inquiridos do Grupo II mantêm praticamente a mesma satisfação inicial ($p = 0.414$). Por seu lado, os indivíduos do Grupo I apresentam uma melhoria muito significativa ($p = 0.002$) na satisfação com os profissionais de saúde entre o início e o final do estudo.

O quadro conceptual existente apoia a confirmação da hipótese.

No que diz respeito propriamente ao tratamento por acupunctura, a simples crença de que esta técnica possa ser eficaz influi mais na reacção do doente do que uma aplicação traga ao alívio da dor.¹³

Um estudo de 2002 sobre os resultados e as expectativas geradas pela acupunctura concluiu que a percepção dos resultados da acupunctura não está directamente relacionada com o efeito placebo e às expectativas do doente, mas, ao contrário, aos factores referentes à empatia gerada no relacionamento entre profissional de saúde e paciente.⁶⁰

Um estudo que envolveu seis mil pacientes demonstrou que os melhores indicadores da eficácia dos tratamentos passam pelas expectativas de sucesso no início destes pelos profissionais de saúde e pacientes.⁵⁹

No que respeita aos **factores ocupacionais**, julgamos também poder concluir que os **grupos profissionais de risco** para o desenvolvimento desta patologia são os especialistas das profissões intelectuais e científicas, os técnicos e profissionais de nível intermédio e o pessoal dos serviços e vendedores.

Quanto às **tarefas profissionais** verificamos que em ambos os grupos de inquiridos a maioria refere que pegavam em pesos e passavam muito tempo de pé, seguidos daqueles que estavam muito tempo sentados (embora no Grupo I esta condição aparece referenciada pela maioria) e também com alguma percentagem significativa pelos que passavam muito tempo de pé ou viviam esta situação associada a calor, trabalhar por turnos e pegar em pesos.

Os dados apresentados permitem-nos verificar que a maior percentagem dos inquiridos nos dois grupos disseram que as **condições de trabalho** eram razoáveis, seguidos dos que

referiram boas condições de trabalho no Grupo II, sendo que esta condição aparece referenciada também no Grupo I, mas seguidamente às más condições de trabalho.

No que respeita à existência de **períodos de incapacidade para o trabalho**, verifica-se que a maioria dos inquiridos no Grupo II respondeu afirmativamente, enquanto no Grupo I a resposta foi precisamente a contrária. Em ambos os grupos, a incapacidade temporária absoluta para o trabalho foi o tipo de incapacidade mais referenciado, embora os doentes com reforma por invalidez por esta condição de morbilidade seja referenciada também em percentagem mais assinalável no Grupo II.

Um estudo de *coorte* de pessoas com lombalgia há menos de 4 meses, fornece-nos uma previsão das possibilidades destas de regresso ao trabalho, concluindo que as mesmas diminuem se os trabalhadores apresentarem incapacidade inicial muito elevada.³⁷ Neste estudo, verificamos que no Grupo II, a incapacidade inicial é efectivamente mais elevada e o seus períodos de incapacidade para o trabalho mais prevalentes.

Relativamente aos **factores de risco de índole ocupacional**, diversos são mencionados, tais como a permanência por longos períodos na posição de sentado, condução de veículos, exposição a vibrações, trabalho manual pesado, quer seja a levantar objectos pesados com frequência, a partir do chão ou associado à rotação do tronco, quer se trate de manusear objectos volumosos longe do corpo. Quanto a factores psicossociais, incluem-se o trabalho monótono, pouco controlo sobre o trabalho e satisfação com o mesmo e os fisiológicos referentes à pouca prática de actividade física e inadequada força do tronco.

A bibliografia existente confere consistência aos resultados expostos previamente, dado que avançam como profissões de risco relacionadas com as lombalgias e suas tarefas profissionais típicas os trabalhadores que elevam cargas e efectuam trabalhos pesados, bem assim aqueles que efectuam movimentos frequentes de flexão e torção do ráquis; os agricultores; os condutores de veículos sujeitos a vibrações; os profissionais que estão longas horas sentados ou com ortoestatismo; desportistas de alta competição; os pilotos de aeronaves (ejecção, aterragens, vibrações) e o pessoal do serviço de saúde, particularmente os enfermeiros, os fisioterapeutas e os dentistas. Estes constituirão pois grupos profissionais de risco em que a intervenção da ergonomia, da educação postural e da intervenção psicológica precoce podem ser preciosos aliados na prevenção ou na própria reabilitação.

De salientar que, apesar de ambos os grupos não se terem revelado diferentes no que respeita a aspectos de índole ocupacional, ao terem sido efectuadas questões abertas

nomeadamente no que respeita às tarefas profissionais típicas e condições de trabalho, a diversidade de respostas foi muito diversa.

Relativamente às **características sócio-demográficas**, em que os grupos não se mostraram diferentes, algumas considerações devem ser efectuadas.

Em ambos os grupos predominam os indivíduos do **sexo** feminino. Relativamente à prevalência entre os sexos, estudos apontam para a inexistência de diferenças entre os géneros masculino e feminino. Ainda assim, autores relatam existir uma tendência geral de que mais mulheres referem dor lombar do que homens, no entanto, essa diferença geralmente não é estatisticamente significativa³⁸, como sucede neste estudo.

Quanto à **idade**, verificamos que os indivíduos pertencentes ao Centro de Saúde apresentam idade média de 48.83 anos e na amostra do Consultório de 50.60 anos. Estudos indicam que a lombalgia é mais comum entre os 35 e os 55 anos.²⁶

Relativamente ao **nível de escolaridade**, podemos afirmar que os dois grupos são equivalentes em termos de escolaridade ($p = 0.418$), predominando o ensino superior. No entanto, os estudos existentes direccionam-se num sentido contrário, com autores a referir pessoas que apenas sabem ler e escrever como as mais afectadas por esta patologia (55%) e as menos as que detêm o ensino básico e o ensino secundário (15%).³⁷ De referir que os diversos locais de colheita de dados deste estudo eram predominantemente urbanos.

Em termos de **residência**, no Grupo II, predominam os indivíduos residentes na área de Coimbra, mas na amostra do Grupo I os indivíduos que residem nesta área não são a maioria e surgem empatados com aqueles que residem na área de Aveiro. A proveniência da amostra revela-se dispersa na medida em que se trata de um tipo de amostragem por conveniência. No entanto, existem estudos que revelam como factores de risco factores relacionados com o meio ambiente como as alterações climáticas, modificações da pressão atmosférica e temperatura

No que respeita ao **estado civil**, a maior parte dos inquiridos de ambos os grupos eram casados, seguindo-se os solteiros em menor percentagem. Relativamente à situação familiar, estudos referenciam os casados com um registo de 80% e os solteiros os menos afectados (7.5%).²⁷

No que concerne aos **dados antropométricos**, nomeadamente o **estado ponderal e índice de massa corporal** verificamos que metade dos inquiridos em cada um dos grupos

apresentava peso normal, seguindo-se os indivíduos com sobrepeso. A bibliografia aponta como factor de risco o peso corporal (excesso de peso ou magreza excessiva).³⁷

Relativamente às **variáveis clínicas** podemos salientar diversas considerações.

No que respeita ao **tempo de evolução da lombalgia**, os resultados permitem-nos afirmar que os inquiridos do Grupo I sofriam de lombalgia há mais tempo que os indivíduos do Grupo II, o que pode evidenciar como motivo de recorrência a esta terapia complementar o facto de já não encontrarem soluções satisfatórias para a sua condição de morbilidade com o tratamento conservador.

Relativamente à **medicação inicial** verificamos que igual percentagem de inquiridos do Grupo II tomava analgésicos, anti-inflamatórios, analgésicos e relaxantes. No Grupo I a maior percentagem tomava analgésicos, seguidos dos indivíduos que tomavam anti-inflamatórios.

Quanto à **medicação final**, os dados permitem verificar que a maioria dos inquiridos do Grupo II manteve a medicação na totalidade e dos que fizeram alteração, 58.3% passaram a tomar analgésicos e 25.0% diminuíram apenas a dosagem. No Grupo I encontram-se em percentagem semelhante os que alteraram parcialmente a medicação e os que a mantiveram na totalidade; uma pequena percentagem não manteve a medicação. Para 47.1% dos inquiridos a alteração consistiu numa redução de dose, 10.0% abandonaram a medicação e igual percentagem passou a tomar analgésicos.

De referenciar que, através do diálogo com os clínicos, estas alterações foram muitas vezes efectuadas pelo próprio doente no decorrer do tratamento e só depois lhes foram comunicadas, o que alerta para o problema da auto-medicação o que, neste caso pode estar relacionado com o facto de os doentes se sentirem melhor com o tratamento e manterem apenas alguma medicação ou a abandonarem.

De realçar que a terapêutica normalmente mantida é o analgésico, o que pode estar relacionada com aspectos culturais e também com o facto de, segundo a bibliografia, ser o grupo farmacológico dos que normalmente são indicados nestes casos, possuem menos efeitos secundários. Também pode ter acontecido não se terem sentido bem ou melhor com a medicação e daí terem abandonado total ou parcialmente a terapêutica por sua iniciativa, embora a convergência dos dados obtidos remetam para a primeira explicação, dada a melhoria geral dentro dos grupos.

Os motivos a alteração da terapêutica não foram tão exploradas como deveriam ter sido, muitas vezes por lapso, embora houvesse espaço próprio no questionário para tal ser registado. Não esquecer que muitos doentes têm patologias secundárias com respectiva terapêutica associada, o que pode de alguma forma influenciar a ocorrência de efeitos secundários.

Relativamente ao **tratamento inicial** verificamos que no Grupo II metade dos indivíduos não fizeram qualquer tratamento, seguidos dos que fizeram fisioterapia; no Grupo I a percentagem dos inquiridos no início não fizeram tratamento é igual à percentagem que fez fisioterapia. É de realçar neste ponto que os clínicos que fizeram o preenchimento dos formulários iniciais e finais efectuaram distinção entre as diversas intervenções medicamentosas, não as incluindo a todas como efectuando parte de um tratamento de índole fisiátrica, distinção essa que alguns autores fazem e que também se encontra descrito na revisão teórica.

No que respeita ao **tratamento final**, permite-nos verificar que apenas 23 e 21 inquiridos, respectivamente no Grupo II e no Grupo I, estavam a fazer tratamento. Em ambos os grupos a maioria dos indivíduos referiu alteração do tratamento que estava a efectuar.

Dos 18 inquiridos que, no Grupo II, tiveram alteração do tratamento, metade abandonou-o. Situação idêntica se observa com os 13 inquiridos do Grupo I mas, neste caso, a percentagem de abandono do tratamento situou-se nos 84.6%. ($p = 0.074$). Tal pode indiciar num sentido positivamente a eficácia do tratamento. Mas também pode estar associado ao facto do tratamento das consultas de acupunctura serem relativamente caros para a maioria da população, o que torna difícil a concomitância com outros tratamentos.

Relativamente ao factor **dor irradiada para a perna**, verificamos que no início do estudo a maioria dos inquiridos de ambos os grupos afirmou que a dor não irradiava para a perna. No final, a situação é algo diferente; enquanto que, no Grupo II 60.0% dos inquiridos disseram que a dor não irradiava para a perna, no Grupo I essa mesma percentagem afirmou que efectivamente a dor irradiava para a perna. Um estudo de *coorte* de pessoas com lombalgia há menos de 4 meses, fornece-nos uma previsão das possibilidades destas de regresso ao trabalho, concluindo que as mesmas diminuem se os trabalhadores apresentarem dor irradiada para a perna.³⁷

No que respeita aos **exames complementares de diagnóstico**, verificamos que a grande maioria dos inquiridos do Grupo II fizeram TAC e RX, seguidos dos que fizeram apenas TAC e de uma menor percentagem que não fez qualquer exame. No Grupo I a maior parte dos inquiridos não levaram exames de diagnóstico para as consultas iniciais (em ambos os grupos referiram tê-los efectuado, mas perderam-nos ou não sabiam onde os tinham colocado), seguidos dos que fizeram TAC.

Fica a ressalva de o estudo imagiológico destes doentes ter sido ou não o mais adequado para o estabelecimento de diagnóstico mais fidedigno possível, além de ainda uma percentagem significativa, principalmente os indivíduos do Grupo I não terem em sua posse qualquer tipo de exames complementares, embora refiram tê-los efectuado. Provavelmente no caso deste grupo, o foco de tratamento foi basicamente a dor.

Quanto **ao tipo de tratamento** a que os inquiridos do Grupo I eram submetidos, verificamos que a maioria referiu ter efectuado acupunctura tradicional, com aplicação dos pontos base mais pontos associados. A maioria efectuou entre 7 e 9 tratamentos de acupunctura e uma sessão por semana. Uma revisão de vinte e seis textos japoneses, chineses e ingleses foram examinados e foi salientado que um tratamento conservador mínimo para a lombalgia crónica inclui dez pontos de acupunctura, em um curso de dez sessões.¹⁰

Relativamente à **comorbilidade**, as situações são diversas e muito variadas. Em ambos os grupos, a situação é semelhante embora com percentagens um pouco diferentes. A maior parte dos inquiridos não tinham qualquer patologia associada, seguidamente foi referida a depressão e em percentagem ligeiramente inferior a HTA.

No que respeita à **terapêutica secundária** verificamos que grande parte dos inquiridos em ambos os grupos não faziam qualquer terapêutica, seguidos dos que tomavam anti-depressivos e em percentagem semelhante os que estavam medicados com ansiolíticos (este grupo farmacológico presente no primeiro grupo) ou hipotensores.

Questionados acerca do facto de sofrerem de **depressão**, 36.7% dos inquiridos do Grupo II e 33.3% do Grupo I responderam afirmativamente e o mesmo se verificou com, tendo este diagnóstico sido validado pelos clínicos envolvidos. Neste último grupo 20.0% dos inquiridos recusaram responder a esta questão.

Relativamente ao **tempo de evolução da depressão**, verificamos que metade dos inquiridos no Grupo II referiu tempos de evolução da depressão superiores a 24 meses. Dos dez indivíduos do Grupo I com depressão, metade referiu tempos de evolução iguais ou superiores a 36 meses, o que pode indicar que as pessoas recorrem mais frequentemente a terapias complementares em estados de disfunção psicológica mais acentuados.

Relativamente ao factor depressão propriamente dito e efectuando uma comparação da incapacidade funcional em função do estado de depressão dos indivíduos, no início do estudo nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa e no final, apenas no Grupo I se regista uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0.001$), em que os indivíduos com depressão apresentam níveis de incapacidade funcional superior aos que não sofrem desta doença.

Estes dados contrariam a bibliografia existente, que evidencia dados tendencialmente contrários.

A relação entre capacidade funcional e depressão é muito importante: estar incapacitado pode contribuir para a depressão, o que é compreensível em função das perdas que acarreta para o sujeito; por sua vez, estar deprimido aumenta a percepção de incapacidade.²⁷

Estudos revelam que a depressão tem sido vista como um factor de incapacidade mais relevante do que a intensidade da dor e sua duração, além de também estar associada com a previsão de incapacidade um ano depois da ocorrência da lombalgia.⁴¹

4.1 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas que condicionam o significado estatístico dos dados, muitas delas inultrapassáveis com os meios disponíveis.

A primeira limitação diz respeito ao processo de amostragem - amostra por conveniência - que apresenta como principal desvantagem ser menos representativa e poder provocar enviesamento da população.

Também a dimensão da amostra constitui uma desvantagem, pois em amostras pequenas é pouco provável que se atinja o equilíbrio em factores de prognóstico importantes e

pode-se sobrevalorizar a eficácia do tratamento. No entanto, não foi possível aplicar o questionário a um maior número de doentes pois no espaço temporal disponível não surgiram mais diagnósticos deste tipo de lombalgia, inseridos nos critérios de inclusão e exclusão definidos.

Devido à dimensão temporal do estudo ter sido restrita, não permitiu a verificação da manutenção dos benefícios aos mais diversos níveis a médio e longo prazo, além de que existe um maior risco subjacente de os indivíduos poderem encontrar-se numa fase de maior exacerbação de sintomatologia da doença.

O facto de não se tratar de um estudo randomizado, em que o controle de possíveis variáveis estranhas não pôde ser rigoroso assim como os critérios de inclusão e exclusão mais específicos, limita a validade dos resultados, razão por que realizámos uma descrição mais aprofundada das duas amostras. Realçamos uma vez mais que, dado que a investigação nesta área em Portugal ainda ser praticamente nula e os apoios aos mais diversos níveis também, apenas foi possível desenvolvê-la neste âmbito metodológico.

As próprias escalas em si, ao reportarem-se a momentos diferentes de avaliação, traduzem alguma dificuldade em efectuarem uma análise retrospectiva fidedigna. São também meios de recolha de dados, no seu conjunto, um pouco exaustivos e demorados em termos de resposta, o que pode influenciar a motivação e atenção do inquirido, nomeadamente no que se refere à escala SF-36, um pouco mais complexa e extensa.

Outras variáveis deverão ser estudadas, nomeadamente através de estudos numa perspectiva de avaliação de custo-benefício, com vista à optimização de tratamentos. No entanto, diversas limitações tornam difíceis a viabilização deste tipo de estudos de momento.

Relativamente à adesão e satisfação com o tratamento, o uso de medidas genéricas do nosso estudo pode tornar-se limitativo, mas a validação de instrumentos no nosso país a este nível para doentes com LIC é ainda muito limitativa.

Estudos também apontam para o facto de pacientes com litígios ou com baixa não serem incluídos neste tipo de investigação, de forma a poder excluir conflitos de interesse entre efeitos positivos do tratamento e benefícios monetários em forma de pagamento.

Por último, apesar do tema versado neste estudo ser muito actual e pertinente, a produção literária científica a este nível ainda possui um grande desfasamento relativamente aos estudos desenvolvidos a este nível no estrangeiro, cuja razão poderá estar nas razões

sociais, económicas e legislativas ainda muito limitadas no nosso país, o que dificulta os apoios disponíveis. Daqui poderemos salienta a dificuldade em justificar as nossas interpretações e as tentativas de explicações que decorrem das diferenças ou semelhanças com outros estudos científicos.

5 - CONCLUSÃO

Dos resultados encontrados evidenciamos as seguintes conclusões:

- O nosso estudo não permitiu detectar dados estatisticamente significativos que traduzam vantagens na adição da acupunctura ao tratamento conservador excepto o facto de o doente considerar de maneira mais favorável a sua relação com o profissional de saúde. Aliás, foi ao nível da qualidade de vida, na dimensão saúde mental da escala SF-36, que os indivíduos do Grupo I revelaram melhorias com evidência estatisticamente significativamente ($p = 0.005$) no final do estudo.
- Contudo, as características do nosso estudo aconselhariam a que o assunto seja reavaliado num estudo randomizado, com ocultação e maior número de doentes.
- Relativamente a factores de índole ocupacional, neste estudo os grupos profissionais que mais sofrem de lombalgias (grupos de risco) são os especialistas das profissões intelectuais e científicas, os técnicos e profissionais de nível intermédio e o pessoal dos serviços e vendedores, sendo que as tarefas profissionais típicas se encontram relacionados com esforço físico e psicológico relevante, embora a maioria classifique como “razoáveis” as suas condições de trabalho;

Salientamos a realização de estudos desta natureza, de forma a consciencializar a população e os profissionais de saúde, a um nível interdisciplinar, para o impacto desta patologia a vários níveis, promovendo a prevenção como medida de eleição, nomeadamente com programas específicos ao nível Saúde Ocupacional.

Quando a dor lombar é uma realidade, intervir o mais precocemente possível, procurando proporcionar opções válidas de tratamentos, se possível a subgrupos específicos, em termos de eficácia, de forma a diminuir a dor, a incapacidade funcional e otimizar a QDV e consequentemente, diminuir o impacto económico e social e o absentismo laboral associados a esta condição de morbilidade. Sendo esta uma investigação no âmbito da Saúde Ocupacional, o seu principal objectivo passa, de forma pragmática, em efectuar um levantamento de dados que nos permita verificar os benefícios nas vertentes referidas do ponto de vista da população.

BIBLIOGRAFIA

01. Greenberg M. S.. Manual de Neurocirurgia. Artemed Editoras S.A. São Paulo. 5ª ed. 2003.289-299.
02. Brasil AV *et al.*. Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e das Lombociatalgias. Projecto Directrizes. Revista Assoc Méd Bras 2001. pp 1-13.
03. Coelho L., Oliveira, R.. Lombalgia nos adolescentes: Identificação de factores de risco psicossociais. Estudo epidemiológico na região da grande Lisboa. Compilação dos trabalhos apresentados no 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde 2004. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. pp 199-205.
04. Burton A. Tillotson, K. & Troup, J. D.. Prediction of low-back trouble: Frequency in a working population. Spine, 14 (9), pp 939-946.
05. Ebrall P. The epidemiology of male adolescent low back pain in a north suburban population of Melbourne, Australia. Journal of Manipulative Therapy, 17 (7), pp 447-453.
06. Lopes C. Lombalgias custam a Portugal dois mil milhões de euros por ano. Fevereiro de 2006. Disponível em «<http://www.Dnonline.com>».
07. Queiroz M. Revista. Dores nas costas. 2004. Disponível em «<http://www.Dnonline.com>».
08. Vectore C. Psicologia e Acupuntura: Primeiras Aproximações. Revista Psicologia: Ciência e Profissão 2005, 25 (2), pp 266-285.
09. Thomas *et al.* Randomised controlled trial of a short course of traditional acupuncture compared with usual care for persistent non-specific low back pain. BMJ, doi:10.1136/bmj.38878.907361.7C.(published 15 September 2006).
10. Hammerschlag R., Stux G. Acupuntura Clínica: Bases científicas. 2006.
11. Sociedade Portuguesa Médica de Acupuntura. Eficácia da Acupuntura. 2004. Disponível em «<http://www.SPMA.pt>».

- 12 - Jayson M. Compreender as dores de Costas. Porto: Porto Editora; 2006.
- 13 - Caillet R. Síndrome da dor lombar. 5ª Ed.: Porto Alegre. ARTMED Editora; 2001. ISBN 85-204-1255-6.
- 14 - Domingues MLP. Análise cinesiológica da coluna vertebral. Porto: Papiro Editora; 2007.
- 15 – Engstrom JW, Bradford DS. Dores nas costas e no pescoço. In: Fauci A, Braunwald E; Isselbacher KJ, Wilson JD; Martin JB, et al. Editores. 14ª ed. Harrison: Medicina Interna. Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill Interamericana do Brasil; 1998. pp 82-93.
- 16 - Cailliet R. Lombalgias. 3ª ed. São Paulo: Editora Manole; 1988.
- 17 - Kapandji A. Fisiologia Articular. Tronco e Coluna Vertebral. 5ª ed. Vol. 3. Editorial Médica Panamericana; 2000.
- 18 – Netter F. Md. Anatomia da coluna vertebral: atlas interactivo de anatomia humana; 1999.
- 19 – Hall S. Biomecânica básica. 2ª ed. São Paulo: Editora GUANABARA KOOGAN; 1993.
- 20 – Clarkson H., Gilevich G. Avaliação musculo-esquelética. Amplitudes de movimento articular e força muscular manual. Editora Manole Lda; 1981.
- 21 – Santos A. Postura corporal. Um guia para todos. Summers Editorial; 2005.
- 22 – Cruz M. *et al.* A metrologia no estudo das lombalgias. Acta Reum Port. 2003; 28: pp 157-164.
- 23 – Queiroz, MV, Coordenador. Reumatologia 1: Fundamentos. Lisboa: Lidel; 2002.
- 24 – Zampolini M, Bernardinello M, Tesio L. Rtw in back conditions. Disability and Rehabitations 2007 September;29(17): pp 1377-1385.
- 25 – Dankaerts W. *et al.* The use of a mechanism-based classification system to evaluate and direct management of a patin with non-specific chronic LBP and motor control impairment – a case report. Manual Therapy 2007: pp 181-191.
- 26 – Tulder MV, Koes B. LBP and sciatica (chronic). European Guidelines for the managment of LBP – European commission cost B13 managment comitté. Acta orthopaedic (Suple. 2002); 3055(73): pp 20-25.

27 – Queiroz MV, Coordenador. Reumatologia 4: Fronteiras com outras especialidades. Lisboa: Lidel; 2002.

28 – Fernandes R. Prevalência de lombalgia nos alunos do 7º ano de escolaridade na ilha da Madeira e procura de cuidados de fisioterapia. (dissertação de licenciatura). Coimbra: Escola Superior de Tecnologias da Saúde; 2004.

29 – Feinstein A. *et al.* Sintomas causas e curas: Como compreender e tratar mais de 100 problemas de saúde. Lisboa: Círculo de Leitores; 1994.

30 – Azevedo C. – Lombalgia em tratamento ambulatorio de fisioterapia. Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa. (dissertação de mestrado). Lisboa; 2001.

31 – Kazanowski MK, Laccetti MS. Dor: Fundamentos, abordagem clínica e tratamento. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2005.

32 – Smeltzer C., Bare B. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro; 1999. Editora Guanabara Koogan S. A.

33 – Bigos, S. Acute LBP problems in adults: clinical practice guideline nº 14, Rockville, Md: Agency for health service US department of health and humans services, AHRP publications 95-0642.

34 – Greenberg D. *et al.* – Clinical Neurology: Lange. Sixth Edition. Porto Alegre; 2000. McGrawHill; 2005. ISBN 0-07-142360-5.

35 – Manek NJ, MacGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors and prognosis. *Curr Opin Rheumatol* 2005; 17: pp 134-140.

36 – Hashemi L. *et al.* Length of disability and cost of workers compensation LBP Claims. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 1997 October; 39: pp 937-946.

37 – Alexandre N. *et al.* Considerações sobre uma avaliação clínica específica da CV em trabalhadores de Enfermagem. *Rev. Escola de Enfermagem USP (São Paulo)* 1994; 28 (3) pp 239-308.

38 – Lebouef Y., Kyvic K.O. At what age does LBP became a common problem? A study of individual aged 12-41 years. *Spine (São Paulo)* 1998; 23(2) pp 228-234.

- 39 – Gil J. QDV/Estado funcional em doentes com problemas lombares. Adaptação/Validação cultural do Functional Status Questionnaire. (dissertação de mestrado). Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 1998. ISBN: 972-8485-39-5. pp 29-36.
- 40 – Waddel G. The back pain revolution. Edinburg; 1998. Churchill Livinstone.
- 41 – Goubert L. *et al.* Implicit attitude towards pictures of back-stressing activities in pain-free subjects and patients with LBP: an affective priming study. *European Journal of Pain* 2003; pp 33-42.
- 42 – Masculo FS, Cardia MCG. Avaliação quantitativa do desempenho humano em saúde ocupacional – o uso de sensores electrolíticos.
- 43 – Pereira I. Lombalgias e sua etiologia. *Arq. Fisiatria*. Julho/Agosto/Setembro. 1996, 3 (pp 101-112).
- 44 – Podniece Z. Preventing work-related back pain across Europe. *JRSH* 2007; 127(4): pp 159-160.
- 45 – Lee P. *et al.* LBP: Prevalence and risk factors in an Industrial Setting. *The Journal of Rheumatology* 2001; 28(2): pp 346-350.
- 46 – Ferrer M. *et al.* Validation of a Minimum Outcomes core set in the Evaluation of patients with Back pain. *SPINE* 2006; 31(12): pp 1372-1379.
- 47 – O`Young B. *et al.* - Segredos em MRF. Porto Alegre; 2000. ARTMED Editora. ISBN 85-7307-542-2.
- 48 – Unschuld, P. Huang Di Nei Jing Su Wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical. University of California Press (28 Mar 2003).
- 49 – Filshie J, White. *A Medical Acupuncture: A Western Scientific Approach*. Churchill Livingstone; 5Rev Ed edition (16 Feb 1998). ISBN-10: 0443049769.
- 50 – Silva J. M. Acupunctura – fundamentos científicos. *Arquivos de Fisiatria e Doenças Osteo-Articulares*. Lisboa. ISSN 0872-3265. T. 3, vol. 5, nº 19 (Jul. Set. 1998), pp 87-94.

- 51 – Cherkin DC. *et al.* A review of the evidence for the effectiveness, safety, and cost of acupuncture, massage therapy and spinal manipulations for back pain. *Ann Intern Med.* 2003; 138:898-906.
- 52 – Haake MMD. *et al.* The German multicenter, randomized, partially blinded, prospective trial of Acupuncture for a chronic LBP: A Preliminary report on the rationale and design of the trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2003; 9(5): pp 763-770.
- 53 – Furlan AD. *et al.* Acupuncture and Dry-Needling for a LBP: an Updated Systematic review within the framework of the cochrance collaborations. *SPINE* 2006; 30(8): pp 944-963.
- 54 – Mole P. *A Acunpunctura – Equilíbrio energético para o corpo, a mente e o espírito.* Lisboa: Editorial Estampa; 1993.
- 55 –. Sociedade Portuguesa Médica de Acunpunctura. *Dossier de Fundamentação da Acunpunctura. Eficácia da Acunpunctura.* Coimbra; Janeiro, 2006.
- 56 – Hopkins A., Fitzpatrick R. *Measurement of patint's satisfaction with their care.* Royal college of Phisicians of London. ISBN 1 873240538. pp 1-17;83-87;1993.
- 57 – Trimble MR., Dodson WE. *Epilepsy and quality of life.* New York: Raven Press. ISBN 0-7817-0175-09. pp 49-66;99.
- 58 – Henderson H. *Acunpunctura: evidence for its use in chronic low back pain.* *British Journal of Nursing* 2002; 11(21): pp 1396-1403.
- 59 – Harborow PW, Ogden J. *The effectiveness of an acunpuncturist working i general practice.* *Acunpunctura in medicine* 2004; 22(4): pp 214-220.
- 60 – Witt CM. *et al.* Pragmatic randomized trial evaluating the clinical economic effectiveness of acunpunctura for chronic LBP. *Am. J. Epidemiol* 2006; 164: pp 487-496.
- 61 – Bowling A. *Measuring Disease: a review of diesase-specific quality of life measurement scales.* Filadélfia: Open University Press; 1995. ISBN 0-335-18226-2. pp 1-16.

- 62 – Ribeiro JLP. A promoção da saúde e da QDV em pessoas com doenças crónicas. In: Actas do segundo Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA; 1997. pp 253-273.
- 63 – Henriques F. Paraplegia – Percursos de adaptação e qualidade de vida. (dissertação de mestrado). Coimbra: Edições Sinais Vitais; 2004. ISBN: 972-8485-39-5. pp 29-36.
- 64 – Hasnaoui A.; Double A; Gaudin AF. Perception de L`impact de la Migraine par le patient: les outil de measure. CNS Drugs 2006; 20 Spec.issue 1: pp 24-36.
- 65 – Coelho R. Qualidade de vida. Arquivos de Medicina. 2002; 16 (4/5/6). ISSN 0871-3413.
- 66 – Martins T. Acidente Vascular Cerebral – Qualidade e Bem-Estar dos doentes e familiares cuidadores. (dissertação de mestrado). Coimbra: Formasau; 2006. pp 29-49.
- 67 – Lopes C. Dor crónica. Agosto de 2008. Disponível em «<http://www.Dnonline.com>».
- 68 – Haake M. Acupuncture is more efficient than conservative treatment. ARCH Intern Med 2007; 167(17): pp 1892-1898.
- 69 - Waters T *et al.* A new framework for evaluating potential risk of back disorders due to whole body vibration and repeated mechanical shock. Ergonomics 2007 March 50(3): pp 379-395.
- 70 - Yeung CK *et al.* The use of electro-acupuncture in conjunction with exercise for a treatment of chronic LBP. The Journal of Alternative and Complementary Medicine 2003; 9(4): pp 479-490.
- 71 - Yuan J. *et al.* – Review of RCT`s in Acupuncture. Spine; 2008.
- 72 - Pacheco M. – Efectividade das classes de preparação para o parto na lombalgia decorrente da gravidez. Faculdade de Motricidade Humana de Lisboa. (dissertação de mestrado). Lisboa; 2006.
- 73 – Fortin M. F. O Processo de Investigação – da concepção à realização. Lisboa: LUSOCIÊNCIA; 2003.
- 74 - Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG. 14/06/2003.

75 - Patrício C, Martins NS. Adaptação cultural e linguística do Oswestry Disability Questionnaire, ODI 2.0. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. 2º Curso da licenciatura em Fisioterapia [Não publicado].

76 - Canavarro, M. C. *et al.* (*in press*) Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-bref. In M. R. Simões *et al.* Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa. Vol. 3. Coimbra. Quarteto Editora.

77 - Ferreira P. A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 1998.

78 - André C. Qualidade de Vida e Doença Coronária. Coimbra: Formasau; 2005.

CENTRO DE SAÚDE (CONSULTA INICIAL)

CÓDIGO _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

PESO, ALTURA _____ ÍNDICE DE MASSA CORPORAL _____

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS:

GÊNERO _____

IDADE _____

NÍVEL DE ESCOLARIDADE _____

ÁREA DE RESIDÊNCIA _____

ESTADO CIVIL _____

PROFISSÃO _____

DADOS CLÍNICOS:

TEMPO DE EVOLUÇÃO DA LOMBALGIA _____

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATÉ À DATA _____

OUTROS TRATAMENTOS / EAD _____

PATOLOGIA (S) ASSOCIADA (S) E TERAPÊUTICA _____

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA APÓS ESTA CONSULTA _____

OUTROS DADOS:

TAREFAS PROFISSIONAIS TÍPICAS _____

CONDIÇÕES DE TRABALHO _____

EXISTÊNCIA DE PERÍODOS DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, TIPO DE
INCAPACIDADE E SUA DURAÇÃO _____

EXISTÊNCIA DE DEPRESSÃO E TEMPO DE EVOLUÇÃO _____

CENTRO DE SAÚDE (CONSULTA DE CONTROLE)

CÓDIGO _____

DADOS SOCIO-DEMOGRAFICOS:

ÁREA DE RESIDÊNCIA _____

ESTADO CIVIL _____

PROFISSÃO _____

DADOS CLÍNICOS:

MANTEVE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?

. SIM _____ TOTALMENTE _____

PARCIALMENTE. O QUE MANTEVE E PORQUÊ? _____

. NÃO. PORQUÊ? _____

ALTERAÇÃO DA TERAPÊUTICA?

. SIM. QUAL? _____

. NÃO _____

OUTROS TRATAMENTOS _____

OUTROS DADOS:

SE MUDOU DE PROFISSÃO:

TAREFAS PROFISSIONAIS TÍPICAS _____

CONDIÇÕES DE TRABALHO _____

EXISTÊNCIA DE PERÍODOS DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, TIPO DE
INCAPACIDADE E SUA DURAÇÃO _____

EXISTÊNCIA DE DEPRESSÃO E TEMPO DE EVOLUÇÃO

CONSULTÓRIO (CONSULTA INICIAL)

CÓDIGO _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

PESO, ALTURA _____ ÍNDICE DE MASSA CORPORAL _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

GÉNERO _____

IDADE _____

NÍVEL DE ESCOLARIDADE _____

ÁREA DE RESIDÊNCIA _____

ESTADO CIVIL _____

PROFISSÃO _____

DADOS CLÍNICOS:

TEMPO DE EVOLUÇÃO DA LOMBALGIA _____

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO ATÉ À DATA _____

OUTROS TRATAMENTOS / EAD _____

PATOLOGIA (S) ASSOCIADA (S) E TERAPÊUTICA _____

TIPO DE TRATAMENTO INSTITUÍDO E PONTOS ESTIMULADOS (1 – protocolo base ou 2 – protocolo base + pontos associados)

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA ALTERADA? _____

SE SIM, QUAL A ALTERAÇÃO EFECTUADA? _____

OUTROS DADOS:

TAREFAS PROFISSIONAIS TÍPICAS _____

CONDIÇÕES DE TRABALHO _____

EXISTÊNCIA DE PERÍODOS DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, TIPO DE INCAPACIDADE E SUA DURAÇÃO _____

EXISTÊNCIA DE DEPRESSÃO E TEMPO DE EVOLUÇÃO _____

CONSULTÓRIO (FINAL DO TRATAMENTO)

CÓDIGO _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

ÁREA DE RESIDÊNCIA _____

ESTADO CIVIL _____

PROFISSÃO _____

DADOS CLÍNICOS:

“TIPO” DE TRATAMENTO EFECTUADO E DURAÇÃO (nº total de tratamentos/regularidade)

MANTEVE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO?

. SIM — TOTALMENTE _____

 \ PARCIALMENTE. O QUE MANTEVE E PORQUÊ? _____

. NÃO _____

OUTROS TRATAMENTOS _____

OUTROS DADOS:

SE MUDOU DE PROFISSÃO:

TAREFAS PROFISSIONAIS TÍPICAS _____

CONDIÇÕES DE TRABALHO _____

EXISTÊNCIA DE PERÍODOS DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, TIPO DE
INCAPACIDADE E SUA DURAÇÃO _____

EXISTÊNCIA DE DEPRESSÃO E TEMPO DE EVOLUÇÃO
