

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS PACIENTES COM LOMBALGIA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO ARAÚJO LIMA

Lucas de Moraes Martins Pereira - Acadêmico de Medicina UFAM
Maria Giovana Queiroz de Lima - Acadêmica de Medicina UFAM
Pedro Fernandes Santos - Acadêmico de Medicina UFAM
Ronaldo Almeida Lidório Júnior - Acadêmico de Medicina UFAM
Luciana da Silva Brito - Professora Mestra e Co-Orientadora UFAM
Marcos Gassen Martins - Co-Orientador e Médico Ortopedista e Traumatologista HUGV
Elder Nascimento Pereira - Orientador e Professor Mestre UFAM

RESUMO

A dor lombar é uma queixa frequente atingindo grande parte da população economicamente ativa. Nesse contexto, a pesquisa em questão tem por objetivo principal relacionar o grau da lombalgia com a funcionalidade dos pacientes atendidos no Ambulatório Araújo Lima, e determinar as principais queixas de acordo com a faixa etária e gênero. O delineamento do estudo é transversal com coleta prospectiva de dados de caráter observacional. Os pacientes foram avaliados através de instrumentos já estabelecidos e validados tais como Questionário de Oswestry para medida da capacidade funcional e Mini Mental para avaliação da cognição. Foi constatado que há uma predominância pelo sexo feminino (57,3 %) com uma média de idade em $\pm 47,8$ anos, e constatou-se que 80% dos pacientes apresentam uma incapacidade funcional moderada ou maior, o que contradiz estudos prévios. O estudo também evidenciou que apenas 11,8% dos pacientes podem tolerar a dor sem a necessidade de analgésicos.

Palavras-chave: Lombalgia. Oswestry. Independência Funcional.

INTRODUÇÃO

A lombalgia é definida como a manifestação da dor, espasmo muscular ou rigidez localizada acima da prega glútea inferior e abaixo da margem costal, associada ou não à irradiação para os membros inferiores^{1,2}. A dor nessa região é apenas um sintoma, e é manifestação clínica de diversas doenças localizadas na coluna vertebral ou outros órgãos abdominais como os rins/ureteres, pâncreas e duodeno. Dos pacientes que procuram a atenção básica de saúde, as dores lombares representam a segunda maior causa de consultas, sendo o principal motivo do afastamento ou dispensa de atividades profissionais³. A prevalência relatada de dor lombar no Brasil varia de 60% a 80% no total, e sendo os indivíduos de 50 a 59 anos os mais acometidos⁴.

As dores lombares são classificadas como agudas ou crônicas. As dores agudas estão associadas à ruptura das fibras anulares do disco intervertebral ou ao estiramento de estruturas musculares ou ligamentares da coluna vertebral, podendo haver ou não compressão dos nervos.

Enquanto as dores crônicas consistem em dores nas regiões lombares inferiores, lombossacrais ou sacroilíacas da coluna vertebral que estão associados a fatores musculares e psicossociais que geram condutas de evitação, medo e atrofia muscular, que acabam provocando cronificação e incapacidade⁵.

Entre as principais causas da lombalgia estão fatores associados ao sedentarismo, idade, herança genética, postura no trabalho, e o levantamento de pesos que necessitam de inclinação da coluna para frente ou para trás. Entre as principais estruturas afetadas estão os discos intervertebrais, articulações entre as vértebras, músculos, periósteo, raiz nervosa e gânglios nervosos⁶.

Segundo Beattie e Maher (1997) os entraves funcionais incluem restrições no desempenho do indivíduo, como por exemplo uma incapacidade para se sentar ou calçar sapatos.⁷ Os questionários que avaliam as atividades funcionais, realizados através de autoavaliações, fornecem informações quantitativas obtidas diretamente do paciente para verificar o grau de habilidade na realização de suas atividades de vida diária.

A Escala de Oswestry [The Oswestry Disability Index (ODI)] é um instrumento doença - específico recomendada para a avaliação das desordens da coluna. O ODI é um instrumento ordinal, onde são analisados 10 critérios com seis alternativas de resposta para cada critério. A contagem total varia de 0 a 100, sendo que zero corresponde à função normal e 100 indica grande inabilidade. Para cada quesito zero é a normalidade e cinco é a maior alteração funcional. A soma dos 10 quesitos divididos por cinco multiplicados pelo número de questões respondidas, e multiplicando tudo por 100, constitui o ODI⁸.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal com coleta prospectiva dos dados. Tendo caráter descritivo e observacional. Participaram do estudo indivíduos de ambos os sexos com queixa de dor lombar, sem a necessidade de realização de exames de imagem ou que já tivessem exame recente, com no máximo 3 anos.

A amostra populacional foi por conveniência do entrevistador dado as condições de acesso ao Ambulatórios de Coluna ser via marcação do Sistema de Regulação (SISREG) limitado a 12 pacientes das mais variadas patologias da coluna vertebral e muitos estarem incluídos nos critérios de exclusão deste estudo.

Foram incluídos neste estudo pacientes com dor lombar, de ambos os sexos, com idade a partir de 18 anos, com ou sem indicação clínica para realização de exames de imagem, seja Raio X, Tomografia Computadorizada ou Ressonância Nuclear Magnética.

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentavam Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, ou qualquer tipo de demência ou patologia que alterasse o cognitivo. O estudo utilizou o Escore de Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) como critério de exclusão.

A rotina da coleta ocorreu no Ambulatório Araújo Lima do Hospital Universitário Getúlio Vargas. O paciente foi esclarecido pelo autor e seus colaboradores sobre os objetivos do trabalho e tranquilizado quanto ao sigilo das informações. Todos os pacientes analisados concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento informado. Foi, então, aplicado nos pacientes as escalas: MEEM e ODI.

Após a aplicação dos questionários, os dados foram colocados em uma Formulário da plataforma Google para análises futuras. As análises estatísticas seguiram padrão de porcentagem calculados pelo Microsoft Excel®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 114 pacientes, conforme a indicação clínica e os critérios de exclusão e inclusão. No entanto apenas 110 foram incluídos, segundo os critérios. Quanto ao sexo dos indivíduos observa-se que 63 (57,3 %) foram do sexo feminino e 47 (42,7%) do sexo masculino. E a média de idade dos entrevistados foi de 47,8 anos.

As variáveis do questionário OSWESTRY obtiveram ao seguintes resultados: Quanto a intensidade da dor, os resultados mostraram que 42 (38,2%) dos pacientes do estudo relataram que os analgésicos aliviavam moderadamente a dor, 24 (21,8%) os analgésicos aliviavam completamente a dor, 19 (17,3%) os analgésicos aliviavam muito pouco a dor, 13 (11,8%) podiam tolerar a dor que estão sentindo sem ter que tomar analgésicos e 11 (10%) disseram que a dor é forte, mas que conseguiam suportá-la sem tomar analgésicos, e 1 (0,9%) relataram que os analgésicos não afetavam de forma alguma a dor e por isso não os tomavam.

Quanto aos cuidados pessoais, 40 (36,4%) dos indivíduos disseram que podiam cuidar normalmente de si, mas que sentiam dor, 27 (24,5%) marcaram que podiam cuidar de si normalmente sem que isso os causasse dor, 27 (24,5%) relataram dor ao se cuidar e que eram lentos e cuidadosos, 10(9,1%) precisavam de alguma ajuda, mas que conseguiam realizar a maioria dos cuidados pessoais, 4(3,6%) relataram que precisavam de ajuda todos os dias para a maioria dos seus cuidados pessoais e 2 (1,8%) não conseguiam se vestir, se lavavam com dificuldades e ficavam na cama constantemente.

Ao levantar pesos, em 28 (25.5%) dos casos, os pacientes podiam levantar somente pesos bem leves, 27 (24,5%) conseguiam levantar pesos, mas isso causava mais dor, 23(20,9%) a dor impedia de levantar pesos consideráveis, mas podiam levantar, 22 (20%) a dor impedia de levantar pesos consideráveis, mas podiam levantar pesos, e 9(8,2%) dos indivíduos não conseguiam levantar ou carregar pesos e apenas 1 (0,9%) podiam levantar pesos consideráveis sem sentirem mais dor.

Quanto a caminhar, em 36 (32.7%) a dor não os impedia de andar qualquer distância, 31 (28,2%) referiam que a dor os impedia de andar por mais de 400 metros, 20 (18,2%) relataram que a dor os impedia de andar por mais de 800 metros, 16 (14,5%) não podiam andar por mais de 1,6 quilômetros, 5 (4,5%) dos pacientes ficavam a maior parte do tempo na cama e precisavam se arrastar para irem ao banheiro, e 2 (1,8%) só conseguiam se locomover com o auxílio de uma bengala ou muletas.

Quanto a sentar, em 40 (36.4%) pacientes a dor os impedia de sentar por mais de 30 minutos, 36 (32,7%) relataram que a dor os impedia de sentar por mais de 1 hora, 16 (14,5%) não conseguiam ficar mais de 10 minutos sentados devido a dor, 9 (8,2%) disseram que podiam se sentar em qualquer cadeira por quanto tempo fosse necessário, 6 (5,5%) só conseguiam se sentar na sua cadeira favorita por quanto tempo fosse necessário, e 3 (2,7%) não podiam se sentar completamente por conta da forte dor.

Quanto a ficar em pé, em 36 (32.7%) dos pacientes a dor os impedia de permanecer em pé por mais de 30 minutos, 33(30%) relataram que a dor os impedia de ficar em pé por 1 hora, 16(14,5%) dos pacientes podiam ficar em pé o quanto quisesse, mas isso causava mais dor, em 13 (11,8%) a dor os impedia de ficar em pé por mais de 10 minutos e em 12 (10,9%) dos casos, os pacientes podiam ficar em pé o quanto quisessem sem sentir mais dor.

Quanto a dormir, em 35 (31.8%) a dor não os impedia de dormir bem, 29(26,4%) mesmo tomando comprimidos só conseguiam dormir menos de 6 horas, 23(20,9%) relataram só conseguir dormir tomando comprimidos analgésicos, 16 (14,5%) referiram que mesmo tomando comprimidos só conseguiam dormir por menos de 4 horas, 6(5,5%) mesmo tomando comprimidos só conseguiam dormir menos de 2 horas e 1 (0,9%) não conseguiam dormir por conta da dor.

Quanto a vida sexual, em 37(33.6%) dos pacientes, a dor não interferia na vida sexual, 34(30,9%) dos pacientes referiram que possuíam uma vida sexual normal, mas isso lhes causava mais dor, 15 (13,6%) relataram que a sua vida sexual era severamente restrita por causa da dor, 12 (10,9%) disseram que possuíam uma vida sexual quase normal, apesar de sentirem muita dor, em 7 (6,4%) a dor os impedia completamente de ter uma vida sexual e em 5 (4,5%) dos casos, os pacientes possuíam uma vida sexual quase inexistente devido a dor.

Quanto a vida social, em 32 (29.1%) dos pacientes, a dor restringia a vida social dos mesmos, fazendo com que eles não saíssem tanto quanto antes, 32 (29.1%) possuíam uma vida social normal e não sentiam mais dor por conta disso, 19 (17,3%) possuíam uma vida social normal e isso não lhes causava mais dor, 15 (13,6%) tiveram a sua vida restringida ao domicílio por conta da dor, 7 (6,4%) relataram que a dor não possuía efeito significativo na sua vida social, com exceção de limitar os seus interesses energéticos para a prática de atividades como dançar e fazer exercícios, e 5 (4,5) pacientes não possuíam vida social devidos às fortes dores.

A pontuação do questionário Oswestry variou de 3 a 42 pontos e evidenciou que 42 (38.2%) dos pacientes possuem uma incapacidade intensa, 35 (31,8%) possuem uma incapacidade moderada, 22 (20%) possuem incapacidade mínima, 10 (9,1%) são considerados aleijados e apenas 1 (0,9%) foi considerado inválido.

A utilização de instrumentos para avaliar o índice funcional e diferentes quadros clínicos de lombalgias está bem documentada na literatura¹⁰.

No presente estudo, foram verificados aspectos iniciais de 110 pacientes de primeira consulta no Ambulatório de Coluna. A predominância de sexo foi de 63 (57.3%) pacientes do sexo feminino e 47 (42.7%) do sexo masculino, evidenciando uma maior predisposição da lombalgia para o sexo feminino discrepando de trabalhos que apresentam os homens como mais acometidos^{11,12,13}.

Neste estudo os parâmetros globais do questionário Oswestry mostraram que 42 (38,2%) dos entrevistados apresentam incapacidade intensa. A capacidade funcional vai além do desempenho físico e diz respeito à forma como os indivíduos realizam suas atividades de vida diária¹⁴.

Dorneles e Casa Júnior (2014) avaliou a prevalência de lombalgia e a capacidade funcional lombar de praticantes de musculação e evidenciou através do questionário Oswestry e concluiu que 89% da população estudada apresentava incapacidade mínima¹⁵.

Para Mascarenhas & Santos (2011) os indivíduos com lombalgia apresentam, geralmente, limitações físicas e incapacidades funcional, principalmente causada pela dor seguida da restrição de movimentos o que corrobora com os dados obtidos neste estudo onde 32,8% apresentam dor que alivia com analgésicos, mas que mesmo assim sentem limitações e 28,2% não conseguem caminhar pequenos períodos de tempo¹⁶.

Moraes (2003) atesta que a dor lombar crônica, quando não específica, raramente incapacita o indivíduo para exercer suas atividades do cotidiano, no entanto pode limitar de forma parcial sempre que o indivíduo descontinuar o tratamento¹⁷.

Em parâmetros globais, os indivíduos deste estudo eram pacientes com lombalgia aguda, ou seja, a primeira vez que relataram a dor e os aspectos incapacitantes para o médico ortopedista. Os hábitos destes pacientes foram avaliados através de um instrumento consagrado. De um modo geral os indivíduos apresentaram deficiências na capacidade funcional que comprometem as atividades de vida diária.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que apenas 11,8% dos entrevistados podem tolerar a dor sem a necessidade de analgésicos, o que chama a atenção para mostrar o quanto a lombalgia é dolorosa e progressiva. Tal manifestação elucida o fato de 38,2% dos entrevistados alegarem que os analgésicos aliviavam moderadamente a dor e em 17,3% aliviam muito pouco a dor, e isso interfere diretamente em atividades cotidianas tais como sentar e ficar em pé.

Diante do exposto, acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a realização de estudo cada vez mais detalhados sobre a capacidade funcional em todas as faixas etárias, bem como avaliação de hábitos de estilo de vida na influência de resultados como os encontrados neste estudo.

AGRADECIMENTOS

À Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário Getúlio Vargas (GEP-HUGV), que viabilizou a execução do projeto, e ao serviço de Ortopedia e Traumatologia do Ambulatório Araújo Lima (AAL) pela colaboração no desenvolvimento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Heliovaara M, Impivaara O, Sievers K, Melkas T, Knekt P, Korpi J, et al. Lumbar disc syndrome in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1987 Sep;41(3):251-8.
2. Heliovaara M, Makela M, Knekt P, Impivaara O, Aromaa A. Determinants of sciatica and low-back pain. *Spine (PhilaPa1976)* 1991 Jun;16(6):608-14.
3. Helton D, Carlos Herrero. Protocolo clínico e de regulação para lombalgia. Acesso em 16/02/2016.
4. Bhangle SD, et al. Back pain made simple: an approach based on principles and evidence. *ClevClin J Med*. 2009;76(7):393-399.
5. Gilberto A., *A Dor nas Costas: Aprenda a viver bem com a sua coluna vertebral*. Editora Cultura, Rio de Janeiro (2015).

6. Gibbons P, et al. Manipulation of the spine, thorax and pelvis. An osteopathic perspective. 3^a ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2000. pp. 44-45.
7. BEATTIE, P.; MAHER, C. The role of functional status questionnaires for low back pain. *Aust. Physiother.*, v. 43, n. 1, p. 29-38, 1997.
8. Fairbank JCT, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000;25:2940-53.
9. Dunn KM, Hestbaek L, Cassidy JD. Low back pain across the life course. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2013 Oct;27(5):591–600.
10. Monnerat E, Pereira JS. Validação e confiabilidade de um questionário para lombalgia. *Fit Perf J.* 2009 jan-fev;8(1):45-8.
11. MASSELLI, M. R.; LOPES, M. M.; SERILLO, T. B. Índice funcional de Oswestry de pacientes submetidos à cirurgia para descompressão de raízes nervosas. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo, São Paulo*, v. 10, n. 2, p. 70-76, jul./dez. 2003.
12. MASSELLI, Maria Rita et al. Índice funcional de Oswestry após cirurgia para descompressão de raízes nervosas. **Fisioterapia em Movimento**, [S.I.], v. 20, n. 1, ago. 2017.
13. Ghizoni M. F.; Sakae T. M., Felipe E. B. A., Souza B. C., Danielli L., Padão D. L. Aplicação da Escala de Oswestry em Pacientes com Doença Degenerativa da Coluna Lombar Submetidos à Artrodese; *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2011.
14. FREIRE, M. et al. Functional capacity and postural pain outcomes after reduction mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* v. 119, n. 4, p. 1149-1156, 2007.
15. DE OLIVEIRA, Gabriel Dorneles; CASA JÚNIOR, Adroaldo José. Prevalência de Lombalgia e Avaliação da Capacidade Funcional Lombar em Praticantes de Musculação. **EVS - Estudos Vida e Saúde**, Goiânia, v. 41, n. 2, p. 247-258, set. 2014
16. Mascarenhas CHM, Santos LS. Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia Crônica. *J Health Sci Inst.* 2011;29(3):205-8
17. MORAES, E. R. P.; SILVA, M. A. G. A prevalência de lombalgia em capoeiristas do Rio de Janeiro. *Revista Fisioterapia Brasileira*, 2003.
18. Brazil AV, Ximenes AC, Radu AS, Fernandes AR, Appel C, Maçaneiro CH et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias. *Rev. Bras. Reumatol.* [Internet]. 2004 Dec [cited 2018 June 02]; 44(6): 419-425.