

ABORDAGEM DA LOMBALGIA EM ADULTOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

ARTIGO DE REVISÃO

Vanessa Meirinho Guerreiro

E-mail: van.mguerreiro@gmail.com

Telemóvel: +351 918451490

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Pólo III, Ciências da Saúde

Azinhaga de Santa Comba, Celas

3000-548 Coimbra

Portugal

ÍNDICE

Resumo.....	4
Abstract	6
Introdução.....	8
Materiais e Métodos	10
1-Considerações Gerais.....	11
1.1-Classificação da lombalgia.....	11
1.2-Epidemiologia	13
1.3-História Natural e Prognóstico	16
2-Avaliação Clínica na Consulta	19
2.1-Anamnese	20
2.2-Exame físico.....	23
3-Exames Complementares de Diagnóstico.....	26
3.1-Análises Laboratoriais.....	26
3.2-Imagiologia.....	27
4-Indicações para referenciação	32
5-Terapêutica.....	33
5.1-Farmacológica	34
5.3-Não farmacológica	38
6-Impacto Familiar, Laboral e Social.....	43
7-Discussão	47
8-Conclusão.....	50
Agradecimentos.....	52
Referências Bibliográficas	53
Anexos.....	57

ABREVIATURAS

AINE – Anti-Inflamatório Não Esteroide

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCR – Proteína C Reativa

TC – Tomografia Computorizada

VS – Velocidade de Sedimentação

RESUMO

A lombalgia é mundialmente reconhecida como importante problema de saúde pública, constituindo um dos motivos mais frequentes de procura dos Cuidados de Saúde Primários. A lombalgia quer pelos recursos diagnósticos e terapêuticos dispensados, quer pelo alto grau de incapacidade que provoca, representa um desafio para o Médico de Família, pelo que torna-se essencial a caracterização minuciosa do quadro clínico associado a esta condição.

Com o objetivo de facilitar a abordagem desta patologia nos Cuidados de Saúde Primários, nesta revisão são descritos os principais tópicos relacionados com a lombalgia, como a avaliação clínica na consulta e o seu impacto no meio familiar, laboral e social. A pesquisa bibliográfica foi realizada através da *pubmed*, *uptodate*, *guidelines* americanas e europeias, livros de texto e normas de orientação clínica produzidas pela Direção Geral da Saúde.

A avaliação clínica da lombalgia na consulta engloba a colheita de uma história clínica rigorosa e um exame físico metódico, que potenciem a probabilidade de correto diagnóstico diferencial e boa orientação, bem como possível referenciação para os Cuidados de Saúde Secundários. O médico de família dispõe também de ferramentas para a avaliação da gravidade e da repercussão da lombalgia na vida do doente, útil no sentido de estabelecer o prognóstico a médio e longo prazo, nomeadamente no que diz respeito à probabilidade de recidivas.

Os principais intervenientes na abordagem e resolução da lombalgia são o Médico de Família e os Cuidados de Saúde Primários. O sucesso de um programa terapêutico depende da correta definição do(s) problema(s) e do cumprimento de um tratamento estruturado e corretamente instituído.

Palavras-chave: Lombalgia, Médico de Família, Cuidados de Saúde Primários, Avaliação Clínica, Exames Complementares de Diagnóstico, Terapêutica, Família, Qualidade de Vida.

Abstract

Low back pain is worldwide known as a public health problem, being one of the main reasons patients resort to primary health care. Either for the therapeutic and diagnostic resources spent, or the high rate of disability it causes on patients, low back pain is a real challenge for family physicians, making the thorough characterization of the clinical boards associated with this condition a matter of the utmost importance.

The present work aims to facilitate the pathological approach on Primary Health Care when dealing with the matter at hand, therefore, describing the main topics related with low back pain such as the clinic evaluation in medical practices and the impact it displays on a working, social and family scale.

Bibliographic research was conducted through pubmed, uptodate, reviewed literature followed European and American guidelines, textbooks and clinical orientation norms provided by Direção Geral da Saúde.

In order to make a correct diagnosis and offer proper guidance, as well as the referral to secondary health care, the clinical evaluation of low back pain not only requires the gathering of a thorough clinical history as it demands a methodical physical examination.

Family physicians have the tools to assess the severity of low back pain as well as the long term impact it can have on the patient's life especially when it comes to probability of recurrences.

Family physicians and primary health care play an important role when dealing with the approach and resolution of low back pain. The success of a therapeutic program relies on the

correct definition of the problem and the fulfilment of a correctly established and structured treatment.

Keywords: Low Back Pain, General Practitioners, Family Practice, Primary Health Care, Symptom Assessment, Diagnostic Tests, Therapeutics, Family, Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A lombalgia constitui importante problema de saúde pública, afetando grande parte da população em idade ativa, conduzindo ao absentismo laboral e quebra significativa da produtividade.¹ Estima-se que até 80% de todos os adultos terão, pelo menos numa ocasião, lombalgia durante a sua vida², sendo uma das queixas mais frequentes na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF)³. Nos Estados Unidos da América, justifica 1,3% de todas as consultas médicas⁴ e constitui a principal causa de incapacidade para o trabalho.⁵ Em Portugal, num estudo efetuado no distrito do Porto, detetou-se a ocorrência de pelo menos um episódio de lombalgia nos seis meses anteriores em 49% da população estudada.⁶

A lombalgia pode ser definida como dor ou desconforto localizado na região lombar compreendida entre o rebordo costal inferior e as pregas nadegueiras, com ou sem irradiação para um ou ambos os membros inferiores.^{7,8}

O espectro da doença e a morbilidade associada à dor lombar é amplo. Para muitos doentes, os episódios de lombalgia são autolimitados e resolvem-se sem tratamento específico. Para outros, no entanto, a lombalgia é recorrente ou crónica, causando dor significativa que interfere com o emprego e a qualidade de vida. As causas musculoligamentares e degenerativas são as mais frequentes (> 85%), e provocam muitas vezes a exaustão dos utentes, dos serviços e dos meios complementares de diagnóstico. Raramente, a lombalgia é um prenúncio de patologia grave, incluindo infeção, neoplasia ou outra doença sistémica. Por isso, o Médico de Família (MF) deve estar alerta para situações diferenciais, as quais podem ser urgentes e potencialmente fatais.

Atendendo ao alto grau de incapacidade e ao grande impacto que esta situação clínica provoca na vida do doente, assim como na sua família e no seu enquadramento laboral e social, outra questão primordial é a identificação de aspetos que possam orientar no sentido de estabelecer o prognóstico a médio e longo prazo, nomeadamente no que diz respeito à probabilidade de ocorrência de recidivas e à avaliação da qualidade de vida do doente.

Pretende-se com esta revisão fazer uma abordagem dos principais tópicos relacionados com a lombalgia, como a avaliação clínica na consulta (incluindo diagnóstico diferencial, exames complementares de diagnóstico, critérios de referenciação e tratamento), bem como o impacto no meio laboral, social e familiar.

MATERIAIS E MÉTODOS

O material bibliográfico para a realização deste artigo de revisão foi obtido através de uma pesquisa efetuada no UPTODATE, PUBMED e INDEX das revistas médicas portuguesas disponíveis em www.uptodate.com/, www.ncbi.nlm.gov/pubmed/ e www.indexonline.pt, respetivamente. Foram também utilizadas *guidelines* americanas e europeias, livros de texto atualizados e normas de orientação clínica produzidas pela Direção Geral da Saúde.

1-CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1-Classificação da lombalgia

A lombalgia pode classificar-se segundo o tipo de dor em função do fator tempo em aguda, sub-aguda e crónica. A dor lombar aguda (lumbago) pode ser definida como dor ou desconforto localizado na região compreendida entre o rebordo costal inferior e as pregas nadegueiras, de início abrupto, geralmente após um esforço e que se agrava com a mobilização⁹, com duração não superior a quatro semanas, com ou sem irradiação para um ou ambos os membros inferiores.^{7,8} Os doentes que continuam a ter lombalgia para além do período agudo têm dor lombar subaguda (duração entre 4 e 12 semanas). Após este período, passa a designar-se lombalgia crónica. A lombalgia recorrente é definida como um novo episódio de dor lombar após um período assintomático de seis meses, à exceção da exacerbação da lombalgia crónica.⁷

Consoante o mecanismo etiopatogénico, a dor lombar pode classificar-se em mecânica ou não mecânica¹ (Quadro 1). As mecânicas contribuem para 97% dos casos, pelo que se designam habitualmente por comuns¹⁰. Mecânica implica que a dor é consequência de uma anomalia estrutural, de um traumatismo ou degenerescência de uma estrutura anatómica normal sem componente inflamatório considerável¹⁰ e pode ser devida a sobrecarga/esforço excessivo, secundária a traumatismo/deformidade ou ainda secundária a uma alteração degenerativa discal ou das articulações interapofisárias posteriores.¹ A etiologia da lombalgia mecânica é conhecida em apenas 20% dos casos e, na sua maioria, tem por base uma hérnia discal com lesão de uma raiz nervosa (ciática) ou uma fratura osteoporótica. Cerca de 3% das lombalgias (correspondente a 15% das lombalgias mecânicas de etiologia conhecida) correspondem a um

síndrome do canal lombar estenótico, situação cada vez mais frequente na clínica devido ao envelhecimento da população e conseqüente aumento da prevalência de doença degenerativa da coluna. Os traumatismos e as anomalias da estática da coluna (escoliose e cifoses) não contam mais que 3 a 4% do número total (correspondendo a 15 a 20% das lombalgias mecânicas de causa conhecida). Os restantes 80% das lombalgias comuns entram no grande grupo do que se designa, nos estudos epidemiológicos, de lesões degenerativas e musculoligamentares, ou seja, não é possível identificar a verdadeira causa da dor.¹⁰

A lombalgia não mecânica ou sistémica contribui para apenas 3% dos casos e pode resultar de patologia inflamatória, infecciosa, neoplásica ou metabólica¹, constituindo a maior indicação para investigação. Geralmente, estes quadros fazem-se acompanhar de sinais de alarme que são identificados durante a história clínica e/ou exame físico minucioso.⁴

<p>Lombalgia mecânica (97%) (comum)</p>	<p>De causa específica – 20%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome do canal lombar estenótico – 15% • Traumatismos, escolioses e cifoses – 20% <p>Sem causa específica (lesões degenerativas e musculoligamentares) – 80%</p>
<p>Lombalgia não mecânica (3%) (sistémica)</p>	<p>Patologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inflamatória • Infecciosa • Neoplásica • Metabólica

Quadro 1 – Classificação da lombalgia segundo mecanismo etiopatogénico.

A dificuldade no estabelecimento de um diagnóstico definitivo na maioria das apresentações de lombalgia deu origem ao termo ‘lombalgia não específica’, condição que é considerada benigna e que pode ser orientada pelo MF. Dos doentes que recorrem aos CSP por lombalgia,

mais de 85% apresenta lombalgia não específica¹¹, e é definida como dor lombar que não é atribuída a uma patologia específica conhecida ou reconhecível (ex., infecção, tumor, osteoporose, espondilite anquilosante, fratura, processo inflamatório, síndrome radicular ou síndrome da cauda equina).⁷

Nas restantes lombalgias pode ser atribuída uma causa específica, sendo que entre os doentes que se apresentam nos CSP menos de 5% terá uma etiologia sistémica grave (como síndrome da cauda equina, metástases ou infeções da coluna).⁴

1.2-Epidemiologia

A lombalgia está bem documentada como sendo importante problema de saúde pública. De acordo com o estudo '*Global Burden of Disease (GBD) 2013*', a lombalgia encontra-se entre as cinco principais causas de DALYs (*disability-adjusted life years* – anos de vida ajustados por incapacidade), juntamente com doença cardíaca isquémica, infeções do trato respiratório inferior, doença cerebrovascular e acidentes rodoviários.¹²

A prevalência da lombalgia tem sido estimada em vários estudos representando diferentes populações⁴. Segundo o grupo de trabalho '*COST ACTION B13: European Guidelines for the Management of Low Back Pain*' (2006), a prevalência ao longo da vida da lombalgia não específica é estimada em mais de 70% nos países industrializados (com uma prevalência em um ano entre 15 e 45%, e incidência em adultos de 5% por ano). A taxa de prevalência nas crianças e adolescentes aproxima-se da dos adultos¹³, aumentando e atingindo o pico entre os 35 e os 55 anos.⁷

Nos Estados Unidos da América, a lombalgia é o segundo motivo mais comum de recurso aos cuidados de saúde, justificando 1,3% de todas as consultas médicas⁴ e constituindo a

principal causa de incapacidade para o trabalho⁵. Em Portugal, os estudos de prevalência da lombalgia são escassos e realizados em meio hospitalar⁶, conhecendo-se muito pouco sobre os dados epidemiológicos desta patologia em Portugal. Ponte (2005) apresenta resultados de um trabalho num Centro de Saúde (CS) da Região Norte (Matosinhos), sendo um dos objetivos determinar a prevalência da lombalgia em utentes adultos portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos. Os indivíduos em estudo foram inquiridos quanto à presença e intensidade da lombalgia nos seis meses anteriores, inferindo-se uma prevalência de lombalgia de 49%; 39,3% com duração de um dia a uma semana e com intensidade de 4 a 7 na Escala Visual e Analógica da Dor (EVAD) em 67% dos casos. A conduta assumida por 35,9% foi a consulta médica. O absentismo laboral devido a esta patologia foi de 18,6%, com uma média de faltas ao trabalho de 2,5 dias⁶. Relativamente à idade, Ponte (2005) constatou maior prevalência na faixa etária 49-65 anos.

Num estudo realizado num CS no concelho de Cascais, Lisboa, com o objetivo de caracterizar a consulta de MGF através da codificação dos motivos de consulta, as queixas do foro osteoarticular, codificadas pelo capítulo “Sistema musculoesquelético” (L) da *International Classification for Primary Care (ICPC)* encontraram-se entre os motivos de consulta mais frequentes a nível dos CSP, sendo os ‘sinais/sintomas lombares’ o motivo mais frequente³. Nos utentes consultados, com idades compreendidas entre os 25-64 anos, este era o capítulo que estava mais representado.³

Os fatores de risco associados à lombalgia permanecem mal compreendidos⁷, no entanto os mais frequentemente relatados incluem tabagismo, obesidade, idade superior a 45 anos, género feminino, profissões físicas e/ou psicologicamente vigorosas, sedentarismo, nível

educacional baixo, insatisfação profissional e fatores psicológicos como ansiedade, depressão e somatização.^{1,4,14}

O risco de sofrer lombalgia aumenta com certas atividades profissionais, em particular as que exigem esforços físicos importantes ou posturas prolongadas com a coluna em flexão e/ou rotação. As recidivas são frequentes e devem-se, na maior parte dos casos, a sobrecarga ou a má utilização das estruturas raquidianas e paravertebrais.¹

Em Inglaterra, um estudo prospetivo de base populacional constatou que a atividade física fora do local de trabalho não estava associada à dor lombar, mas que um estado de saúde física precário tanto em homens como em mulheres, e o excesso de peso em mulheres, aumentava o risco de recorrência de lombalgia⁴. O mesmo estudo observou que profissões que impliquem levantar, puxar ou empurrar objetos com pelo menos 11 kg, e atividades que impliquem longos períodos em ortostatismo ou a caminhar, estavam associadas a maior incidência de lombalgia, especialmente em mulheres.⁴

1.3-História Natural e Prognóstico

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), a lombalgia crónica resulta da progressão de uma lombalgia aguda não resolvida que pode ser causada por doenças inflamatórias, degenerativas, alterações congénitas, debilidade muscular, predisposição osteoarticular, sinais de degeneração dos discos intervertebrais, entre outras.

O prognóstico a longo prazo da lombalgia é geralmente favorável. A maioria dos episódios são benignos e auto-limitados⁷ e apenas um terço dos doentes com dor lombar procura cuidados médicos, pelo que os restantes, aparentemente, melhoram espontaneamente. Cerca de 90% dos episódios de lombalgia aguda resolvem-se entre seis a oito semanas, independentemente do tratamento^{7,15}, no entanto as recorrências são a regra, afetando até 40 a 50% dos doentes em seis meses e 70% em doze meses.

Contudo, 2 a 7% das pessoas com lombalgia desenvolvem lombalgia crónica⁷, altamente incapacitante e prolongada no tempo, com impacto significativo na sua qualidade de vida. Como um número considerável de doentes melhoram sem a necessidade de cuidados médicos, aqueles que procuram ajuda médica terão, à partida, um prognóstico menos favorável. Para evitar a evolução para a cronicidade, a lombalgia aguda deve ser convenientemente valorizada e tratada. É necessário ter em atenção os seguintes fatores de risco para desenvolver lombalgia crónica e atraso na recuperação: idade; duração do episódio inicial; duração da paragem do trabalho; recaídas; hospitalização; baixo nível educacional; baixo nível de recursos; disfunção familiar; história/antecedentes prévios de depressão e ansiedade; más condições de trabalho; fraca qualificação e insatisfação profissional; emprego precário; existência de conflito na sequência de acidente de trabalho; desadequada utilização

dos recursos diagnósticos e terapêuticos¹; abuso de tabaco, álcool ou de drogas; história de traumatismo; má condição cardiovascular; cônjuge dependente¹⁶.

A história natural da lombalgia, habitualmente favorável, pode explicar em parte a grande proliferação de inúmeras terapêuticas (não comprovadas) que parecem ser eficazes. Por isso, é essencial que estudos controlados e randomizados determinem se um dado tratamento realmente resulta numa melhoria mais rápida ou num período assintomático mais duradouro que a história natural.¹⁷

As lombalgias devem a sua importância tanto pelo número de doentes por elas afetados de maneira aguda e recorrente como e sobretudo pela sua cronicidade, atingindo 2 a 7% dos doentes. Mas devido à enorme prevalência da lombalgia, esta cronicidade é geradora, no mundo desenvolvido, de enorme sobrecarga para os sistemas de segurança social, tendo sido objeto de intensa investigação nas últimas décadas. Esta investigação, tendo como objeto de estudo a lombalgia mecânica crónica e incapacitante, detetou consistentemente que os fatores psicossociais dos afetados contribuem mais para o desfecho final do que os fatores relacionados com as alterações anatómicas detetadas.⁴

Verificou-se ainda que a dor lombar crónica desenvolve-se mais frequentemente nos indivíduos que apresentam estratégias de *coping* desajustadas, limitação funcional, estado geral de saúde precário, presença de comorbilidades psiquiátricas, presença de sinais não orgânicos (discutidos na secção referente ao exame físico)⁴ ou que estejam em litígio laboral ou compensatório.

Para a deteção de fatores de risco psicológicos que influenciam o prognóstico, constitui-se um conjunto de sinais designados na literatura internacional por '*yellow flags*' (sinais amarelos). Estes encontram-se descritos seguidamente⁷:

1. Crenças e atitudes desapropriadas em relação às lombalgias;
2. Comportamento de evicção da dor com repouso exagerado;
3. Problemas laborais ou processo de compensação;
4. Problemas emocionais (depressão, ansiedade, tendência ao isolamento).

A identificação de *'yellow flags'* deverá conduzir a um acompanhamento cognitivo-comportamental adequado ⁷. É em geral aconselhada uma avaliação psicossocial nos doentes que apresentam um ou vários destes sinais amarelos.¹⁰

2-AVALIAÇÃO CLÍNICA NA CONSULTA

A abordagem inicial da lombalgia baseia-se em elementos de natureza clínica com a avaliação de sinais e sintomas que indiquem a necessidade de exame imagiológico imediato e/ou avaliação adicional ¹⁴. Uma anamnese e exame objetivo cuidados são, em geral, suficientes para o diagnóstico ^{1,7}. É importante recordar que de entre todos os doentes com lombalgia que se apresentam nos cuidados de saúde primários, a grande maioria terá lombalgia não específica, e menos de 5% terão uma patologia sistémica grave, sendo que grande parte destes doentes terá fatores de risco ou outros sintomas associados. ⁴

Uma classificação simples e prática, proposta pela *Agency for Health Care Policy and Research* – EUA, e que tem ganho reconhecimento internacional, divide a lombalgia numa de três categorias – a chamada ‘triagem diagnóstica’⁷:

- Lombalgia complicada (tumor, fratura, infeção, síndrome da cauda equina);
- Lombalgia com ciática (hérnia discal);
- Lombalgia não específica.

Esta classificação deverá ser feita pelo MF, essencialmente através da história e exame físico. Esta primeira observação, suficiente na maioria dos casos, deve ser orientada no sentido de excluir a lombalgia complicada.

Por fim, de referir que a avaliação clínica deverá incluir ainda a avaliação de fatores de risco psicossociais, preditivos de evolução para a cronicidade das queixas ^{7,11} – depressão, estratégias de *coping* passivas/reduzidas, insatisfação profissional, disputa de compensação monetária/outra, somatização. ¹¹

2.1-Anamnese

Embora, na maioria dos doentes, possa não ser possível definir uma causa específica para a dor lombar⁷, é importante avaliar quanto à evidência de etiologias que requerem abordagem e tratamento específicos. A anamnese deve incluir localização, duração e intensidade da dor, frequência dos sintomas e história de episódios e tratamentos prévios, bem como a resposta ao tratamento¹¹

A possibilidade de dor lombar secundária a patologia não lombar, tal como pancreatite, nefrolitíase, pielonefrite, aneurisma da aorta, herpes zoster e doença sistémica deve ser considerada.¹¹

É ainda importante questionar o doente sobre sintomas constitucionais (perda de peso, sudorese noturna), antecedente de neoplasia, eventos precipitantes, sintomas neurológicos (fraqueza muscular, quedas, ataxia ou outras alterações sensoriais, sintomas intestinais/urinários), progressão dos sintomas, história de infeções bacterianas recentes, história ou uso corrente de drogas injetáveis e/ou corticoides e história recente de procedimentos lombares (cirurgia, punção lombar).⁴

As características que poderão sugerir a presença de uma doença sistémica subjacente incluem a história de neoplasia, idade superior a 50 anos, perda de peso inexplicada, duração da dor superior a um mês, dor noturna e ausência de resposta a tratamento prévio. Antecedentes de uso de drogas injetáveis, infeção bacteriana recente ou febre aumentam a suspeita de infeção.⁴ Idade avançada, história de osteoporose e uso de corticoides apontam para o diagnóstico de fratura com compressão medular, por outro lado idade jovem, rigidez matinal, melhoria da dor com o exercício, dor nadegueira intermitente e dor noturna poderão sugerir espondilite anquilosante.¹¹

Algumas das etiologias possíveis e características clínicas associadas encontram-se descritas no Quadro 2⁸:

Diagnóstico	Pistas clínicas
COLUNA LOMBAR	
Contratura muscular	Lombalgia difusa com ou sem dor nadegueira; agrava com movimento; melhora com repouso.
Espondilose (degenerativa do disco ou interapofisária)	Semelhante à contratura muscular. Na patologia degenerativa do disco a dor agrava com flexão ou posição sentada; na artrose interapofisária a dor agrava com extensão, ortostatismo ou marcha.
Fratura com compressão	História de trauma; palpação de pontos dolorosos; dor agrava com mudança de posição (deitado-sentado-ortostatismo).
Hérnia discal	Dor no MI é superior à dor lombar; agrava na posição sentada.
Estenose do canal medular	Dor no MI é superior à dor lombar; agrava com ortostatismo e marcha; melhora com repouso e flexão; uni ou bilateral.
Espondilolistese	Dor no MI é superior à dor lombar; agrava com ortostatismo e marcha; melhora com repouso e flexão; uni ou bilateral.
Espondilólise	Dor em adolescentes; agrava com extensão e

	atividade.
CAUSAS SISTÉMICAS	
Doenças do tecido conjuntivo	Poliartralgias; febre; perda de peso; fadiga; palpação dolorosa das apófises espinhosas.
Espondilartropatia inflamatória	Dor noturna intermitente; rigidez matinal e limitação da flexão lombar.
Neoplasia	Dor agrava com decúbito ventral; palpação dolorosa das apófises espinhosas; perda de peso recente; fadiga.
Espondilodiscite/Osteomielite	Dor contínua; palpação dolorosa das apófises espinhosas; habitualmente sem febre; elevação da VS e/ou PCR; hemograma normal.
DOR REFERIDA	
Aneurisma da aorta abdominal	Desconforto abdominal; massa abdominal pulsátil.
Patologia gastrointestinal (pancreatite, úlcera péptica, colecistite)	Desconforto abdominal; náuseas/vómitos; sintomas associados à ingestão de alimentos.
Herpes zoster	Dor unilateral com distribuição num dermatomo; alodinia; vesículas.
Patologia pélvica (endometriose, doença inflamatória pélvica, prostatite)	Desconforto abdómen inferior, pelve ou anca.

Patologia retroperitoneal (cólica renal, pielonefrite)	Dor no ângulo costovertebral; alterações urinárias; febre.
---	--

Quadro 2 – Diagnóstico diferencial de dor lombar aguda (adaptado de Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. American Family Physician, 2012)

Legenda: MI – Membro Inferior; VS – Velocidade de Sedimentação; PCR – Proteína C Reativa

2.2-Exame físico

O objetivo do exame físico é identificar características que sugiram a necessidade de avaliação adicional. O exame físico deve incluir os seguintes componentes^{4,14}:

- Inspeção da região lombar e da postura com pesquisa de deformidades estruturais, tais como escoliose ou cifose.
- Avaliação da amplitude de movimentos, nomeadamente de flexão e extensão. O teste de *Schöber* poderá ser realizado perante a suspeita de uma rigidez da coluna inferior: o médico deverá marcar com uma esferográfica um ponto situado na intersecção da coluna lombar com a linha que une as duas cristas ilíacas. Usando uma fita métrica, faz-se nova marcação 10 cm acima deste ponto. Quando o doente se encontrar em maior flexão possível da coluna, é medida a distância entre as duas marcações. Uma distância agora superior a 15 cm documenta ausência de rigidez apreciável da coluna lombar. É importante realçar que a mobilidade da coluna diminui naturalmente com a idade.⁵

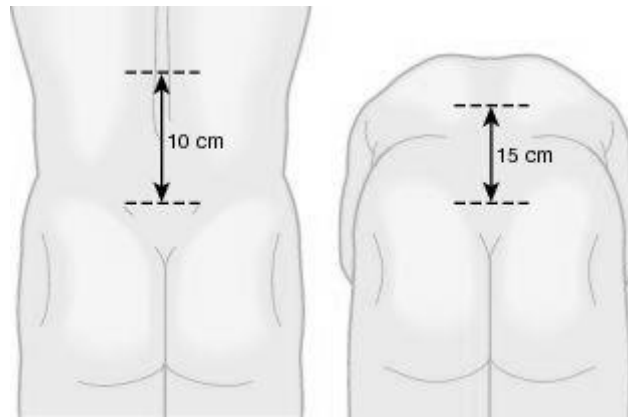


Figura 1 - Teste de Schober

- Palpação da região lombar, incluindo apófises espinhosas, espaços intervertebrais e musculatura da região paravertebral.
- Sinal de Lasègue (se sintomas do membro inferior): a dor na face posterior do membro inferior em extensão, provocada pela flexão da coxa sobre a bacia (entre 10 a 60 graus), confirma radiculopatia. Este teste tem baixa sensibilidade e especificidade para diagnóstico de hérnia discal (64 e 57% respetivamente).
- O exame neurológico dos membros inferiores (realizado mesmo na ausência de irradiação lombar): deve incluir a avaliação da força muscular, sensibilidade e reflexos osteotendinosos. Em caso de suspeita de radiculopatia, o exame neurológico deverá focar as raízes de L5 e S1, uma vez que 98% das hérnias discais clinicamente importantes ocorrem em L4-L5 e L5-S1. Os défices motores mais frequentes são verificados ao nível da dorsiflexão (L5) e da flexão plantar (S1) e, com menor incidência, um defeito do quadríceps (L3-L4).
- Sinais não orgânicos (sinais de Waddell) – doentes com distúrbio psicológico associado a dor lombar poderão apresentar sinais físicos inapropriados, também

conhecidos como “sinais de Waddell”. Estes incluem sensibilidade aumentada à palpação superficial da região lombar, melhoria na prova de extensão do joelho quando o doente está distraído, sinal de hiper-reação ao exame físico (verbalização desproporcional dos sintomas), alteração da sensibilidade com distribuição não dermatomal, anormalidades motoras durante a realização de exame físico motor, inconsistência na observação da atividade espontânea (a vestir, a sair da maca) e dor lombar precipitada pela compressão axial (do crânio ou durante a rotação dos ombros e da anca simultaneamente). A presença de múltiplos sinais de Waddell sugere uma etiologia não orgânica ou um componente psicológico para a presença de dor.

- Se a história é fortemente sugestiva de malignidade, o doente deverá ser avaliado na pesquisa da origem neoplásica.

Os achados mais comuns do exame físico em doentes com lombalgia aguda não complicada (que inclui a lombalgia com ciática e a lombalgia não específica) são: atitude escoliótica ou em flexão; dificuldade na marcha; áreas dolorosas à palpação na região lombossagrada, flancos e nádegas; contraturas musculares paravertebrais; mobilidade diminuída, por vezes com bloqueio total; manobra de Lasègue – por vezes também positiva no lado contralateral -, sendo este último teste altamente específico para radiculopatia; défice motor e sensitivo envolvendo mais frequentemente os territórios das raízes L5 e S1 (dorsiflexão e flexão do pé, respetivamente); diminuição dos reflexos (rotuliano para lesão de L4 e aquiliano para lesão de S1).

3-EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

Na avaliação inicial de indivíduos com dor lombar não complicada, não está indicada a realização de testes laboratoriais ou exames imagiológicos.¹⁴

*3.1-Análises Laboratoriais*¹⁸

Se suspeita de presença de lombalgia complicada, o MF poderá ter alguns testes laboratoriais a usar parcimoniosamente e a interpretar no contexto da apresentação clínica. Apenas a história clínica e o exame físico poderão levar a uma suspeita e, portanto, determinar o pedido dos exames laboratoriais necessários. Os exames laboratoriais poderão conferir uma maior certeza no diagnóstico suspeito, mas não são diagnósticos por si só.

A conjugação de hemograma e velocidade de sedimentação dos eritrócitos (VS) sem alterações, bem como um valor normal do doseamento da proteína C reativa (PCR), reduz a probabilidade de infeção ou neoplasia.

Pelo contrário, se existem sinais de atividade biológica como o aumento dos reagentes de fase aguda (VS e PCR elevadas), trombocitose ou anemia normocítica e normocrómica, dever-se-á iniciar um estudo dirigido para despiste de patologia inflamatória ou neoplásica.

3.2-Imagiologia

Se as lesões neurológicas são de fácil identificação etiológica pela clínica e semiologia próprias, as dores lombares comuns, sem irradiação radicular, são de difícil diagnóstico lesional pela frequente sobreposição das queixas e das anomalias no exame objetivo e nos exames radiológicos em todas as situações.¹⁰ Ou seja, os achados são na maioria dos casos muito inespecíficos sendo habitual mas erróneo, atribuírem-se as dores aos fenómenos degenerativos descobertos nas radiografias.¹⁰ Tendo em atenção que a hérnia discal e a protusão do disco são achados imagiológicos muito frequentes (> 30%) em pessoas assintomáticas, é fundamental o correto exame clínico antes de se proceder a um exame imagiológico.¹⁴ Por outro lado, sabe-se que uma parte significativa dos doentes com lombalgia não apresenta quaisquer alterações na imagiologia.¹⁰

Segundo o relatório *'The state of health care quality 2015'* do *'National Commitee for Quality Assurance'* (EUA), aproximadamente um quarto dos doentes com lombalgia e idades entre os 18 e os 50 anos realizaram exames imagiológicos para os quais não tinham indicação. Salientando-se que o recurso inapropriado à imagiologia lombar pode levar a achados irrelevantes, tratamentos desnecessários e a intervenções cirúrgicas injustificáveis.¹⁹

Guidelines conjuntas da *American College of Physicians* e da *American Pain Society* (2007) recomendam explicitamente que "Os médicos não devem, rotineiramente, obter imagens ou outros testes de diagnóstico em doentes com dor lombar não específica" e reservam a imagiologia para doentes com graves ou progressivos défices neurológicos ou quando existam suspeitas de condições subjacentes graves com base na história e no exame físico ¹¹. Deste modo, o uso precoce ou frequente da imagiologia não é recomendado para a maioria dos doentes.

Alguns estudos e *guidelines* propuseram o uso de sinais de alarme (“*red flags*”) para orientar a realização de exames imagiológicos lombares. Os *red flags* são achados aquando da anamnese ou do exame físico que sugerem maior probabilidade de doença sistémica, fratura ou lesão neurológica subjacentes – condições que poderão influenciar o tratamento inicial ⁷.

Tipicamente incluem fatores como ^{1,4,7,14}:

- Idade inferior a 20 anos;
- Início insidioso, progressivo, sem fator desencadeante, sobretudo se em indivíduos com idade superior a 50 anos e sem antecedentes de lombalgia;
- História recente de traumatismo violento;
- Atipia topográfica e do ritmo da dor (constante, não mecânica);
- Dor noturna;
- Intensidade dolorosa crescente;
- Duração da dor superior a 1 mês;
- Antecedentes de neoplasia;
- História de aneurisma da aorta;
- Abuso de drogas, imunossupressão, infeção VIH;
- Uso prolongado de corticosteroides;
- Alterações do estado geral, como astenia, anorexia, emagrecimento ou febre;
- Dor torácica;
- Sintomas neurológicos associados (síndrome da cauda equina – incontinência urinária ou retenção urinária, alterações sensitivas ou motoras progressivas);
- Dor que não responde a terapêutica prévia.

A prevalência de distúrbios espinais graves é baixa e a sensibilidade e especificidade da maioria dos *red flags* é limitada.²⁰ Como resultado, estudos recentes têm realçado o limitado valor preditivo da maioria dos *red flags*, sugerindo que a prescrição de exames imagiológicos na presença de apenas um destes sinais de alarme resultaria num uso desnecessário deste tipo de exames²⁰. De facto, o valor preditivo de *red flags* individuais varia substancialmente, aumentando este valor com a presença de múltiplos *red flags*. Por outro lado, os clínicos por vezes falham na avaliação de fatores de risco importantes que devem incitar a prescrição precoce de um estudo imagiológico, como antecedentes de neoplasia ou o uso de drogas de abuso. Portanto, os investigadores sugeriram que o recurso a técnicas de imagem deve ser orientado por todo o quadro clínico e observação ao longo do tempo, ao invés do uso acrítico de sinais de alarme individuais.^{4,14,20}

Assim, a realização de telerradiografia da coluna lombar está recomendada na avaliação inicial de casos em que se suspeita da presença de fratura vertebral com compressão. Recomenda-se também a realização de exames imagiológicos em doentes com dor lombar associada a défice neurológico severo ou progressivo ou quando existe suspeita de patologias graves com base na história e exame físico.¹¹

De acordo com a Norma da DGS (2011), está indicada a realização de tomografia computadorizada (TC) do segmento lombo-sagrado nas seguintes situações²¹:

- Lombalgia e défice neurológico radicular, acompanhada, ou não, de ciatalgia, independentemente da duração dos sintomas;
- Lombalgia persistente acompanhada de ciatalgia, com duração superior a quatro semanas, refratária ao tratamento médico e sem défices motores ou sensitivos;

- Lombalgia e suspeita de neoplasia, com duração superior a quatro semanas, em indivíduos com idade superior a 50 anos, com história pessoal de neoplasia e emagrecimento recente acentuado;
- Lombalgia e suspeita de fratura, documentada por telerradiografia, em indivíduos com idade superior a 65 anos, osteoporose e exposição a corticoterapia prolongada;
- Espondilolistese lombar após o diagnóstico efetuado por telerradiografia lombar em perfil e da situação clínica concordante.
- Os casos de canal estenótico lombar, com reduzida resposta ao tratamento sintomático após seis semanas, têm indicação para realizar telerradiografia e TC da coluna lombar.
- Nos casos de traumatismo, os doentes com dor axial, com ou sem radiculopatia, sem mielopatia, sem sinais de alerta, sem défice motor, com dor controlável farmacologicamente, com radiologia convencional sem alterações, apenas deve realizar-se TC quando não se verifica melhoria clínica significativa após período inicial de tratamento conservador, que poderá estender-se até seis semanas.

Não se justifica a requisição sistemática de exames de imagem a doentes com radiculopatia que apresentam melhoria ou resolução espontânea após tratamento. A repetição de exames imagiológicos da coluna, com mais de três a seis meses, só deve ser prescrita quando estiver prevista uma intervenção cirúrgica; no caso de alteração do quadro clínico desde o exame anterior; no acompanhamento imagiológico após cirurgia. Para requisição de ressonância magnética deverá ser solicitado o envolvimento do médico especialista hospitalar. A grávida com quadro de dor lombar ou cialgia deve ser referenciada para consulta de especialidade hospitalar.²¹

O Algoritmo/Árvore de Decisão da referida Norma encontra-se representado na Figura 1:

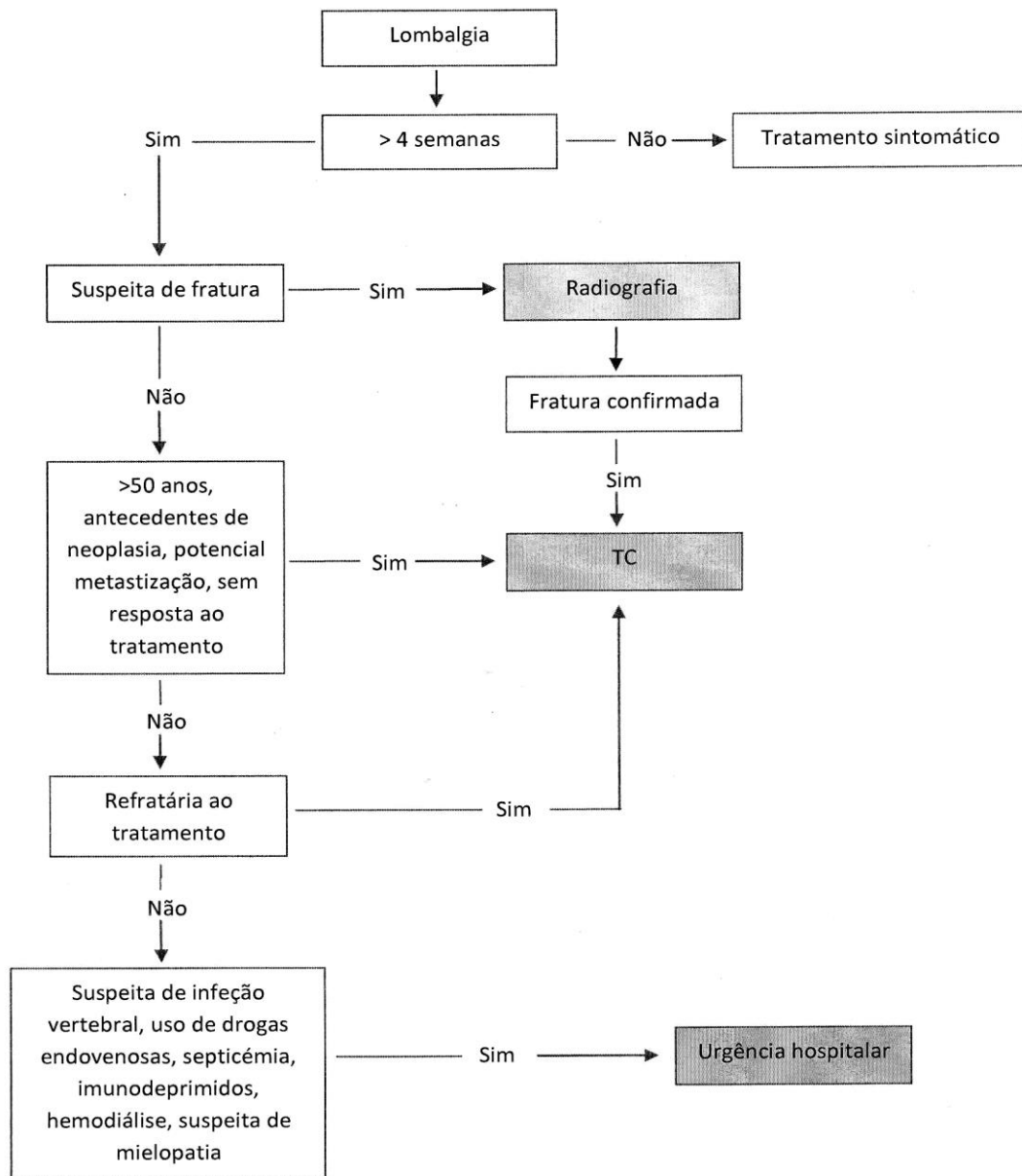


Figura 2 - Algoritmo/Árvore de Decisão (Adaptado de Norma n° 047/2011 de 26/12/2011)

4-INDICAÇÕES PARA REFERENCIAÇÃO

A esmagadora maioria dos doentes com lombalgia pode e deve ser tratada em ambulatório pelo MF. Justifica-se referenciação para especialista hospitalar nos seguintes casos: ^{4,5,18,21}

- Toda a lombalgia de características inflamatórias e causa não esclarecida.
- Sempre que houver suspeita de causa sistémica subjacente.
- Doentes com défices neurológicos severos ou rapidamente progressivos devem ser atempadamente referenciados a neurologia ou neurocirurgia.
- Doentes com sinais sugestivos de síndrome da cauda equina ou de compressão medular dever ser sujeitos a internamento urgente.
- Doentes com défice neuromotor que persiste após quatro a seis semanas de terapia conservadora devem ser referenciados à neurologia.
- Em caso de suspeita de infeção vertebral, de uso de drogas endovenosas, septicemia, imunodeprimidos, hemodiálise e suspeita de mielopatia, os doentes devem ser referenciados à urgência hospitalar.
- Mais de dois episódios de dor radicular por ano em doentes com hérnia discal devem indicar referência a ortopedia ou neurocirurgia.

5-TERAPÊUTICA

Os objetivos do tratamento da dor lombar aguda são aliviar a dor, reduzir as limitações funcionais assim como o absentismo laboral e desenvolver estratégias de *coping* através de educação para a saúde⁸. A otimização do tratamento poderá minimizar a probabilidade de dor recorrente ou crónica^{7,8}.

Vários tratamentos estão disponíveis, não existindo no entanto uma evidência consistente do seu benefício. Uma abordagem possível, baseada na evidência, está descrita no Quadro 3:

PRIMEIRA CONSULTA
<p>Educação do doente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tranquilizar o doente, referindo o prognóstico favorável na maioria dos casos • Aconselhar o doente a manter-se ativo, evitando repouso no leito e retomando as atividades habituais logo que possível <p>Terapêutica farmacológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar com AINEs ou paracetamol • Considerar relaxante muscular de acordo com a intensidade da dor • Considerar tratamento com opióide por um curto período se dor severa <p>Considerar referenciação para MFRA se > 1 episódio</p>
CONSULTA SUBSEQUENTE (2 a 4 semanas após primeira consulta e não houve melhoria significativa)
<p>Considerar alteração para AINE diferente</p> <p>Considerar referenciação para MFRA, se não encaminhado na primeira consulta</p>

Considerar referência hospitalar se dor severa ou limitação funcional

Quadro 3 - Abordagem e tratamento da lombociatalgia aguda (adaptado de Casazza BA. Diagnosis and treatment of acute low back pain. American Family Physician, 2012)

Legenda: AINE (anti-inflamatório não esteróide; MFRA - Medicina Física e Reabilitação de Ambulatório

O tratamento deve centrar-se no alívio dos sintomas, pelo que está recomendada a terapêutica por um curto período, entre duas a quatro semanas.

5.1-Farmacológica

Quanto ao tratamento farmacológico de controlo sintomático das lombalgias, este poderá ser usado a nível dos CSP, sendo também, frequentemente, o primeiro recurso terapêutico em cuidados hospitalares. A utilização de paracetamol ou AINEs e relaxantes musculares para o tratamento da lombalgia aguda parece ser suficiente na maioria dos casos.¹

No tratamento da lombalgia crónica, as opções terapêuticas mais usadas são o paracetamol, os AINEs, os opióides, os relaxantes musculares e os antidepressivos, tomados isoladamente ou em associação.^{7,11}

AINEs^{8,11,22}

- São habitualmente o tratamento de 1ª linha de dor lombar, sendo o seu uso suportado pela experiência clínica.
- Os AINEs têm um efeito reduzido a curto prazo no alívio da dor lombar crónica.
- Nenhuma característica do indivíduo permite prever o sucesso da terapêutica com AINEs.

- A evidência sugere não existir benefício de nenhum fármaco em relação a outro, contudo a alteração para um AINE diferente deve ser considerada se o primeiro não for eficaz.
- Os AINEs não seletivos associam-se a efeitos gastrointestinais e renovasculares, enquanto aqueles com seletividade para a COX-2 estão associados a aumento do risco de enfarte agudo do miocárdio. A nefrotoxicidade é característica de ambos os AINEs (não seletivos e seletivos para a COX-2). Antes da prescrição de um AINE deverá ser avaliado o risco renal, gastrointestinal e cardiovascular e deverá ser prescrita a menor dose efetiva e pelo menor período de tempo necessário; deve considerar-se ainda a necessidade de uso simultâneo de um inibidor da bomba de prótons.
- Desconhece-se se os AINEs serão mais eficazes que o uso de paracetamol isolado; não há evidência do benefício da associação de AINEs com paracetamol.

Paracetamol^{11,22}

- A evidência é controversa relativamente ao uso do paracetamol em comparação com os AINEs; tendo em conta um perfil de segurança favorável e o custo reduzido, o paracetamol é considerado uma opção de primeira linha razoável para o tratamento da dor lombar.
- Tal como os AINEs, o paracetamol tem um efeito reduzido a curto prazo no alívio da dor lombar crónica.
- A dose máxima diária de 4g é apropriada para a maioria dos doentes, no entanto, o risco de hepatotoxicidade é dose-dependente e aumenta com a ingestão concomitante de álcool, pelo que é prudente limitar a dose diária de paracetamol para 2g em

doentes com história de abuso excessivo de álcool ou com outros fatores de risco para hepatotoxicidade.

- A associação de paracetamol com tramadol apenas se verificou benéfica no tratamento da dor crónica.

Relaxantes musculares^{8,11}

- A evidência mostra o benefício do uso de relaxantes musculares não-benzodiazepinas na redução da dor, principalmente nos primeiros 7 a 14 dias (embora o seu benefício possa continuar durante mais de quatro semanas).
- Têm particular interesse quando há grande contratura muscular, que, por si só, é geradora de dor.
- O tratamento com diazepam oral por um período curto (até 5 dias) também pode ser benéfico para o alívio da dor.
- Existe evidência de que a combinação destes fármacos com AINEs poderá ter um benefício adicional na redução da dor.

Opióides^{8,22}

- Frequentemente prescritos em casos de dor lombar severa, aguda, não controlada com AINEs e paracetamol, existindo evidência escassa do seu benefício¹¹.
- Estudos demonstraram não existir diferença na redução da dor ou no tempo de retorno ao trabalho quando comparados com AINEs ou paracetamol.
- A evidência é insuficiente para recomendar um fármaco opióide em relação a outro.
- Os efeitos adversos dos opióides incluem sedação, confusão, náuseas, obstipação e em doses altas depressão respiratória.

- O uso de opióides deve ser limitado a períodos curtos, em horário fixo (por exemplo ao deitar), pelo risco de dependência e tolerância.

Corticoides^{11,22}

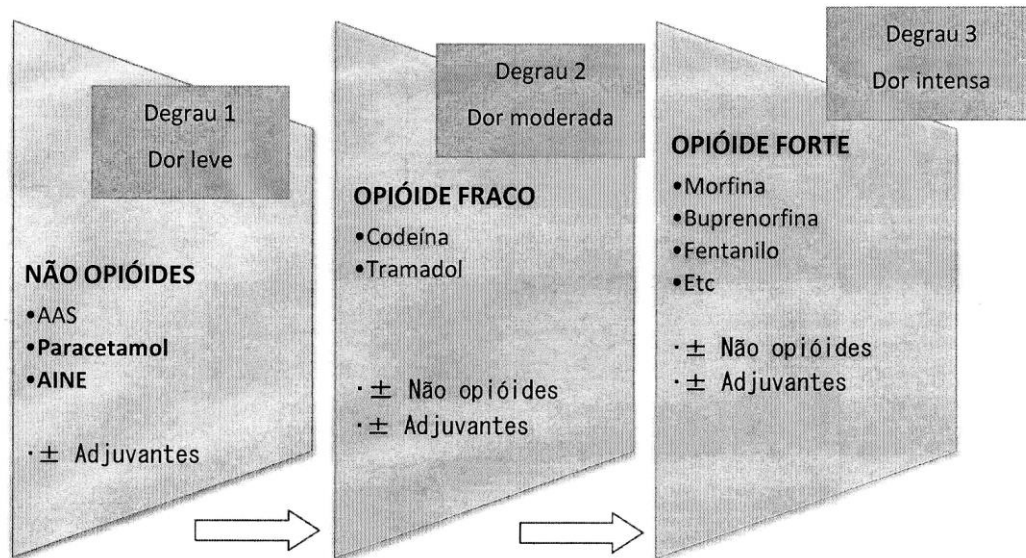
- Não estão recomendados para o tratamento da dor lombar com ou sem ciatalgia, uma vez que não demonstraram ser mais eficazes do que o placebo.

Outras opções^{4,23}

- Antidepressivos tricíclicos têm-se demonstrado benéficos no tratamento da lombalgia crónica, mesmo quando não associada a sintomas depressivos¹¹, mas não foram estudados na dor lombar aguda, pelo que não se recomenda o seu uso no tratamento da lombalgia aguda. A prescrição de pequenas doses de antidepressivos tricíclicos (elevadores do humor) uma hora antes de deitar pode ajudar na regulação do ciclo de sono, beneficiando alguns casos.
- Alguns estudos têm demonstrado a eficácia da gabapentina e outros anticonvulsivantes no alívio sintomático de doentes com dor lombar subaguda e crónica, no entanto são necessários ensaios adicionais para recomendar o seu uso no tratamento da lombalgia (com ou sem radiculopatia).

A *guideline* conjunta da *American College of Physicians* e *American Pain Society* recomenda paracetamol ou AINEs como tratamento de primeira linha para dor aguda. Nos doentes com dor lombar aguda e sem contra-indicação para AINEs ou risco aumentado de efeitos adversos, estes fármacos poderão ser recomendados durante 2 a 4 semanas – ibuprofeno (400-600 mg, 4 i.d.) e naproxeno (250-500 mg, 2 i.d.).^{11,22}

A escala analgésica da dor, elaborada pela Organização Mundial de Saúde em 1986, deve ser globalmente usada para o tratamento da dor (Figura 2):



Considerar terapêuticas adjuvantes, apoio psicossocial, espiritual e tratamento de

Figura 4 - Escala analgésica da dor (OMS, 1986)

5.3-Não farmacológica

Educação do doente

A educação do doente é um elemento fundamental na abordagem terapêutica da lombalgia. ⁵

O médico deve estar atento à relação psicológica do doente com a sua doença, estimulando nele e na família uma atitude pró-ativa e positiva, em que o doente deve manter as suas atividades da vida diária o mais normal e completa quanto possível, apesar da dor. ⁵ Atitudes de proteção excessiva, de desalento e dependência de terceiros devem ser combatidas. A

qualidade da relação “médico-doente” foi cientificamente comprovada como um dos determinantes da evolução da lombalgia.⁵

É recomendado tranquilizar o doente, reconhecendo a sua dor, dando apoio e evitando mensagens negativas. É importante fornecer uma informação completa e perceptível, realçando as causas da lombalgia e sua elevada prevalência, o valor mínimo dos testes diagnósticos, e que apesar de muitas vezes recorrente, o seu prognóstico é favorável.

Repouso e exercício físico

Sabe-se que os indivíduos com dor, particularmente com lombalgia, reduzem acentuadamente a sua atividade física diária e evitam a mobilização, essencialmente, dos segmentos dolorosos. Estes factos acarretam consequências graves no estado físico e psicológico do doente. Neste contexto, a realização de exercício físico é essencial para reduzir os efeitos da inatividade. No caso das lombalgias agudas é preconizado informar o doente do seu curso benigno e auto-limitado, sendo recomendado o repouso relativo nunca superior a 2 dias, e a manutenção de uma atividade dentro dos limites que permitam não ter dor. Após este período, o doente deverá ser encorajado a caminhar e a restabelecer as atividades da vida diária o mais rapidamente possível. O doente deverá ser esclarecido quanto à contra-indicação de repouso absoluto, informando-o que o prolongamento do repouso aumenta a probabilidade de transformação em dor crónica e atrasa o retorno à atividade laboral. Exercícios específicos para a região lombar não estão indicados em doentes com lombalgia aguda. No entanto, após a fase aguda, a prática de exercício físico pode prevenir recorrências.

O doente com lombalgia crónica deverá ser instruído quanto à importância nuclear de exercícios regulares de reforço da musculatura abdominal e vertebral¹ e medidas posturais.⁵

Calor e ortóteses (cintas)

A aplicação local de calor húmido tem especial importância na redução do espasmo muscular, constituindo uma opção terapêutica para alívio sintomático da dor lombar por curto período de tempo. Este meio pode ser aplicado pelo próprio doente e pela família, no domicílio, com instrução mínima (banho de imersão, por exemplo).

A utilização de cintas lombares não está recomendada por rotina, e menos ainda permanentemente. Podem usar-se com o objetivo de proporcionar conforto mas só em certas situações (por exemplo, em viagens) e por curtos períodos de tempo. A inatividade que provoca tem mais efeitos adversos que benéficos.

Mobilização/Manipulação Vertebral

A mobilização/manipulação por técnico experiente pode ser muito útil na fases iniciais (< 4 semanas) de um episódio agudo e é tão eficaz quanto a terapêutica médica convencional na lombalgia aguda. A sua integração no plano terapêutico do doente deve assentar sobre as suas preferências e o acesso a este tipo de intervenção. Existe pouca evidência acerca da duração da terapia, mas as mais recentes *guidelines* europeias sugerem o seu uso a curto prazo. Não há evidência na redução da recorrência da lombalgia com este tipo de tratamento.

O tratamento não farmacológico na lombalgia crónica inclui a fisioterapia, a acupunctura e a terapia cognitivo comportamental (H, 2005).

Reabilitação/Fisioterapia

A fisioterapia é definida por uma combinação de informação, terapia por exercícios e modalidades físicas (ex.: massagens, ultra-sons, eletroterapia). Deverão ser enviados a reabilitação/fisioterapia os doentes que não tenham retomado as suas atividades normais pelas seis semanas de tratamento conservador.⁵

Terapia por exercícios

A terapia por exercícios engloba um grupo heterogéneo de intervenções. Os exercícios para lombalgia podem ser feitos individualmente ou por grupo de doentes sob a supervisão de um terapeuta, ou executados em casa²⁴. Na maioria das diretrizes de prática clínica, a terapia com exercícios supervisionados tem-se mostrado eficaz na redução da dor e melhoria do desempenho funcional no tratamento de pacientes com dor lombar crónica não específica.²⁵ Os métodos *Back School* (realizado em grupo) e *Mckenzie* (abordagem individual) são boas opções de terapia ativa, os quais utilizam exercícios específicos para o tratamento da dor lombar, além de informações teóricas que visam à educação do doente, para que ele seja capaz de entender melhor a sua condição e aprender como modificar a sua conduta face à dor lombar.²⁵

Outras modalidades:

- Os ultra-sons são simultaneamente um método de vibração e diatérmico, provocando aquecimento dos músculos, tendões e inserções tendinosas.¹⁶

- A eletroterapia consiste no uso terapêutico de correntes elétricas analgésicas. Vários tipos de correntes analgésicas foram utilizadas no tratamento da dor, mas apenas os TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*) têm significado no tratamento da dor lombar.¹⁶

É desencorajado o uso destas modalidades no tratamento da dor lombar.^{4,17,23}

Acupuntura

A acupuntura é outro procedimento terapêutico usado no tratamento das lombalgias: é umas das mais antigas abordagens terapêuticas, tendo as suas raízes na medicina tradicional chinesa. É uma intervenção aceite para uma variedade de patologias, muitas das quais associadas à dor e consiste na estimulação de pontos anatómicos cutâneos e musculares específicos.²⁶ É uma intervenção segura e tem-se demonstrado eficaz em doentes com dor lombar e com grandes expectativas do seu benefício, podendo ser uma opção razoável para doentes interessados e com acesso a esta técnica.^{4,17,23}

Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo-comportamental é geralmente aplicada no tratamento da lombalgia crónica com o principal objetivo de identificar eventuais crenças ou comportamentos disfuncionais, frequentemente associados a um quadro de dor crónica.²⁷ De igual modo, esta abordagem permite fornecer técnicas ao doente para lidar com a dor no quotidiano, através do desenvolvimento de competências e estratégias adequadas ao indivíduo.²⁷

Finalmente, o MF não deverá esquecer a abordagem biopsicossocial do doente, explorando as causas orgânicas, psicogénicas ou ocupacionais associadas às dores lombares.

6-IMPACTO FAMILIAR, LABORAL E SOCIAL

A lombalgia constitui um importante problema de saúde pública, em virtude de ser frequente e afetar grande parte da população em idade ativa, conduzindo ao absentismo laboral e significativa quebra da produtividade.¹ Tendo em conta as estimativas de que 80% de todos os adultos terão eventualmente pelo menos um episódio de lombalgia durante a vida, entende-se porque é que esta sintomatologia representa a primeira causa de absentismo laboral na maior parte dos países industrializados. O peso socioeconómico da invalidez por lombalgia tem aumentado, de forma exponencial, sendo os custos mais significativos atribuídos às suas formas crónicas.¹ A forma crónica representa, apenas, 2 a 7% das lombalgias, mas estima-se ser responsável por mais de 75% dos custos com esta afeção.¹

Apesar da escassez de estudos de incidência e prevalência de lombalgias em Portugal, estima-se que os custos em cuidados de saúde, adicionados aos custos indiretos relacionados com o absentismo laboral e com a quebra na produtividade, rondem anualmente, os dois mil milhões de euros.¹⁶ A lombalgia crónica torna-se assim um problema médico, social e económico.

A lombalgia crónica afeta vários domínios da vida do indivíduo, entre outros, as atividades do quotidiano, as relações sociais e o trabalho, com um impacto profundo na qualidade de vida.

Um questionário realizado nos EUA demonstrou que 72% dos doentes que procuraram tratamento para a lombalgia deixaram de fazer exercício físico e atividades desportivas, 60% disseram que estavam incapacitados de realizar algumas atividades diárias, e 46% disseram que tinham deixado de ter relações sexuais devido à sua condição lombar.⁴

Froud *et al*, (2014) elaborou um artigo de investigação acerca do impacto da lombalgia na vida das pessoas, com base em 42 estudos de experiências de doentes com lombalgia crónica não específica. Segundo Froud *et al*, foram identificados cinco grandes temas relativos aos dados dos participantes: Atividades, Relações, Trabalho, Estigma e Mudança de Perspetivas.²⁸

Relativamente ao tema Atividades os resultados determinaram que a perda de função causada pela lombalgia prejudicou a realização de atividades do quotidiano, como a realização de tarefas domésticas e atividades de lazer (ir às compras, por exemplo), ou mesmo à capacidade de planear com antecedência, devido à imprevisibilidade da dor.²⁸

No que toca a Relações os principais problemas descritos foram os seguintes: prejuízo no relacionamento com pessoas próximas, dificuldades familiares e de co-habitação, sensação de isolamento e problemas de interação social e de natureza sexual.²⁸

No tema Trabalho, os participantes enfatizaram a necessidade de mudança de tarefas profissionais, o medo em perder o emprego e os desafios interpessoais devido à descrença da sua condição pelos colegas de trabalho.²⁸

No que respeita ao tema Estigma, as preocupações rodavam em torno da legitimidade, credibilidade e validação da sua condição por parte da família, amigos, colegas de trabalho e prestadores de cuidados de saúde.²⁸

Alguns participantes descreveram uma mudança de expectativas depois de aceitarem o diagnóstico e de que provavelmente não vão ter melhorias significativas como seria de esperar inicialmente. Verificaram ainda que estes doentes que conseguiram adaptar/alterar as suas expectativas tinham melhores estratégias de *coping*; ao contrário daqueles que receberam segundos diagnósticos (diferentes do inicial). Estes geraram fúria e confusão, especialmente se a explicação anterior implicava uma origem psicossomática.²⁸

Deste modo torna-se pertinente a identificação, no tratamento primário, de doentes que apresentam fatores psicossociais que possam influenciar o prognóstico, auxiliando num tratamento mais específico e possibilitando ao doente entender melhor as consequências dos sinais e sintomas da dor lombar. No entanto, a influência de fatores psicossociais não é completamente entendida nem é suficientemente considerada como auxiliar no tratamento, pelo que a identificação deste fatores na prática clínica permanece ainda um desafio.

Neste sentido, Hill *et al* criaram recentemente um questionário denominado *STarT (Subgroups Target Treatment) Back Screening Tool (SBST)* (Anexo I). Trata-se de um questionário desenvolvido em Inglaterra, que classifica os doentes com dor lombar (com ou sem ciatalgia) em alto, médio e baixo risco de mau prognóstico na presença de fatores físicos e psicossociais. Hill *et al* verificaram que os doentes classificados e tratados de acordo com o SBST tiveram melhores resultados no *Roland-Morris Disability Questionnaire* (um questionário para a avaliação da incapacidade provocada pela lombalgia) (Anexo II) e, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade de vida, uma diminuição da utilização dos serviços de saúde e uma redução no tempo de absentismo laboral em comparação ao grupo controle (não classificado da mesma forma).²⁹

A lombalgia crónica restringe a capacidade do indivíduo para desempenhar as suas atividades da vida diária e gera um efeito negativo no bem-estar individual. Por conseguinte, esta situação pode levar a maior necessidade de cuidados por parte dos outros, nomeadamente dos elementos da família.

Num estudo em doentes com lombalgia crónica, os autores verificaram alterações ao nível das limitações físicas que impediam os doentes de realizar tarefas domésticas, levando os

cônjuges a realizá-las e a ocupar-se de novas atividades. Os cônjuges e por vezes os filhos, assumiram responsabilidades familiares anteriormente levadas a cabo pelo indivíduo que se confronta com a lombalgia. Os autores referem que ao nível das consequências familiares, a lombalgia crónica provocou alteração dos papéis. Estas mudanças refletiram-se na qualidade de vida, na incapacidade funcional e nas relações familiares.³⁰

No sentido de compreender o papel moderador do “Tipo de Família” na relação entre a incapacidade funcional e a qualidade de vida em doentes com lombalgia crónica foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional levado a cabo por duas investigadoras portuguesas.³¹ Na avaliação do funcionamento familiar foi utilizado o *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES II)* (Anexo III), escala desenvolvida para avaliar duas grandes dimensões da dinâmica familiar: a coesão e a adaptabilidade, permitindo a classificação do tipo de família em ‘Equilibrada’, ‘Moderadamente Equilibrada’, ‘Meio-termo’ e ‘Extrema’; na avaliação da incapacidade funcional provocada pela lombalgia foi utilizado o *Roland-Morris Disability Questionnaire* (RMDO) (Anexo II). Os resultados revelaram que os doentes com níveis mais baixos de incapacidade funcional apresentavam melhor qualidade de vida nas famílias equilibradas e intermédias (moderadamente equilibrada e meio-termo), ao contrário do tipo de família extrema. As autoras apontam assim para a necessidade dos profissionais de saúde considerarem o funcionamento familiar na abordagem do doente com lombalgia, pelo desenvolvimento de competências de resposta aos desafios impostos pela doença, favorecendo assim a adaptação às necessidades e exigências psicológicas dos seus membros.³¹

7-DISCUSSÃO

A lombalgia constitui um dos motivos mais frequentes de ida aos cuidados de saúde. As causas de lombalgia são múltiplas e o MF deve fazer uma correta avaliação clínica, considerando diversas variáveis. A idade, estado geral de saúde, ocupação, estilo de vida e fatores psicossociais e culturais são fatores que devem ser devidamente explorados e que vão orientar uma terapêutica eficaz, que condiciona uma recuperação e um prognóstico favorável. Um importante passo deste processo de avaliação exige o diagnóstico diferencial entre dor lombar específica (lombalgia complicada e lombalgia com ciática) e dor lombar não específica. Nesta última, não se identifica uma causa orgânica ou funcional para a sintomatologia, e é a condição mais frequente na prática clínica.

Os doentes com lombalgia devem ser submetidos a uma história clínica e exame físico direcionados, sendo em geral suficientes na avaliação clínica da maioria dos doentes com dor lombar aguda. Devem também ser apreciados os fatores psicológicos (*yellow flags*), uma vez que desempenham um papel importante na lombalgia crónica e na incapacidade física, influenciando a resposta do doente ao tratamento e reabilitação.

Relativamente ao recurso a estudos imagiológicos, estes não recomendados nas primeiras 4 a 6 semanas, a não ser que haja défice neurológico progressivo ou elevada suspeita de etiologia sistémica. O algoritmo/árvore decisional da DGS (2011) fornece orientação na seleção de doentes para estudo imagiológico.

Nos doentes que se apresentam nos CSP menos de 1% terá uma patologia sistémica grave, no entanto o médico de família deverá estar alerta para situações diferenciais, que poderão ser potencialmente graves. A presença de doença sistémica é sugerida pelos seguintes sinais e

sintomas: idade superior a 50 anos, história de neoplasia, perda de peso inexplicada, duração da dor superior a um mês, dor noturna, ou ausência de resposta a tratamento prévio. A presença de infeção é sugerida por febre, história de uso de drogas injetáveis ou antecedentes recentes de infeção cutânea ou urinária.

O exame físico deve incluir observação da marcha e dos movimentos da coluna vertebral; exame neurológico baseado na história, com teste das raízes nervosas de L5 e S1 em doentes com sintomas no membro inferior; e um exame detalhado e apropriado relacionado com a presença de sinais de alarme encontradas na história.

Apesar de algumas *guidelines* sugerirem a identificação de doentes de risco com uma causa mais grave de lombalgia pela presença de sintomas “*red flags*”, existem dados muito limitados para suportar a utilização isolada de qualquer um destes critérios como indicação para estudo imagiológico precoce.²⁰ Neste sentido, a avaliação de todo o quadro clínico parece mais apropriado do que basear-se num *checklist* rígido de sinais de alarme individuais.

A referenciação urgente é indicada em doentes com suspeita de compressão da cauda equina, compressão medular, infeção vertebral, septicémia, imunodeprimidos, hemodiálise ou suspeita de mielopatia.

Quanto às recomendações para a prescrição de medicação a nível dos CSP, estas são geralmente consistentes. O paracetamol é normalmente recomendado como primeira opção devido à baixa incidência de efeitos secundários gastrointestinais. Os AINEs são a segunda opção nos casos em que a terapêutica com paracetamol é insuficiente, e os relaxantes musculares são especialmente úteis na presença de contração muscular reflexa exagerada. Em casos crónicos e resistentes, opióides ou pequenas doses de antidepressivos podem ser úteis no controlo da dor.

Os tratamentos de medicina física e reabilitação e programas de exercício parecem ser úteis, sobretudo na dor lombar crónica, e tratamentos alternativos passam pela aplicação local de calor, utilização de suportes lombares (cintas), acupuntura, entre outros.

O peso socio-económico da invalidez por lombalgia tem aumentado de forma exponencial, nomeadamente na sua forma crónica. A lombalgia restringe a capacidade do indivíduo para desempenhar as atividades da vida diária, gerando um efeito negativo no bem-estar individual, influenciando o desempenho laboral e criando dificuldades familiares e sociais. Deste modo, diversos estudos têm apontado a identificação de fatores psicossociais como auxiliar no tratamento da lombalgia, assim como para a necessidade dos profissionais de saúde considerarem o funcionamento familiar na abordagem do doente com lombalgia.

8-CONCLUSÃO

A lombalgia é considerada importante problema de saúde pública que tem vindo a merecer especial atenção por parte de profissionais de saúde de todo o mundo. A lombalgia representa um desafio para os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, não só pelo vasto tempo que consome mas também pelos recursos gastos e terapêuticos dispensados. Esse desafio coloca-se também logo na primeira abordagem do doente, quando se tenta encontrar um ou mais fatores de causalidade para os sinais e sintomas que se apresentam. Neste sentido, torna-se essencial a realização pelo Médico de Família de uma história clínica pormenorizada e exame físico cuidado, não esquecendo a avaliação de aspetos culturais, familiares, sociais e psicológicos, tão ligados a esta problemática.

Perante um doente com queixas de lombalgia tem de se avaliar o doente como um todo – na sua esfera biopsicossocial.

Sendo a dor lombar um complexo físico, psicossocial, etnocultural, afetivo-cognitivo relacionado com o meio envolvente, torna-se evidente que a abordagem da lombalgia vai muito para além da simples avaliação de protocolos terapêuticos e *guidelines* de atuação. Assim, a abordagem correta deve combinar modalidades terapêuticas apropriadas, integradas num programa coordenado e direcionado à causa identificada como mecanismo da dor.

Esta abordagem multidimensional implica esclarecer atuações, iniciando-se pelas terapêuticas conservadoras sempre complementadas pelo apoio psicológico e programas de reabilitação.

Contudo, a condição de dor lombar é bastante complexa e pautada por grande taxa de recorrências, pelo que são necessários mais esforços no sentido de otimizar terapêuticas e formas de atuação médica.

Neste sentido, é necessário traçar linhas de investigação e orientação futuras, onde se destaca a necessidade de desenvolver protocolos de boas práticas clínicas no estudo e diagnóstico precoce; critérios clínicos e radiológicos, bem como marcadores laboratoriais cada vez mais sensíveis e específicos, que auxiliem de forma mais eficiente no estudo e referência dos doentes; trabalhos de investigação acerca do impacto destes problemas na vida da pessoa com lombalgia, bem como na sua família e no seu enquadramento laboral e social; programas de intervenção a nível do doente com problemas do foro da Reumatologia em CSP, que possibilitem o correto diagnóstico, referência e articulação de cuidados.

O objetivo é comum: controlar a morbilidade causada pela lombalgia, melhorar a qualidade de vida do doente e controlar os custos associados a esta condição.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que contribuíram para que este trabalho fosse concretizado, em especial:

Ao meu orientador, Doutor Hernâni Caniço, pelo apoio e orientação disponibilizados na realização deste trabalho, conselhos e sugestões.

Com admiração pelo extraordinário espírito crítico e rigor científico, agradeço a Dra. Helena Milheiro, Assistente e Orientadora de formação específica em MGF a exercer funções na USF Anta.

Um carinho especial às Internas de formação específica em MGF Dra. Mariana Fonseca e Dra. Isabel Melo pelas pertinentes sugestões na revisão do texto com total e incondicional disponibilidade demonstradas.

Ao meu amigo José Campos pela disponibilidade e apoio para a tradução do resumo do trabalho para inglês.

Ao meu namorado, ouvinte atento de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos, pelo apoio, pela confiança e pela valorização sempre tão entusiasta do meu trabalho.

E finalmente aos meus pais, por sempre me incentivarem perante os desafios, a fazer mais e melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direção-Geral da Saúde. *Circular Normativa Nº 12/DGCG de 02/07/2004*. (2010).
2. Deyo, R. a. *Low-Back Pain*. *Scientific American* **279**, (1998).
3. Rodrigues, J. G. Porque consultam Médico de Família? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* (2000).
4. Wheeler, S. G., Wipf, J. E., Staiger, T. O. & Deyo, R. A. Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain. *UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA* (2015).
5. Silva, J. A. P. in *Reumatologia Prática* 11.1 – 11.33 (Diagnósteo, Lda, 2005). doi:207249/05
6. Ponte, C. Lombalgia em cuidados de saúde primários: sua relação com características sociodemográficas. *Rev. Port. Clínica Geral* **21**, 259–267 (2005).
7. van Tulder, M. *et al.* Chapter 3 European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur. Spine J.* **15**, s169–s191 (2006).
8. Casazza, B. A. Diagnosis and treatment of acute low back pain. *Am. Fam. Physician* **85**, 343–350 (2012).
9. Cardoso, A., Branco, J., Silva, J., Cruz, M. & Costa, M. *Regras de Ouro em Reumatologia*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde (2005).

10. Matos, A. De. Lombalgias. *Boletim Informativo da Sociedade Portuguesa de Reumatologia* 12–14 (2010).
11. Chou, R. *et al.* Clinical Guidelines Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Am. Coll. Physicians* (2007).
12. Murray, C. J. L. *et al.* Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* (2015). doi:10.1016/S0140-6736(15)61340-X
13. Duthey, B. Background Paper 6.24 Low back pain. Priority Medicines for Europe and the World. *Glob. Burd. Dis.* 1–29 (2013).
14. Wheeler, S. G., Wipf, J. E., Staiger, T. O. & Deyo, R. A. Evaluation of low back pain in adults. *UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA* (2015).
15. Mehling, W. E., Ebell, M. H., Avins, A. L. & Hecht, F. M. Clinical decision rule for primary care patient with acute low back pain at risk of developing chronic pain. *Spine J.* **15**, 1577–86 (2015).
16. Matias, I. D. & Peliz, A. J. DOR Lombalgias - 1. **14**, (2006).
17. Chou, R. Subacute and chronic low back pain: Pharmacologic and noninterventional treatment. *UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA* (2015).
18. Braga, R., Cavadas, L. F. & Santos, J. A. Doenças reumáticas nos cuidados de saúde

primários. *Obs. Nac. das Doenças Reumáticas* (2014).

19. Assurance, N. C. for Q. The state of health care quality 2015. (2015). at <<http://www.ncqa.org/report-cards/health-plans/state-of-health-care-quality/2015-table-of-contents/low-back-pain>>
20. Deyo, R. a, Jarvik, J. G. & Chou, R. Low back pain in primary care. *Bmj* **349**, 1–6 (2014).
21. George, F. H. M. *Norma da Direção Geral da Saúde nº 047/2011 de 26/12/2011*. (2011).
22. Chou, R., Qaseem, A., Owens, D. K., Shekelle, P. & Guidelines, C. Clinical Guideline Diagnostic Imaging for Low Back Pain : Advice for High-Value Health Care From the American College of Physicians. *Ann. Intern. Med.* **154**, 181–190 (2011).
23. Knight, C. L., Deyo, R. A., Staiger, T. O. & Wipf, J. E. Treatment of acute low back pain. *UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA* (2015).
24. Lizier, D. T., Perez, M. V. & Sakata, R. K. Exercises for treatment of nonspecific low back pain. *Revista Brasileira de Anestesiologia* **62**, 838–846 (2012).
25. Garcia, A. N., Gondo, F. L. B., Costa, R. a, Cyrillo, F. N. & Costa, L. O. P. Effects of two physical therapy interventions in patients with chronic non-specific low back pain: feasibility of a randomized controlled trial. *Rev. Bras. Fisioter.* **15**, 420–7 (2011).
26. Monteiro, J. & Ribeiro, E. Acupuntura na dor lombar: há evidência? *Rev. Port. Clínica Geral* **26**, 272–279 (2010).

27. Henschke, N. *et al.* Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* CD002014 (2010). doi:10.1002/14651858.CD002014.pub3
28. Froud, R. *et al.* A systematic review and meta-synthesis of the impact of low back pain on people's lives. *BMC Musculoskelet. Disord.* **15**, 50 (2014).
29. Traeger, A. & McAuley, J. H. STarT Back Screening Tool. *Journal of Physiotherapy* **59**, 131 (2013).
30. Strunin, L. & Boden, L. I. Family consequences of chronic back pain. *Soc. Sci. Med.* **58**, 1385–1393 (2004).
31. Ferreira, M. S. M. & Pereira, M. da G. O papel moderador do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida em doentes com lombalgia crônica. *Cien. Saude Colet.* **21**, 303–309 (2016).
32. Keele, T., Back, S. & Tool, S. Webappendix 1: The Keele STarT Back Screening Tool (www.keele.ac.uk/startback). 8–9
33. Monteiro, J., Faisca, L., Nunes, O. & Hipólito, J. QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND MORRIS Adaptação e Validação para os Doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia. *Acta Med. Port.* **23**, 761–766 (2010).

ANEXOS

Anexo I – STarT (Subgroups Target Treatment) Back Screening Tool

Thinking about the **last 2 weeks** tick your response to the following questions:

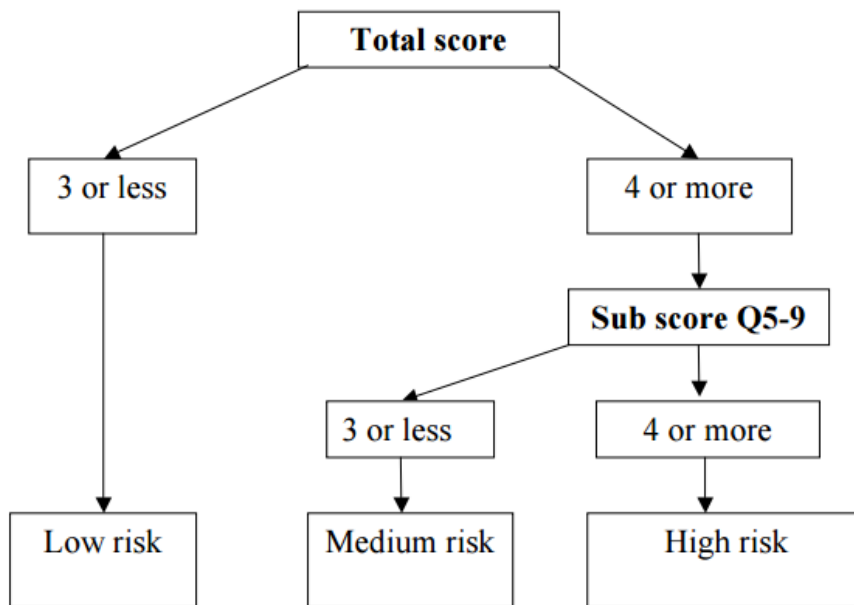
	Disagree 0	Agree 1
1 My back pain has spread down my leg(s) at some time in the last 2 weeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 I have had pain in the shoulder or neck at some time in the last 2 weeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 I have only walked short distances because of my back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 In the last 2 weeks, I have dressed more slowly than usual because of back pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 It's not really safe for a person with a condition like mine to be physically active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Worrying thoughts have been going through my mind a lot of the time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 I feel that my back pain is terrible and it's never going to get any better	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 In general I have not enjoyed all the things I used to enjoy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Overall, how **bothersome** has your back pain been in the **last 2 weeks**?

Not at all	Slightly	Moderately	Very much	Extremely
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	0	0	1	1

Total score (all 9): _____ **Sub Score (Q5-9):** _____

The STarT Back Tool Scoring System



Retirado de Keele, T., Back, S. & Tool, S. Webappendix 1: The Keele STarT Back Screening Tool (www.keele.ac.uk/startback). 8–9³²

Anexo II – Questionário de Incapacidade de Roland Morris

Quando tem dores nas costas, pode sentir dificuldade em fazer algumas das coisas que normalmente faz. Esta lista contém frases que as pessoas costumam usar para se descreverem quando têm dores nas costas. Quando as ler, pode notar que algumas se destacam porque o descrevem hoje. Ao ler a lista, pense em si hoje. Quando ler uma frase que o descreve hoje, coloque-lhe uma cruz. Se a frase não o descrever, deixe o espaço em branco e avance para a frase seguinte. Lembre-se, apenas coloque a cruz na frase se estiver certo de que o descreve hoje.

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa das minhas costas.
2. Mudo de posição frequentemente para tentar que as minhas costas fiquem confortáveis.
3. Ando mais devagar do que o habitual por causa das minhas costas.
4. Por causa das minhas costas não estou a fazer nenhum dos trabalhos que habitualmente faço em casa.
5. Por causa das minhas costas, uso o corrimão para subir escadas.
6. Por causa das minhas costas, deito-me com mais frequência para descansar.
7. Por causa das minhas costas, tenho de me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.
8. Por causa das minhas costas, tento conseguir que outras pessoas façam as coisas por mim.
9. Visto-me mais lentamente do que o habitual por causa das minhas costas.
10. Eu só fico em pé por curtos períodos de tempo por causa das minhas costas.
11. Por causa das minhas costas, evito dobrar-me ou ajoelhar-me.
12. Acho difícil levantar-me de uma cadeira por causa das minhas costas.
13. As minhas costas estão quase sempre a doer.
14. Tenho dificuldade em virar-me na cama por causa das minhas costas.
15. Não tenho muito apetite por causa das dores das minhas costas.
16. Tenho dificuldade em calçar peúgas ou meias altas por causa das dores das minhas costas.
17. Só consigo andar distâncias curtas por causa das minhas costas.
18. Não durmo tão bem por causa das minhas costas.
19. Por causa da dor nas minhas costas, visto-me com a ajuda de outras pessoas.
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa das minhas costas.
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa das minhas costas.
22. Por causa das dores nas minhas costas, fico mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que o habitual.
23. Por causa das minhas costas, subo as escadas mais devagar do que o habitual.
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa das minhas costas.

Retirado de Monteiro, J., Faísca, L., Nunes, O. & Hipólito, J. QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND MORRIS Adaptação e Validação para os Doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia. *Acta Med. Port.* **23**, 761–766 (2010).³³

Anexo III – Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES II)

FACES II Versão Portuguesa de Otilia Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					

10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					

21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

FACES II (30 itens)

COESÃO FAMILIAR - 16 itens

Laços emocionais:

- (+) 1. Em casa ajudamo-nos, uns aos outros, quando temos dificuldades.
- (-) 17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.

Limites familiares:

- (-) 3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.
- (-) 19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da família do que a elementos da família.

Coligações:

- (-) 9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.
- (-) 29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.

Tempo:

- (+) 7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.
- (+) 23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.

Espaço:

- (+) 5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.
- (-) 25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.

Amigos:

- (+) 11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.
- (+) 27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.

Decisões:

- (+) 13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.
- (+) 21. Cada um de nós aceita aquilo que a família decide fazer.

Interesses e Lazer:

- (-) 15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.
- (+) 30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.

FACES II (30 itens)

ADAPTABILIDADE FAMILIAR - 14 itens

Imposição:

- (+) 2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.
- (+) 14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.
- (-) 28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.

Liderança:

- (+) 4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.
- (+) 16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.

Disciplina:

- (+) 6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição das regras de disciplina.
- (+) 18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.

Negociação:

- (+) 8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.
- (+) 20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.
- (+) 26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.

Papéis:

- (+) 10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.
- (+) 22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.

Regras:

- (+) 12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.
- (-) 24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.

A interpretação linear dos resultados da FACES II:

COESÃO	
8 (74 – 80)	Muito Ligada
7 (71 – 73)	
6 (65 – 70)	Ligada
5 (60 – 64)	
4 (55 – 59)	Separada
3 (51 – 54)	
2 (35 – 50)	Desmembrada
1 (15 – 34)	
ADAPTABILIDADE	
8 (65 – 70)	Muito Flexível
7 (55 – 64)	
6 (50 – 54)	Flexível
5 (46 – 49)	
4 (43 – 45)	Estruturada
3 (40 – 42)	
2 (30 – 39)	Rígida
1 (15 – 29)	
TIPO DE FAMÍLIA (= Coesão + Adaptabilidade /2)	
8	Muito Equilibrada
7	
6	Equilibrada
5	
4	Meio-termo
3	
2	Extrema
1	

A FACES II, desenvolvida por Olson, Portner e Bell, foi traduzida e adaptada à população portuguesa pela Sociedade de Terapia Familiar e posteriormente por Fernandes (1995). É constituída por trinta itens, dezasseis pertencentes à dimensão coesão e os restantes catorze à dimensão adaptabilidade. Cada questão é respondida numa escala de 1 a 5: quase nunca, de vez em quando, às vezes, muitas vezes e quase sempre. Da combinação dos quatro níveis de

coesão (muito ligada, ligada, separada, desmembrada) com os quatro níveis da adaptabilidade (muito flexível, flexível, estruturada, rígida) obtém-se quatro tipos de sistemas familiares gerais: equilibrada, moderadamente equilibrada, meio-termo e extrema.