

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA



DETERMINANTES DA DOR LOMBAR
EM ENFERMEIROS HOSPITALARES

Pedro Miguel Figueiredo dos Santos

Curso de Mestrado em Ciências da Dor

Lisboa, 2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA



DETERMINANTES DA DOR LOMBAR
EM ENFERMEIROS HOSPITALARES

Pedro Miguel Figueiredo dos Santos

Orientação: Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins - Escola Superior de Saúde de Viseu

Co-orientação: Professor Doutor Jacinto Monteiro - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Todas as afirmações contidas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade do candidato, não cabendo à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa qualquer responsabilidade.

Curso de Mestrado em Ciências da Dor

Lisboa, 2013

Esta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em reunião de 17 de Setembro de 2013.

ÍNDICE

Índice	4
Índice de quadros.....	5
Índice de figuras	6
Índice de tabelas	7
Resumo.....	9
Siglas e abreviaturas	13
Introdução	14
Parte I – Enquadramento teórico.....	16
1. Dor lombar.....	17
1.1. Conceitos e dados epidemiológicos	17
1.2. Classificação.....	20
1.3. Gestão do problema.....	21
1.4. Fatores de risco de incapacidade devido à dor lombar	26
2. A profissão de enfermagem e a dor lombar	36
2.1. Dados epidemiológicos	36
2.2. Estado da arte.....	38
Parte II – Investigação empírica	47
3. Metodologia.....	48
4. Apresentação e análise dos resultados	54
5. Discussão	74
6. Conclusões.....	82
Bibliografia	85
Anexos	91
Anexo I – Questionário.....	92
Anexo II – Ficha de avaliação clínica	104
Anexo III – Pedido de autorização e colaboração do hospital de curry cabral para a avaliação clínica.....	106

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação da dor lombar	21
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Intensidade da dor lombar (escala visual numérica)	62
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e profissionais	57
Tabela 2 – Estatística descritiva do peso e altura	58
Tabela 3 – Dados do questionário referentes à dor lombar	60
Tabela 4 – Dados da avaliação clínica referentes à dor lombar	61
Tabela 5 – Relação entre as componentes da atividade de enfermagem e a dor lombar	64
Tabela 6 – Associação entre a altura e a dor lombar	67
Tabela 7 – Associação entre a frequência das atividades de enfermagem e a dor lombar	69
Tabela 8 – Associação entre os fatores de risco em saúde e a dor lombar	71
Tabela 9 – Associação entre os dados da avaliação clínica e a dor lombar referida no questionário	73

O meu muito obrigado:

- Ao Professor Doutor Florentino Serranheira, por ter acreditado neste trabalho desde o início, acompanhando-o de perto e tornando possível a sua concretização;
- À Professora Doutora Rosa Martins, pelo empenho e dedicação na orientação do trabalho;
- Ao Professor Doutor Jacinto Monteiro, pela co-orientação e ajuda em momentos chave do trabalho;
- Aos Enfermeiros, pela disponibilidade em participar num projeto que também é seu;
- À Sara, por ser incondicional na forma como me proporciona tanto.

RESUMO

Enquadramento: A dor lombar é uma ocorrência bastante frequente em enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar. As suas determinantes são variadas, podendo ser de cariz individual, psicossocial e profissional/organizacional.

Objetivo: Identificar a prevalência e as determinantes da dor lombar em enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar. Pretende-se ainda relacionar os sintomas com a avaliação clínica de forma a contribuir para a prevenção das lombalgias.

Método: Trata-se de um estudo não exploratório transversal, descritivo-correlacional e de carácter quantitativo. Numa primeira fase foi aplicado um questionário sobre dor lombar (adaptação do questionário nórdico musculoesquelético) a 135 enfermeiros de um hospital em Lisboa, em 2011. Posteriormente (em 2012) foi realizada uma avaliação clínica de 48 desses enfermeiros.

Resultados: Os resultados evidenciam uma elevada prevalência de dor lombar (60.7%). A presença desses sintomas parece estar associada a algumas variáveis sociodemográficas, organizacionais e profissionais como o grupo etário, altura, trabalho por turnos e tempo de profissão ($p=0.016$; $p=0.035$; $p=0.044$ e $p=0.005$, respetivamente); também o posicionamento/mobilização do doente na cama e levantar o doente da cama sem ajuda mecânica ($p=0.026$ e $p=0.004$, respetivamente), o trabalho de pé, inclinar e rodar o tronco e a manipulação de cargas se revelaram influentes na dor lombar.

Relativamente à avaliação clínica, 89.6% dos enfermeiros avaliados (n=48) referiram dor lombar com predominância de intensidade moderada (n=38), sendo que os sintomas se mantiveram desde a resposta ao questionário.

Conclusões: Conclui-se, neste estudo, que a dor lombar assume especial relevância na profissão de enfermagem, relativamente à população em geral. A lombalgia dos enfermeiros que trabalham em meio hospitalar é não específica e apresenta características mecânicas. Os fatores físicos e as tarefas desempenhadas são os que mais contribuem para a existência de dor lombar, pelo que se torna necessário desenvolver intervenções dirigidas a estes. A avaliação clínica não apresentou contributos substantivos para o diagnóstico de dor lombar não específica. Assim, recomenda-se a aposta em intervenções que se baseiem na avaliação dos fatores de prognóstico de cronicidade, de modo a evitar a evolução desfavorável da dor lombar e prevenir o aparecimento de novos casos.

Palavras-chave: Dor lombar; enfermeiros; hospital; fatores de risco; características do trabalho; prevenção.

ABSTRACT

Background: Low back pain is common in nurses working in hospitals. The causes for this pain are various and can have its origins in individual, psychosocial and professional/organizational factors.

Objective: To identify the prevalence and the causes of low back pain in nurses working in hospitals and relate the symptoms with clinical evaluation in order to contribute to the prevention of low back pain.

Method: This study is non-exploratory, cross-sectional, descriptive-correlative and quantitative. Initially a questionnaire was applied on low back pain (adaptation of the Nordic Musculoskeletal Questionnaire) to 135 nurses at a hospital in Lisbon, in 2011. Later (in 2012) was performed a clinical evaluation of 48 of these nurses.

Results: The results show a high prevalence of low back pain (60.7%). The presence of these symptoms seems to be associated with some sociodemographic, organizational and professional variables such as age group, height, shift work and length of service ($p=0.016$; $p=0.035$; $p=0.044$ and $p=0.005$, respectively); also the positioning/mobilization of patient in bed and get the patient out of bed without mechanical assistance ($p=0.026$ and $p=0.004$, respectively), standing, tilting and rotating the trunk and handling charges proved related to the presence of low back pain.

Concerning to clinical evaluation, 89.6% of nurses involved (n=48) reported suffering from low back pain with moderate intensity (n=38), and the symptoms remained since the response to the questionnaire.

Conclusions: With this study, we come to the conclusion that low back pain is particularly relevant in the nursing profession, comparing to the general population. Low back pain of nurses working in hospitals is non-specific and has mechanical characteristics. Physical factors and tasks undertaken are the most important to the existence of low back pain and therefore it requires the development of interventions targeted to these causes. Clinical evaluation didn't bring substantial contribution to diagnose non-specific low back pain. Thus, it is recommended to work on interventions that are based on the evaluation of prognostic factors for chronicity in order to avoid the unfavorable evolution of low back pain and to prevent the appearance of new cases.

Keywords: Low back pain; nurses, hospital, risk factors, work characteristics, prevention.

SIGLAS E ABREVIATURAS

Cm - Centímetro

DL – Dor lombar

DLA - Dor lombar aguda

DLC – Dor lombar crónica

DLE - Dor lombar específica

DLNE - Dor lombar não específica

DLSA - Dor lombar subaguda

EMG – Electromiografia

IASP - International Association for the Study of Pain

IMC – Índice de massa corporal

Kg - Quilograma

OE – Ordem dos Enfermeiros

PES – Testes de potenciais evocados somatosensoriais

QNM – Questionário nórdico musculoesquelético

RM – Ressonância magnética

TAC – Tomografia axial computadorizada

WC – casa de banho

INTRODUÇÃO

A dor lombar ou lombalgia é um problema de saúde muito frequente e afeta a maioria das pessoas em algum momento das suas vidas (Hoy, Brooks, Blyth, & Buchbinder, 2010). Trata-se de alterações musculoesqueléticas frequentemente relacionadas com o trabalho, dando origem a doença profissional, sendo a maior causa de morbidade em todo o mundo (Hoy et al., 2010). A dor lombar tem um enorme impacto não só a nível individual, mas também familiar e social (Hoy, Brooks, et al., 2010), constituindo um elevado fardo económico na saúde (Dagenais, Caro, & Haldeman, 2008).

Nos enfermeiros o problema assume uma dimensão ainda mais importante, havendo relatos de elevada ocorrência de queixas ou sintomas musculoesqueléticos relacionados com o trabalho um pouco por todo o mundo nestes profissionais (Menzel, Brooks, Bernard, & Nelson, 2004). A dor lombar assume uma posição de destaque, sendo a região mais afetada (Serranheira, Cotrim, Rodrigues, Nunes, & Sousa-Uva, 2012; Tinubu, Mbada, Oyeyemi, & Fabunmi, 2010).

Os fatores de risco da dor lombar e a incapacidade a ela associada são múltiplos e normalmente classificados em físicos, psicológicos, profissionais, organizacionais e sociais, contudo a sua influência relativa é ainda muito discutida (Nicholas, Linton, Watson, & Main, 2011).

A pertinência deste estudo advém da necessidade de perceber melhor a dor lombar que afeta os enfermeiros. A percepção da dimensão do problema motivou a sua realização.

Neste panorama, o presente estudo visa como objetivo central identificar a prevalência e as determinantes da dor lombar em enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar, uma vez que os estudos demonstram existir maior gravidade neste contexto. Por outro lado parece de extrema importância o aprofundar deste tipo de conhecimento, no sentido da maior prevenção da doença e bem-estar destes profissionais.

Assim, foi delineado a seguinte estrutura para este documento. Na primeira parte far-se-á um enquadramento teórico do tema, através da abordagem dos conceitos, dados epidemiológicos, classificação e fatores de risco da dor lombar. Também o tema a profissão de enfermagem e a dor lombar estão contemplados neste capítulo. Na segunda parte proceder-se-á à explicação da metodologia de investigação seguida, apresentação e análise dos resultados, discussão dos mesmos e conclusões.

Parte I

Enquadramento teórico

1. DOR LOMBAR

Desde os anos 70 que a *International Association for the Study of Pain* (IASP) reconhece a dor como um fenómeno complexo, multifatorial e com uma forte carga subjetiva. Foi definida em 1979 como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial, mas também emocional, e que se associa a uma lesão tecidual real ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão”. A elevada abrangência desta definição, faz com que ela ainda seja válida nos dias de hoje, uma vez que, tem vindo a ser comprovada no que respeita ao facto de que a dor não é sempre consequência de uma lesão tecidual, podendo ocorrer na ausência desta. Hoje sabe-se que os fatores somáticos não podem ser separados dos psicológicos e sociais no que respeita à influência que exercem na perceção da dor, formando assim o moderno conceito biopsicossocial da dor (Witte & Stein, 2010).

1.1. Conceitos e dados epidemiológicos

A dor lombar (DL) ou lombalgia é definida como uma condição clínica na qual a dor é percebida como originada na região lombossagrada. Apesar de a IASP definir lombalgia e sacralgia em separado (Merskey & Bogduk, 1994), a maior parte dos autores refere-se à lombalgia como a dor originada na região lombar, sagrada ou

qualquer combinação das duas (Krismer & van Tulder, 2007; M. Van Tulder & Koes, 2006), sendo isso legítimo à luz das duas definições (Mcguirk & Bogduk, 2010). Esta região é limitada superiormente por uma linha horizontal imaginária, ao nível da extremidade da apófise espinhosa da 12^a vértebra torácica, lateralmente pelos bordos laterais dos músculos extensores da coluna na área lombar e por linhas imaginárias unindo as espinhas íliacas póstero-superiores e póstero-inferiores na área sagrada, e inferiormente por uma linha horizontal ao nível dos ligamentos sacrococcígeos posteriores (Merskey & Bogduk, 1994). Esta definição descreve um sintoma topograficamente, sem referir a etiologia, as estruturas geradoras ou quaisquer outras características da dor. Assim, o significado desta definição não é tanto para estabelecer o que é a DL, mas sim para estabelecer o que não é (Mcguirk & Bogduk, 2010).

Uma definição mais simplista e esclarecedora é a de Krismer & van Tulder (2007) que refere que a DL é a dor que surge entre a 12^a vértebra torácica e as pregas inferiores dos glúteos.

São escassas as pessoas que nunca sentiram uma lombalgia (Olaogun & Kopf, 2010). Se por um lado esta é, na maioria dos casos, de bom prognóstico, regredindo em poucos dias, por outro lado pode constituir um problema mais grave, tendo um impacto significativo na qualidade de vida da população (M. Van Tulder & Koes, 2006).

Na população americana, são cerca de 80% as pessoas que referem ter experimentado este tipo de dor durante a sua vida. Dois a oito por cento desenvolveram dor lombar crónica (DLC). O problema é de tal forma preocupante na atualidade, que constitui a causa mais comum de limitação de atividade (profissional

e de lazer) em pessoas com idade inferior a 45 anos, nos países industrializados. Todos os anos, 3 a 4% da população americana fica impedida de trabalhar temporariamente e 1% permanentemente, devido à DL. Estima-se que neste país os custos anuais com esta entidade patológica são aproximadamente trinta mil milhões de dólares (Olaogun & Kopf, 2010). Desta forma, são enormes as consequências socioeconómicas desta patologia nas sociedades desenvolvidas, devido à sua associação ao absentismo laboral, invalidez e custos elevados em cuidados de saúde (M. W. Van Tulder, Koes, & Bouter, 1995); (Frymoyer & Cats-Baril, 1991; Webster & Snook, 1990, citados por Van Tulder & Koes, 2006).

Em Portugal a informação apurada sobre este tipo de problema é reduzida. Contudo, um estudo realizado em 2002 revela que a DL é o tipo de dor mais frequentemente referida pela população portuguesa (51,3%). Este estudo envolveu uma amostra de 1414 participantes dos quais 1035 (73,7%) referiram ter pelo menos um tipo de dor nos sete dias que antecederam a entrevista (Rabiais, Nogueira, & Falcão, 2003).

Num estudo nacional muito recente realizado por Azevedo, Costa-Pereira, Mendonca, Dias, & Castro-Lopes (2012), no qual participaram 5094 indivíduos, a prevalência de DL na população portuguesa que refere dor é de 42%, sendo também o tipo de dor mais prevalente.

1.2. Classificação

A lombalgia pode ser classificada como específica e não específica. A dor lombar específica (DLE) refere-se aos sintomas causados por um mecanismo fisiopatológico específico como por exemplo hérnia discal, infeção, osteoporose, artrite, fratura ou tumor (M. Van Tulder & Koes, 2006). Esta forma etiológica é apenas identificada em 5 (Olaogun & Kopf, 2010) a 10% (Deyo et al, 1992 citado por Van Tulder & Koes, 2006) dos pacientes que referem queixas, enquanto que 90% são enquadrados na dor lombar não específica (DLNE), devido ao facto de apresentarem sintomas sem causa específica, ficando por conhecer a origem da dor (M. Van Tulder & Koes, 2006). Por sua vez, este tipo de dor é comumente de origem musculoesquelética, de ritmo mecânico, e muitas vezes é a própria causa de DLC (Olaogun & Kopf, 2010).

Quanto ao seu período de permanência, esta classifica-se em lombalgia aguda, subaguda e crónica, sendo esta classificação a mais aceite entre os autores. A dor lombar aguda (DLA) é, no uso convencional, uma dor que não permanece para além dos três meses, no entanto é comumente tida como uma dor de início recente que pode durar até às seis semanas. Muitas vezes esta dor é transitória e regride em alguns dias ou em poucas semanas. No entanto, quando ultrapassa as seis semanas, já é considerada dor lombar subaguda (DLSA), sendo que esta se torna crónica a partir dos três meses de permanência (Frymoyer, 1988); (M. W. Van Tulder, Koes, & Bouter, 1997); (Yeng, Teixeira, & Kaziyama, 2006).

O quadro 1 que seguidamente se apresenta, procura resumir e caracterizar os conceitos ligados à classificação da dor lombar.

Quadro 1 – Classificação da dor lombar

Quanto à causa (M. Van Tulder & Koes, 2006)	Específica	Mecanismo fisiopatológico causador é conhecido
	Não específica	Mecanismo fisiopatológico causador é desconhecido
Quanto ao período de existência (Krismer & van Tulder, 2007)	Aguda	Ocorre subitamente após um período mínimo de seis meses sem dor e dura menos de seis semanas.
	Subaguda	Ocorre subitamente após um período mínimo de seis meses sem dor e dura entre seis semanas a três meses.
	Crónica	Tem uma duração de mais de três meses, ou ocorre episodicamente dentro de um período de seis meses.

1.3. Gestão do problema

A subcategoria DLSA compreende um período de tempo importante para o diagnóstico diferencial da lombalgia. A maior parte dos tecidos conjuntivos normais recuperam passadas seis a doze semanas após uma agressão (exemplo: sobrecarga biomecânica). Assim, a não ser que exista uma causa mais grave, como por exemplo a infeção, tumor ou fratura, a dor vai desaparecer durante este tempo. Deste modo, a IASP recomenda como estratégia de diagnóstico para a DL, que tenha uma duração superior a três semanas, que permaneça de forma ininterrupta em repouso e que tenha ainda presente algum dos sinais de alerta (“*red flags*”), a realização de exames imagiológicos apropriados (Olaogun & Kopf, 2010). Apesar de serem conhecidas as limitações destes meios para o diagnóstico da DLNE, eles são

bastante eficazes para identificar situações mais graves (M. W. Van Tulder, Assendelft, Koes, & Bouter, 1997); (Jensen et al, 1994, citado por Van Tulder & Koes, 2006).

A radiologia lombar simples é o exame de primeira linha no diagnóstico de cancro, fraturas, artropatia inflamatória e doença óssea metabólica. Outros exames mais sofisticados como a tomografia axial computadorizada (TAC), Ressonância magnética (RM), mielografia, Eletromiografia (EMG) e testes de potenciais evocados somatosensoriais (PES) são considerados desnecessários e infrutíferos para o diagnóstico da maior parte destas situações, sendo reservados para quando existe suspeita de patologia óssea, medular ou dos tecidos moles, herniação discal, compressão ou lesão radicular. Estes exames devem ainda ser utilizados para aprofundar o estudo de causas oncológicas ou infecciosas diagnosticadas previamente nos exames mais convencionais (Olaogun & Kopf, 2010).

Deyo, Mirza, Turner, & Martin (2009) alertam para a utilização excessiva destes meios, face a outras abordagens diagnósticas. Este alerta é corroborado pelas mais recentes *guidelines* (Chou, Qaseem, Owens, & Shekelle, 2011; M. Van Tulder et al., 2006) que recomendam o uso criterioso dos meios complementares de diagnóstico de imagem, contraindicando o seu uso rotineiro na DLNE. Nesta área, mais exames não equivale a melhor tratamento. Muito pelo contrário, além de aumentar os custos em saúde, podem causar danos. Assim, estes devem ser usados apenas quando a dor lombar é acompanhada de défices neurológicos progressivos e graves, ou sintomas que sugiram uma condição específica ou grave subjacente (Chou, et al., 2011).

Como se compreende através da informação apresentada anteriormente, é de extrema importância estabelecer o comportamento da lombalgia em termos de tempo de existência. É mesmo fundamental quando se pretende investir numa gestão da dor guiada pela evidência, pois a evidência para as causas e gestão da DLA são consideravelmente diferentes da DLC. Já a DLSA, relativamente a estes aspetos aproxima-se mais da DLA, diferindo apenas em certos pontos (Mcguirk & Bogduk, 2010).

Porém, a avaliação e diagnóstico da lombalgia não consiste apenas nesta distinção. Pelo contrário, é a partir dela que se abre todo um leque de possibilidades que poderão ser investigadas. Mcguirk & Bogduk (2010) propõem um modelo de gestão da DLA que consiste em quatro fases: (1) triagem, (2) intervenção inicial, (3) reavaliação e (4) vigilância/reforço. Ao contrário do que se praticava anteriormente, a evidência tem vindo a mostrar que no caso da DLA o paradigma de fazer um diagnóstico e prescrever um tratamento para esse diagnóstico, está ultrapassado. A história da dor é um parâmetro chave na avaliação dos doentes com DLA, sendo este suficiente para orientar o tratamento sem que seja negligente ou insuficiente. É também, na maioria dos casos suficiente para despistar causas mais sérias de DLE, sem que para isto seja necessário recorrer a exames complementares de diagnóstico. Deste modo, a maior parte dos doentes com DLA, não chegam a ter um diagnóstico concreto. Todavia este não se revela necessário para o sucesso na gestão da dor do doente (Mcguirk & Bogduk, 2010).

A triagem é feita com base na história da dor e tem por objetivo primário distinguir lombalgia de outra sintomatologia que topograficamente possa confundir-se com ela. Em segundo lugar visa despistar sinais de alerta (“*red flags*”) (Mcguirk &

Bogduk, 2010), que se prendem com sintomatologia que possa sugerir défice neurológico, infeção, doenças malignas ou fraturas. Assim, sintomas como febre, rigidez matinal grave, dor associada à função visceral, perda de peso e outros, devem ser tidos em conta para o diagnóstico (Olaogun & Kopf, 2010).

A história da lombalgia é feita com base em domínios que são importantes em qualquer síndrome dolorosa, como a localização, o tempo de existência, a intensidade, a extensão anatómica e a qualidade da dor. Outros parâmetros, como a frequência e a duração dos episódios, poderão não ser tão úteis para o diagnóstico da DLA, mas serão imprescindíveis para a previsão da evolução da dor e incapacidade. Por exemplo, uma DL que erradia para o glúteo, sugerindo uma dor somática referida da zona lombar, é diferente de uma dor que erradia da zona lombar e se prolonga por todo o membro inferior (desde o glúteo até ao calcanhar) através de uma estreita linha, apontando para radiculopatia. Esta distinção faz toda a diferença em termos diagnósticos e de tratamento da DL, pois por exemplo, enquanto que o exame neurológico e o recurso a imagiologia estão indicados na dor radicular, estes são desnecessários para a dor somática referida. (Mcguirk & Bogduk, 2010).

No caso de não haver suspeita de DLE, deverá ser feito um exame físico e uma posterior intervenção dirigida às queixas e problemas encontrados (Mcguirk & Bogduk, 2010).

A intervenção inicial na DLA é baseada nos sintomas cardinais referidos pelo doente como sejam: presença de dor, défice de movimento, impossibilidade em trabalhar ou desempenhar as suas atividades de vida diária e presença de medo. A ferramenta mais importante nesta fase é a explicação do que o doente pode e não

pode ter, desmistificando dúvidas que possam existir e as medidas terapêuticas podem ser farmacológicas ou não farmacológicas (Mcguirk & Bogduk, 2010).

A reavaliação é uma outra fase importante do algoritmo da DLA. No passado, acreditava-se que nos casos em que o doente não voltasse à consulta, era porque deveria estar bem (Mcguirk & Bogduk, 2010). Contudo, estudos recentes mostram que não é assim tão linear, pois os doentes mantêm níveis de dor para além dos três meses após o início e mesmo depois de terem abandonado a consulta (Croft, Macfarlane, Papageorgiou, Thomas, & Silman, 1998; Itz, Geurts, van Kleef, & Nelemans, 2013; Pengel, Herbert, Maher, & Refshauge, 2003).

Estas considerações, mostram que os doentes com DLA, não devem ser abandonados e principalmente não devem sentir-se como tal, sob pena de ser prolongada a sua dor e incapacidade. O profissional de saúde deve ter um contacto de seguimento com o doente para reavaliar a evolução da dor, que pode até ser através do telefone, em primeira instância. Consoante os resultados apresentados deve agir em conformidade ou então dar alta ao doente, caso este tenha recuperado totalmente. A evolução para a cronicidade obriga à transição para o algoritmo de gestão da DLC (Mcguirk & Bogduk, 2010).

A última fase deste modelo é a vigilância/reforço que permite vigiar o processo de evolução da dor e avaliar o tratamento aplicado, permitindo perceber se está a ter sucesso ou se é necessário mudar. A repetição da *checklist* dos sinais de alerta de patologia grave, a validação do plano de tratamento com vista a perceber se o doente o está a cumprir, o reforço dos ensinamentos ou a redefinição desse mesmo plano, podem ser necessários nesta fase (Mcguirk & Bogduk, 2010).

1.4. Fatores de risco de incapacidade devido à dor lombar

Como já foi referido anteriormente, há sinais de alerta que devem ser tidos em conta na gestão da DL, tanto para despistar sinais de maior gravidade, como para prever a evolução desfavorável ou a incapacidade.

Em pontos anteriores deste documento, já foi mencionado o conceito de “*flag*”, mas para que se perceba melhor do que se trata, far-se-á a seguir uma descrição do modelo que suporta este conceito.

O modelo começou a ser constituído já nos anos 90 por Kendall e seus colegas. Foi através do conceito de *yellow flags* que estes autores marcaram o início de um trabalho que se tem revelado de extrema utilidade para a gestão dos problemas musculoesqueléticos em geral e da lombalgia em particular. Assim, eles identificaram um conjunto de fatores psicológicos, sociais e ambientais que se constituíram como fatores de risco para a incapacidade associada a essas doenças (Kendall, Linton e Main, 1997, citados por Nicholas, Linton, Watson, & Main, 2011).

Tal como foi concebido, o modelo foi adotado por algumas *guidelines* sobre gestão precoce das lesões lombares relacionadas com o trabalho (Waddell & Burton, 2001). Contudo, foi também desde cedo criticado pela falta de clareza do seu impacto na prática clínica, até ao ponto de se tornar quase sem sentido (Grol e Buchan, 2006; Blyth, Mcfarlane e Nicholas, 2007, citados por Nicholas, et al., 2011).

Depois de várias revisões ao longo dos anos, fruto da crítica e também de novos e diferenciados trabalhos, o modelo é hoje significativamente diferente do original (Nicholas, et al., 2011) e baseia-se na premissa de que os fatores psicossociais podem constituir obstáculos mais importantes do que os fatores

biomédicos, no que concerne à recuperação e prognóstico da DL, após esta ter tido início. Defende que a razão pela qual as pessoas se tornam progressivamente inativas, resistindo a voltar ao trabalho, assenta em obstáculos que se vão interpondo no seu percurso, que na sua maioria são de cariz psicossocial. Esses obstáculos são sinais de alerta (*flags*) que devem ser identificados por todos os intervenientes no processo (trabalhador/doente, clínicos, saúde ocupacional...) por forma a desenvolver um plano de combate às dificuldades identificadas, com vista a superá-las. Este processo permite bons resultados na evolução da DL e na incapacidade que lhe pode estar associada (Kendall & Burton, 2009).

Assim, para além das *red flags* e das *orange flags*, que são de cariz biomédico, este modelo, tal como se apresenta atualmente, vem propor as *yellow*, *blue* e *black flags* que colocam a tónica nos fatores psicológicos, sociais e ambientais (incluindo profissionais), como os responsáveis pela persistência da dor, incapacidade e afastamento do trabalho (Kendall & Burton, 2009; Nicholas, et al., 2011; Shaw, van der Windt, Main, Loisel, & Linton, 2009).

Os sinais de alerta vermelhos remetem para patologia específica e grave da coluna (exemplo: tumores, infeções, fraturas) e podem traduzir-se em febre, sintomas neurológicos generalizados, trauma violento, deformidades estruturais relevantes, perda de peso, fadiga, síndrome da cauda equina e outros. Estes sintomas são bem identificados pelos médicos, pois são-lhes familiares (Olaogun & Kopf, 2010; Shaw, et al., 2009).

Os sinais de alerta laranjas derivam em termos evolutivos dos amarelos e vêm isolar destes os sintomas psicológicos considerados “anormais” ou desproporcionais e que remetem para patologia psiquiátrica (exemplo: depressão major, stress pós-

traumático, distúrbios da personalidade). Estes implicam uma abordagem terapêutica por parte de um especialista em saúde mental, enquanto que os amarelos não necessariamente (Nicholas, et al., 2011).

Os problemas musculoesqueléticos são clínica e socialmente complexos, pelo que não se revêem apenas na vertente biomédica. Entendê-los e combatê-los de forma eficaz implica uma perspetiva biopsicossocial, que tem por base a necessidade de atender em simultâneo às questões biomédicas e psicossociais. O tratamento puramente biomédico, simplesmente dirigido para a redução da dor, não necessariamente resulta em menor incapacidade. À medida que os sintomas se tornam persistentes, com o desenvolvimento de efeitos negativos na pessoa, este tipo de tratamentos torna-se menos proveitoso. Mesmo antes desta fase, os fatores psicossociais podem impedir a recuperação. Assim surgiu a abordagem biopsicossocial, para ajudar a explicar e ultrapassar o problema dos resultados desfavoráveis (Kendall & Burton, 2009). Deste modo, enquanto que os sinais de alerta médicos (vermelhos) nos remetem para a DLE, os psicossociais (amarelos, azuis e pretos) revelam-se de extrema importância no prognóstico da DLNE, apontando para uma evolução frequentemente mais desfavorável e cronicamente incapacitante da doença (Krismer & van Tulder, 2007). É importante relembrar que a DLE constitui uma percentagem mínima (5 a 10%) (Krismer & van Tulder, 2007) no panorama geral da lombalgia, como já foi referido neste trabalho. Além disso, de acordo com Kendall & Burton (2009), frequentemente não se encontra uma causa para a sua existência, não constituindo este facto motivo de preocupação, uma vez que as patologias e lesões graves são raras.

Geralmente um episódio de DLA e a eventual incapacidade associada, melhoram rapidamente (dentro de poucas semanas) e o regresso ao trabalho é normalmente feito dentro de um mês. Depois disso, novas melhorias parecem ocorrer até cerca dos três meses após o episódio, ainda que pequenas. Numa revisão sistemática da literatura efetuada em 2003, onde se incluiu 15 estudos prospetivos conseguiu-se também apurar que após os três meses, baixos níveis de dor e incapacidade persistiam até pelo menos aos 12 meses, de forma quase constante. Foi 73 a percentagem de indivíduos na qual se verificou pelo menos uma recorrência durante esse período. Isto significa que, embora os indivíduos regressem ao trabalho rapidamente, este regresso é feito ainda com a presença de dor e incapacidade, ainda que em níveis baixos. Contudo, os estudos não deixam claro se os prolongados baixos níveis de dor e incapacidade são devidos à persistência do episódio original ou aos episódios recorrentes (Pengel, et al., 2003).

De forma geral, o estudo anterior, vem confirmar um mais antigo (Croft, et al., 1998) que conclui que 90% dos doentes com DL nos cuidados de saúde primários terá abandonado a consulta dentro de três meses. Contudo, a maior parte ainda mantinha dor e incapacidade substancial 12 meses após a primeira consulta. Apenas 25% estavam totalmente recuperados após esse período. Estes factos levam o autor a acreditar que um tratamento precoce eficaz poderia reduzir a carga destes sintomas e o seu impacto social, económico e médico.

Num estudo muito recente, que se baseia numa revisão sistemática da literatura que inclui 11 estudos prospetivos, conclui-se que a recuperação espontânea da DLNE ocorre nos primeiros três meses após o início da dor em cerca de um terço dos doentes, contudo a maioria (65%) ainda sente dor um ano após o

início desta. São poucos os doentes que recuperam após os três meses. Para os autores, isto significa que o pressuposto de que a recuperação espontânea ocorre na grande maioria dos doentes é injustificado e que, por isso, deve apostar-se mais num acompanhamento e monitorização mais intensos dos doentes que não recuperam nos primeiros três meses (Itz, et al., 2013).

Kendall & Burton (2009) também partilham desta linha de pensamento, referindo que a recuperação é esperada, mas a dor pode voltar. Assim, a maior parte das pessoas melhoram e voltam ao trabalho rapidamente, contudo algumas têm problemas.

Koes, Van Tulder & Thomas (2006) assumem que cinco por cento das pessoas que experimentam um episódio de DLA, desenvolvem cronicidade e incapacidade relacionada. Este autor salienta a importância de uma identificação precoce dos doentes com lombalgia em risco de desenvolver incapacidade prolongada, devido ao facto de ser possível providenciar intervenções específicas e também elas precoces nestes doentes. A transição da DLA para DLC parece complicada no que diz respeito às razões que a determinam, contudo, é certo que os doentes que desenvolvem DLC e incapacidade, beneficiam muito de uma abordagem tão precoce quanto possível, uma vez que quanto mais tempo o problema persistir, é cada vez menos provável a recuperação (Koes, et al., 2006).

As mais recentes *guidelines* recomendam a manutenção da atividade diária normal (incluindo o trabalho, se possível) como útil para a recuperação da dor lombar aguda não específica (M. Van Tulder, et al., 2006). Assim, o regresso precoce ao trabalho é normalmente benéfico, mas as pessoas precisam de ajuda para isso. E não chega poder contar com o médico ou outro profissional de saúde. É

preciso que o local de trabalho seja recetivo e adaptável ao seu regresso. Frequentemente as pessoas que têm episódios de lombalgia, fazem um grande esforço para regressar ao trabalho. Muitas vezes não é porque tenham alguma lesão mais grave, mas sim porque esbarram com obstáculos que têm origem em si próprias (*yellow flags*), no seu local de trabalho (*blue flags*) e no contexto social em que vivem (*black flags*) (Kendall & Burton, 2009).

Atualmente, os sinais de alerta amarelos já não englobam os fatores de risco psicossociais e ambientais, como originalmente acontecia. De forma mais restrita, referem-se principalmente aos fatores psicológicos, enquanto que os sociais e ambientais dividem-se por duas categorias: *blue* e *black flags* (Nicholas, et al., 2011). Estes (amarelos) partem da própria pessoa que sofre de lombalgia e têm por base pensamentos/crenças que são inúteis para a sua recuperação, como a tendência para catastrofisar (acreditar que os resultados da lesão vão ser os piores, a recuperação vai ser prolongada e a situação tende a piorar); sentimentos como angústia e humor deprimido (que não ofereçam critérios para diagnóstico de doença mental), medo do movimento e incerteza acerca do futuro; e comportamentos como estratégias de *coping* para a dor, evitamento de atividades devido à expectativa de ter dor ou nova lesão e excesso de investimento/confiança em medidas terapêuticas passivas (analgésicos, calor ou frio local) (Kendall & Burton, 2009; Nicholas, et al., 2011). Estes fatores, além de estarem associados a resultados clínicos desfavoráveis contribuem para a cronificação da dor e conseqüente incapacidade (Kendall & Burton, 2009; Melloh et al., 2011).

Os sinais de alerta azuis baseiam-se nas perceções sobre a relação entre o trabalho e a saúde e estão associados a redução da capacidade para trabalhar e ao

absentismo prolongado (Kendall & Burton, 2009). Por parte do trabalhador, a percepção de que o seu ambiente de trabalho é stressante, difícil, fisicamente exigente, insatisfatório e com falta de apoio social (Shaw, Main, & Johnston, 2011; Shaw, et al., 2009). Por parte do local de trabalho, a falta de adaptabilidade do trabalho e falta de comunicação entre o empregador e os funcionários (Kendall & Burton, 2009; Shaw, et al., 2011).

Os sinais de alerta pretos dizem respeito ao contexto em que a pessoa funciona, incluindo as pessoas relevantes, os sistemas e as políticas, e podem operar ao nível do local de trabalho ou da sociedade. São importantes porque podem bloquear as ações cooperantes da assistência médica e do local de trabalho (Kendall & Burton, 2009). Como exemplo destes fatores podem apontar-se: os problemas de compensação financeira, os desentendimentos e discordâncias com os intervenientes no processo (empregador, chefe, assistência médica, seguradora) e a morosidade burocrática do processo de recuperação (Kendall & Burton, 2009; Nicholas, et al., 2011).

A evidência mostra que há uma clara influência dos fatores psicológicos e ocupacionais sobre a incapacidade por DL e o seu mau prognóstico (Nicholas, et al., 2011; Shaw, et al., 2009). Contudo, permanecem por esclarecer as questões acerca da importância relativa de cada um destes fatores, individualmente ou em combinação, e de como estes afetam os resultados. Eles podem ser identificados clinicamente e até abordados em intervenções, mas as interrogações relativas a como fazer (*timing*, recursos necessários, conteúdo dos tratamentos e contexto), continuam a existir. Além disso, são ainda necessários mecanismos de mudança que permitam a melhor integração deste conhecimento no contexto mais amplo de

prevenção secundária da DLC e incapacidade (Nicholas, et al., 2011). Estes autores defendem que uma cuidadosa seleção dos doentes, baseada na presença efetiva de sinais de alerta amarelos e na aplicação posterior de uma intervenção competente, faz esperar bons resultados. Caso contrário, a inclusão indiscriminada dos doentes, faz com que os resultados sejam ineficazes e provavelmente pouco económicos. Estes autores defendem mesmo que as intervenções que têm em conta os fatores de risco psicológicos, têm resultados consistentemente mais positivos do que as que os ignoram.

Segundo Gray, Adefolarin, & Howe (2011), o quadro de sinais de alerta psicossociais apresentado por Kendall & Burton (2009) (descrito ao longo deste ponto), proporciona um conhecimento muito prático de como identificar os fatores de risco para o prognóstico da lombalgia, porém, nada diz sobre os instrumentos de medida que devem ser utilizados para a obtenção dessa informação. Concordando com estes autores, Shaw, et al. (2009) referem que para expandir a prática baseada nesta área, é necessário que os métodos de triagem de doentes mostrem maior clareza concetual, viabilidade e ligação com opções de intervenção exequíveis. Defende ainda que o método de triagem ideal pode incluir uma combinação de questionário, entrevista e visita ao local de trabalho com discussão de possíveis modificações. Esta última ideia é reforçada anos depois pelo mesmo autor (Shaw, et al., 2011).

Enquanto que o sistema de avaliação do prognóstico da DL baseado nos sinais de alerta/fatores de risco tem sido útil para traduzir um extenso corpo de evidência epidemiológica num só método clínico de avaliação, permanecem algumas questões sobre os meios mais fiáveis e eficazes de medir os fatores, como usar essa

informação na tomada de decisão clínica, se isto melhora ou não os resultados e como disseminar esta abordagem para o uso geral (Bartys, Burton & Main, 2005; Frost, Haahr & Andersen, 2007, citados por Shaw, et al., 2009).

É ainda importante realçar que as *guidelines* mais recentes sobre gestão da DLA focam-se principalmente na triagem dos doentes e no precoce aconselhamento à manutenção da atividade, incluindo a atividade profissional como fator de bom prognóstico para a recuperação. Adicionalmente, recomendam atenção para os sinais de alerta amarelos, que devem ser tidos em conta em detalhe caso não se verifique evolução favorável. Contudo, ainda não incorporam os sinais de alerta azuis e pretos da classificação de fatores ocupacionais/profissionais (Costa-Black, Loisel, Anema, & Pransky, 2010), apesar da sua evidente importância na presença de lesões musculoesqueléticas, seu desenvolvimento e evolução desfavorável (Serranheira, Sousa-Uva, & Sousa-Uva, 2012). Trata-se das condições atuais que a pessoa encontra no seu local de trabalho, incluindo o empregador/chefe, a seguradora, as burocracias, que estão explícitas no modelo apresentado, mas também o esforço físico e as restantes características peculiares das tarefas de trabalho e da profissão em si, que apesar de também constarem do modelo, aparecem camufladas ou com menos realce (Shaw, et al., 2009). Estes fatores não clínicos podem oferecer inúmeras vantagens quando tidos em conta no processo de recuperação, uma vez que permitem um julgamento mais correcto por parte do médico acerca dos problemas encontrados pelo doente com DL no seu local de trabalho e consequentemente sobre o benefício de voltar ou não à sua atividade profissional de forma precoce (Costa-Black, et al., 2010). Assim, estes autores defendem que a familiarização com as questões relacionadas com o local de

trabalho é benéfica, pois permite intervenções sobre esses fatores, no sentido de evitar maior incapacidade.

2. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM E A DOR LOMBAR

A profissão de enfermagem é revestida de uma componente física exigente. No seu quotidiano, os enfermeiros realizam frequentemente atividades que implicam posturas corporais extremas da coluna vertebral, particularmente da zona lombossagrada, tais como as transferências e posicionamentos de doentes. Assim, a exposição a fatores de risco profissionais, como elevadas solicitações biomecânicas e fisiológicas que excedem as capacidades funcionais dos trabalhadores, aliados ao tipo de organização do trabalho, que não permite tempos de recuperação e repouso suficientes e adequados, conferem à profissão de enfermagem um risco acrescido de dor lombar para os seus profissionais (Cail, Aptel e Franchi, 2000 citados por Serranheira, Cotrim, et al., 2012).

2.1. Dados epidemiológicos

A DL constitui um problema de saúde ocupacional preponderante na classe de enfermagem. Esta premissa ficou já bem patente anteriormente neste documento.

Em Portugal, à semelhança do que se verifica na população em geral são escassos os estudos realizados na área da lombalgia em enfermeiros. Em 2006, um estudo realizado em meio hospitalar, dá conta de que 65% dos enfermeiros inquiridos (507 respondentes) referiram ter sintomatologia lombar nos últimos 12

meses e 58% nos últimos sete dias que antecederam a aplicação dos questionários. É de salientar que esta região corporal foi a mais afetada, seguida da região cervical (55%), dorsal (37%), ombros (34%) e punho/mão (30%). Em 53% dos enfermeiros que referiram queixas lombares, verificou-se dor moderada, 30% intensa e 5% muito intensa (Fonseca & Serranheira, 2006).

Mais recentemente, um estudo nacional revela uma prevalência de lombalgia de 58.74% nos últimos doze meses e 29.53% nos últimos sete dias em enfermeiros. À semelhança do estudo anterior, também neste os sintomas referidos à região lombar são predominantes, relativamente às restantes porções corporais (região cervical – 47.38% e 26.26%, nos últimos doze meses e sete dias, respetivamente; ou dorsal – 43.13% e 21.87% nos últimos doze meses e sete dias, respetivamente; membros superiores – 23.68% e 11.28% nos últimos doze meses e sete dias, respetivamente; membros inferiores - 19.07% e 11% nos últimos doze meses e sete dias, respetivamente) (Serranheira, Cotrim, et al., 2012).

Quando considerados apenas os enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar, a prevalência de lombalgias, nos últimos doze meses é 60.9% e nos últimos sete dias de 48.8%. Note-se também a referência à intensidade de dor, que é de 45.8% dos enfermeiros para dor intensa ou muito intensa. A dor moderada é a mais referida (42%) (Serranheira, Sousa-Uva, et al., 2012).

Valores importantes surgem também para o absentismo relacionado com a DL (8.27%), relativamente às restantes regiões onde é significativamente inferior (região cervical – 4.63%, região dorsal – 3.64%, membro superior – 2.77% e membro inferior – 1.50%) (Serranheira, Cotrim, et al., 2012).

A nível internacional, os resultados encontrados confirmam os portugueses. Quando o tema é DL nos enfermeiros, as taxas de prevalência ou incidência são frequentemente elevadas. São muitos os estudos que documentam este facto nos últimos anos, como por exemplo: Estados Unidos da América – 74.1% (Daraiseh, Cronin, Davis, Shell, & Karwowski, 2010); África – 70.87% (Sikiru & Shmaila, 2009) e 44.1% (Tinubu, et al., 2010); Holanda – 62% (Alexopoulos, Burdorf, & Kalokerinou, 2006) e 76% (Bos, Krol, van der Star, & Groothoff, 2007); Grécia – 75% (Alexopoulos, Burdorf, & Kalokerinou, 2003; Alexopoulos, et al., 2006); Israel – 71% (Ratzon & Froom, 2006); Inglaterra – 60% (Smedley, Egger, Cooper, & Coggon, 1995); Suíça – 73 a 76% (Maul, Laubli, Klipstein, & Krueger, 2003); Itália – 33 a 86% (Lorusso, Bruno, & L'Abbate, 2007); Reino Unido – 54.1% (Branney & Newell, 2009); Brasil – 71.5% (Magnago et al., 2010) e Turquia – 85.7% (Karahan & Bayraktar, 2004).

2.2. Estado da arte

A diversidade de estudos existentes nesta matéria demonstra a dificuldade em generalizar, comparar diretamente ou reproduzir os seus resultados noutros contextos, em particular porque a atividade da enfermagem difere substantivamente de país para país, de serviço para serviço, entre outros. Para isso contribuem os factos destes utilizarem diferentes definições de DL (principalmente no que respeita à topografia da dor); diferentes categorias, funções ou atividades dos enfermeiros (que diferem de país para país), diferentes metodologias e diferentes períodos de

prevalência da lombalgia (Alexandre, Angerami, & Moreira Filho, 1996; Menzel, 2004). Se por um lado isto é válido para o problema da prevalência da DL (Alexandre, et al., 1996), por outro parece ser também preponderante quando se trata dos seus fatores de risco e determinantes. Prova disso é a metanálise desenvolvida por Lagerstrom, Hansson, & Hagberg (1998). Neste trabalho o autor faz um apanhado de todos os fatores de risco que habitualmente são tidos em conta por quem estuda a problemática da DL nos enfermeiros, dividindo-os em dois grandes grupos: os fatores relacionados com o trabalho e os fatores individuais. O primeiro grupo é dividido em três subgrupos: os fatores físicos que compreendem os levantes e transferências de doentes (mesmo as não programadas), as posturas de trabalho (posturas extremas, posição em pé durante grandes períodos do dia parado ou a andar, levantar e sentar, puxar e empurrar cargas), a categoria profissional e área clínica de atuação; os fatores organizacionais como o número de elementos da equipa, a sobrecarga de trabalho, o stresse, o trabalho por turnos, o método de trabalho em enfermagem utilizado e a técnica de trabalho nas atividades de manipulação de doentes e cargas (utilizando ou não meios mecânicos); e os fatores psicossociais que englobam a exigência e tensão psicológicas do trabalho, a autoridade e responsabilidade sobre as decisões, o uso de influência e poder, o apoio e relações sociais e a satisfação com o trabalho. O segundo grupo é constituído por fatores de cariz individual como a idade, tabagismo, aptidão física, história prévia de problemas na região lombar, problemas psiquiátricos de pouca gravidade e humor deprimido e o tempo de deslocamento para o local de trabalho. Ainda que numa visão mais superficial, pareça que para cada fator descrito existam sempre estudos a favor da sua relação com os problemas lombares e outros contra,

depois de uma análise cuidada de vários estudos, Lagerstrom, et al. (1998) conclui que é evidente a contribuição dos fatores físicos para os problemas lombares, enquanto que não é tão clara a contribuição de fatores organizacionais e psicossociais. No que diz respeito aos fatores individuais o único que se mostrou indiscutivelmente relacionado com a DL foi a história prévia de problemas na região lombar, tendo todas as outras relações se revelado inconclusivas.

Posteriormente foram vários os autores que desenvolveram trabalhos, com vista a apurar os fatores de risco e determinantes da lombalgia nos enfermeiros.

I.-L. Engkvist tem feito um vasto trabalho a este nível (I.-L. Engkvist, 2004, 2008; I. L. Engkvist et al., 2001).

Num estudo realizado em 2001 na Suécia, em pessoal de enfermagem do meio hospitalar, I.-L. Engkvist, et al. concluíram através de uma análise de clusters que os profissionais nos quais se verificaram maior número de lesões lombares, combinam as seguintes características: trabalho a tempo inteiro (superior ou igual a 35h por semana), trabalho por turnos, transferências regulares de doentes e existência de lesão lombar prévia. Por outro lado, no grupo de profissionais com menor número de lesões, estes trabalhavam maioritariamente em tempo parcial, o que parece ser uma medida preventiva de lesão, mesmo quando estes executam transferências de doentes de forma regular. É de notar que no grupo com menor taxa de lesões, nenhum dos enfermeiros executa transferência de doentes durante os turnos.

Passados alguns anos, a autora mencionada no parágrafo anterior, criou um modelo concetual que assenta na premissa de que existem vários fatores e eventos que interagem no processo de acidente que leva à lesão na região lombar. Para isso, agrupou esses fatores em quatro grandes grupos: organização (que engloba

fatores como falta de trabalhadores; falta de informação por parte dos enfermeiros ou do colega ajudante sobre técnica de transferência, funcionamento de equipamentos de transferência ou sobre o estado do doente; sentimento de stress ou de pouca disponibilidade por parte do enfermeiro; transferência de doentes executadas apenas por um enfermeiro; perda de controlo da carga por parte do colega ajudante aquando da transferência; tipo de tarefas executadas); local de trabalho (existência de fatores de risco ou deficiências do meio ambiente; falta ou inoperacionalidade de equipamento de transferência; trabalho em posições extremas por imposição de fatores externos como por exemplo falta de espaço); enfermeiro (trabalho em posições extremas em situações em que o enfermeiro tem condições para o fazer de forma mais adequada; falta de comunicação ou de entendimento entre enfermeiro e doente; existência de movimento súbito por parte do enfermeiro, devido a situação inesperada como por exemplo, quando o doente ameaça cair) e por fim o grupo de fatores relacionados com o doente (peso do doente superior a 80 Kg; a perda súbita do seu próprio equilíbrio durante a transferência ou quando este resiste a ela; não colaboração devido a défices físicos e/ou psicológicos) (I.-L. Engkvist, 2004, 2008).

Em 2004, um estudo feito em pessoal de enfermagem hospitalar na Austrália teve por base este modelo concetual e concluiu que as lesões na região lombar por esforço reportadas por enfermeiros como um acidente ocupacional ocorreram mais frequentemente durante transferências planeadas de doentes na cama ou de/para a cama, quando houve falta de equipamento de transferência, quando os fatores de risco do ambiente físico estavam presentes (principalmente através da falta de espaço), quando existiam deficiências na organização, quando os enfermeiros foram

obrigados a transferir doentes de forma arriscada e quando o doente, subitamente, perdeu o seu equilíbrio ou resistiu durante a transferência, causando um movimento inesperado e repentino por parte do enfermeiro. Note-se que neste trabalho, 45% dos enfermeiros com sintomas ficaram impedidos de trabalhar em média durante 15 dias, 64% solicitaram consultas médicas e 87% referiu ter tomado analgésicos (I.-L. Engkvist, 2004).

Num outro trabalho realizado na Suécia, em enfermeiros hospitalares, muito semelhante ao anterior, I.-L. Engkvist investigou se os fatores e eventos envolvidos no processo de acidente que precedeu a lesão na região lombar por esforço excessivo nos enfermeiros mudaram, comparando com dez anos antes. Fez isto através da análise comparativa de dois estudos realizados no mesmo local mas em datas diferentes (1993 e 2003) e concluiu que em ambos, a maior parte dos acidentes ocorreram em transferências programadas de doentes (tal como em 2004), nas quais os enfermeiros tiveram tempo suficiente para planear as transferências. Apesar disso, infelizmente apenas equipamentos de transferência rudimentares foram usados e em pequena escala, mesmo quando se tratou de doentes pesados e/ou limitados física e psicologicamente, o que perpetua o risco de lesão. Além disso, a análise das conclusões demonstra que o aumento da idade e do stresse dos enfermeiros, a diminuição do número de enfermeiros a prestar cuidados e a sua relutância em utilizar equipamentos de transferência eficazes na prevenção de lesões, combinados com o aumento da dependência dos doentes, leva a um agravamento da taxa de esforço físico por parte dos enfermeiros. Este facto conduz a uma situação de trabalho mais exigente e conseqüentemente à existência de baixas mais prolongadas, uma vez que os enfermeiros esperam um

pouco mais de tempo para se sentirem mais seguros de que estão bem, antes de voltarem ao trabalho (I.-L. Engkvist, 2008).

São muitos os trabalhos que tentam apurar a relação entre características individuais, físicas e psicossociais para o desenvolvimento de DL. A determinação do contributo de cada um destes fatores de risco para a DL não é fácil, principalmente através de estudos transversais, pois não permitem estabelecer uma inferência causal a partir das associações observadas. Além disso, quando a dimensão da amostra é restrita, torna-se difícil o isolamento de cada fator (Alexopoulos, et al., 2003).

Ao investigar a relação existente entre os fatores referidos acima e a ocorrência de lombalgia, Alexopoulos, et al. (2003) apurou que a manipulação de cargas físicas parece pôr em risco os enfermeiros no que respeita ao aparecimento de sintomas musculoesqueléticos. Contudo, quando analisou os resultados percebeu que esse e outros fatores físicos como posições de trabalho extremas estavam significativamente relacionados com a ocorrência de lombalgia, mas não com a sua evolução para a cronicidade ou com o absentismo por doença musculoesquelética. Assim, o desenvolvimento destes dois últimos fenómenos foi fortemente determinado pela perceção de saúde em geral e quase não associado com fatores de risco físicos ou psicossociais relacionados com o trabalho, transformando este fator num fator de risco preponderante.

No seguimento deste raciocínio é pertinente mencionar o estudo de Karahan & Bayraktar (2004), que conclui que alguns enfermeiros não usaram corretamente a sua mecânica corporal, e quando isto aconteceu eles estavam a fazer o seu trabalho sem pensar e sem ter cuidado com isso, apenas com o objetivo de o fazer o mais

depressa possível, devido às exigências organizacionais. Note-se que a maioria dos enfermeiros tinham DL e desses 40,8% referiram que este facto interferiu nos cuidados ao paciente, 61% referiram insónia e 81,6% falta de movimento e ação. Ainda sobre os enfermeiros com DL, 40,8% consultaram o médico e destes 50% foram diagnosticados com hérnia lombar e 20% com dor de origem mecânica. Um dos fatores estatisticamente mais significativo no que diz respeito ao contributo para a lombalgia, foi o levante de cargas pesadas. Também se verificou que 57.1% executavam essa atividade de forma menos correta no que diz respeito à utilização de mecânica corporal, quando observados. Não foi encontrada significância estatística para a idade, serviço em que trabalha, tabagismo, falta de exercício físico, estar de pé por longos períodos de tempo, ter sido mãe, número de filhos e índice de massa corporal (IMC), quando relacionadas com a existência de lombalgia.

Em Portugal, um estudo feito em 2006 sobre sintomatologia musculoesquelética referida por enfermeiros em meio hospitalar (Fonseca & Serranheira, 2006), apurou que a frequência de sintomatologia lombar era maior nos enfermeiros que trabalhavam mais de 40 horas semanais. Além disso, verificou-se que o sexo masculino apresenta um risco aproximadamente três vezes superior ao sexo feminino no que concerne à presença deste tipo de sintomas, sendo estes muito prevalentes nos serviços de medicina onde a manipulação física de doentes dependentes, ortostatismo, os cuidados no leito e as mobilizações/transferências de doentes, por exemplo, estão muito presentes na atividade dos enfermeiros que lá trabalham. Observou-se que os enfermeiros nestes serviços deslocam cargas excessivas (60/80 Kg) com frequência e sem ajuda de equipamentos mecânicos, obrigando a frequentes movimentações do tronco, e conclui-se que o facto de não

usarem estes equipamentos representa um risco acrescido (OR = 1.21) de lesões musculoesqueléticas, relativamente aos serviços nos quais estes são utilizados. Estes resultados levam o autor a considerar que os sintomas referidos à região lombar possam estar relacionados com a atividade de trabalho e com as condições em que esta é exercida.

Num estudo mais recente (Serranheira, Sousa-Uva, et al., 2012), igualmente feito em enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar, os resultados evidenciaram que a lombalgia presente na maior parte dos enfermeiros participantes se associava a variáveis organizacionais e profissionais tais como: categoria profissional ($p=0.001$), tipo de trabalho (por turnos aumenta a probabilidade de lombalgias – $p=0.022$; OR=1.32) e tipo de serviço (com trabalho em enfermaria dominante aumenta a probabilidade de lombalgias – $p=0.024$; OR=1.52) e a algumas tarefas das quais se destaca os cuidados de higiene e conforto na cama (OR=2.48) entre outras (procedimentos invasivos, administração de medicação, avaliação da tensão arterial/glicémia/outros, posicionamento e mobilização do doente na cama, transferência e transporte de doentes e alimentação de doentes) que também aumentam a probabilidade de ocorrência de lombalgias, mas não de forma tão expressiva. Assim, este estudo concluiu que as tarefas e as características das atividades reais do trabalho são os fatores com maior influência na presença de sintomatologia lombar.

Os recentes modelos de gestão da dor lombar relacionada com o trabalho, predominantemente baseados na abordagem biopsicossocial, revelam um novo paradigma que parece estar longe de ser aceite e aplicado uniformemente. Avanços

têm sido feitos para colmatar as dificuldades na aplicabilidade desta abordagem, porém ainda não são suficientes para uma aposta satisfatória. Apesar de tudo, parece evidente a existência de um efeito positivo sobre a lombalgia não específica e o seu prognóstico. Há uma forte componente preventiva que contribui fortemente para isso.

É de salientar que as questões relacionadas com o local de trabalho não podem ser colocadas de parte, sob pena de se obterem piores resultados na gestão da DL e sua evolução (Costa-Black, et al., 2010).

Hipoteticamente, os enfermeiros, por serem um grupo profissional particularmente susceptível a este problema de saúde, teriam muito a beneficiar deste tipo de abordagem sistémica e integrada.

Neste contexto, este estudo pretende encontrar informação que vá de encontro às seguintes formulações: (1) Quais são as características da lombalgia nos enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar? (2) Que fatores contribuem para essa dor? (3) Existe alguma relação entre a referência à dor no passado e a avaliação clínica? (4) Será importante avaliar a DL dos enfermeiros de acordo com os novos modelos de forma a evitar a sua cronificação, contribuindo para a prevenção deste problema?

Parte II

Investigação empírica

3. METODOLOGIA

O presente estudo é parte integrante de um trabalho mais vasto e de âmbito nacional que visou todos os enfermeiros portugueses inscritos na Ordem dos Enfermeiros (OE) (n=62566) e que decorreu entre Julho de 2010 e Fevereiro de 2011. Este, por sua vez, teve por objetivo conhecer e descrever os sintomas musculoesqueléticos dos enfermeiros portugueses (Serranheira, Cotrim, et al., 2012).

O objetivo geral do trabalho que aqui se apresenta consiste em identificar a prevalência e as determinantes da dor lombar em enfermeiros que trabalham em ambiente hospitalar.

Os objetivos específicos delineados para esta investigação são os seguintes:

1. Identificar dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar;
2. Avaliar a prevalência de dor lombar nos enfermeiros;
3. Caracterizar a dor lombar referida;
4. Identificar fatores de gravidade nos enfermeiros com dor lombar;
5. Verificar associações entre os fatores sociodemográficos e profissionais com a dor lombar;
6. Relacionar as atividades de enfermagem com a dor lombar;

7. Relacionar as componentes da atividade de enfermagem com a dor lombar;
8. Relacionar os fatores de risco em saúde com a dor lombar;
9. Relacionar os dados da avaliação clínica com a dor lombar referida no questionário.

Delineamento do estudo

Esta investigação tem por base uma abordagem quantitativa, do tipo não experimental, transversal e descritivo-correlacional. A população alvo é constituída por todos os enfermeiros do Hospital de Curry Cabral (N=400) e a amostra é não probabilística acidental em ambas as fases do estudo.

Numa primeira fase os enfermeiros foram convidados a participar no estudo de forma voluntária, através de um anúncio colocado no *website* da OE que apelava ao preenchimento de um questionário sobre dor lombar nos enfermeiros. O período de colheita de dados foi de Janeiro a Março de 2011. Após acesso ao *banner* da OE, o utilizador era redirecionado para uma página da Escola Nacional de Saúde Pública, onde colocava o seu endereço de *email*. Foi a partir desse dado que foi feita a fidelização de cada participante no estudo. Posteriormente foi enviado para esse *email* um *link* que dava acesso ao questionário no “*surveymonkey platform questionnaire*”. Em todo o processo foi garantida a salvaguarda dos dados pessoais dos respondentes.

Numa segunda fase que decorreu entre Fevereiro e Abril de 2012, na qual aceitaram participar 48 enfermeiros de entre os 135 da amostra, estes foram

submetidos a uma avaliação clínica, por parte de dois fisiatras, que consistia em dois pontos fundamentais (colheita de informação clínica relevante e exame objetivo).

A análise estatística dos resultados foi efetuada com recurso ao programa informático “*Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*” versão *Statistics 20*. O estudo pretende avaliar a prevalência de dor lombar (variável dependente) e verificar se está dependente de variáveis (independentes) como as sociodemográficas, profissionais, atividades de enfermagem, componentes da atividade e fatores de risco em saúde.

Para avaliar esta associação entre variáveis foi utilizado o teste do Qui-Quadrado. Apenas para a variável altura foi usado o teste *t-Student*. Para comparar os dados da avaliação clínica com os do questionário foi utilizado o teste de Fisher. Para todos os testes estatísticos, o nível de significância considerado foi de 5%.

De seguida far-se-á uma descrição dos dois instrumentos de colheita de dados utilizados:

Questionário

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário (anexo I) que foi adaptado a partir do questionário nórdico musculoesquelético (QNM). Esta adaptação tem sido utilizada em Portugal com bons resultados de fiabilidade e validade em vários estudos (Serranheira, Cotrim, et al., 2012). Contudo, para o caso específico deste estudo foi feita uma redução do instrumento de colheita utilizado por Serranheira, et al. (2012), no sentido de restringir os dados obtidos à sintomatologia referida à região lombar.

O QNM foi validado e aceite como instrumento de rastreio em 1987 por Kuorinka et al. e tinha por objetivo a realização da triagem de doenças musculoesqueléticas num contexto ergonómico e de saúde ocupacional. Assim, foi desenvolvido como uma metodologia padronizada que permite identificação de sintomas musculoesqueléticos nas diversas regiões anatómicas, com especial foco para a região lombar, pescoço e ombro. É de realçar que não foi concebido para fins diagnósticos, mas sim para estudos epidemiológicos (Crawford, 2007). Tem sido amplamente utilizado em estudos sobre problemas musculoesqueléticos nos enfermeiros tanto em Portugal como no estrangeiro (Daraiseh, et al., 2010; Fonseca & Serranheira, 2006; Kee & Seo, 2007; Tinubu, et al., 2010). A versão portuguesa foi validada em 1999 (Fernandes, 1999) e desenvolve-se em quatro dimensões que visam fazer a caracterização sociodemográfica, da sintomatologia musculoesquelética, das tarefas desenvolvidas no trabalho e sua relação com os sintomas e do estado de saúde (Serranheira, Sousa-Uva, et al., 2012).

A versão utilizada no presente estudo, apesar de ser uma redução da referida anteriormente, não deixa de contemplar as quatro dimensões mencionadas. Assim na primeira dimensão tenta fazer uma caracterização sociodemográfica da amostra através de informações como o género, ano de nascimento, tipo de horário, categoria profissional, serviço onde trabalha, peso, altura, membro superior dominante, tempo de experiência profissional, carga horária semanal e existência ou não de segundo emprego. Para apurar a existência de dor lombar e as suas implicações a nível laboral são colocadas questões sobre a intensidade e frequência da dor, a sua presença nos últimos sete dias e últimos doze meses, e o seu impacto sobre o desempenho no trabalho. Para a terceira dimensão, são colocadas duas

questões: a) classificação das atividades ao longo de um dia de trabalho (trabalho informatizado, procedimentos invasivos, tratamento de feridas, administração de medicação, avaliação de parâmetros vitais, apoio domiciliário, cuidados de higiene e conforto na cama e na casa de banho (WC), posicionamento e mobilização de doentes na cama, transferência ou transporte de doentes, levantar do doente da cama com ou sem equipamentos de ajuda mecânica e alimentação de doentes) quanto à sua frequência, através de uma escala com as seguintes opções: 0-1 vez por dia; 2 a 5 vezes por dia; 6 a 10 vezes por dia e mais de 10 vezes por dia; b) classificação das componentes da atividade de trabalho (trabalho sentado e de pé, braços acima da altura dos ombros, inclinar e rodar o tronco, repetitividade dos braços e mãos, precisão com os dedos, aplicar força com as mãos ou dedos, manipular cargas entre 1- 4 Kg e superiores a 4 Kg, levantar e deslocar cargas entre 10-20 Kg e superiores a 20 Kg) quanto à sua relação com os sintomas, através de uma escala que oferece como opções: sem relação, pouco relacionado, muito relacionado e totalmente relacionado. Por último, para caracterizar o estado de saúde, são colocadas questões sobre atividade física, hábitos tabágicos e alcoólicos, consumo de café, presença de doença anterior, tratamento farmacológico e não farmacológico e consulta de médico.

Ficha de avaliação clínica

Com o intuito de uniformizar e objetivar a avaliação clínica, foi elaborado um instrumento de colheita de dados (anexo II) para esta fase do estudo. Pretendeu-se

um documento simplista, fácil e rápido de utilizar em consulta médica, mas eficaz no despiste de sinais de gravidade associados à presença de dor lombar.

Assim, ao responderem afirmativamente à questão sobre existência de DL, os médicos teriam de fazer uma breve colheita de informação clínica relativa às características da dor (início, frequência e duração), bem como a sua intensidade (avaliada através de uma escala visual analógica de dor e imediatamente convertida num valor de zero a dez, através da equivalência desta com a escala numérica de avaliação, na qual zero corresponde a “sem dor” e dez corresponde a “pior dor imaginável”), qualidade, fatores atenuantes e exacerbantes, e existência de radiculopatia irradiada ao membro. De seguida, seria feito um exame objetivo que consistia em três testes: Valsalva, Laségue e Romberg.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação dos instrumentos de colheita de dados (questionário e ficha de avaliação clínica) e o respetivo tratamento estatístico.

Inicialmente foi realizada uma descrição dos resultados e posteriormente a análise dos mesmos.

Género

A amostra é constituída por 135 enfermeiros, dos quais 117 são do género feminino e 18 do masculino.

Grupo Etário

Relativamente a esta variável, constata-se que a maioria (76.3%) dos enfermeiros tem menos de 40 anos. As suas idades estão compreendidas entre os 23 e 60 anos, sendo que a média é de 34.18 anos (DP=7.97).

Categoria profissional

Considerando a categoria profissional dos enfermeiros, verificamos que 51.9% são enfermeiros, 40% são enfermeiros graduados, 4.4% são enfermeiros especialistas e 3.7% são enfermeiros chefes.

Tipo de serviço

Os serviços pelos quais se distribuía eram múltiplos, razão pela qual não se apresenta a tabela referente a estes dados. No entanto, constata-se que a maior parte (23.7%) trabalha em cirurgia geral, seguido de medicina interna (23%) e de serviço de urgência (11.9%).

Tipo de horário

Quanto ao tipo de horário, verifica-se que apenas 26 têm um horário fixo, enquanto que 109 trabalham por turnos.

Pausas ao longo do turno

A maioria (59.3%) realiza duas pausas ao longo do seu turno de trabalho e 29.6% têm apenas uma pausa.

Carga horária

O número de horas de trabalho por semana varia entre as 35 horas e as 95 horas, sendo que a média é de 47.5 horas (DP=10.6).

Tempo de serviço

Há enfermeiros que estão a exercer há menos de um ano, enquanto que outros já exercem há 39 anos, no entanto a média é de 10.09 anos (DP=7.78).

Segundo emprego

São 61 os enfermeiros que possuem segundo emprego, trabalhando em média 56.59 horas semanais e 74 os que têm apenas um emprego, trabalhando estes 39.95 horas semanais em média.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e profissionais

	n	%
Género		
Masculino	18	13.3
Feminino	117	86.7
Total	135	100.0
Grupo Etário		
Igual ou inferior a 30	56	41.5
31-40	47	34.8
41-50	25	18.5
Maior ou igual a 51	7	5.2
Total	135	100.0
Categoria Profissional		
Enfermeiro	70	51.9
Enfermeiro Graduado	54	40.0
Enfermeiro Especialista	6	4.4
Enfermeiro Chefe	5	3.7
Total	135	100.0
Tipo de horário		
Fixo	26	19.3
Turnos	109	80.7
Total	135	100.0
Segundo Emprego		
Sim	61	45.2
Não	74	54.8
Total	135	100.0

Peso e altura

O peso dos participantes varia entre 45 e os 128 kg, com uma média de 64.27 kg (DP=13.65) e a altura varia entre 150 e 185 cm sendo que a média é de 164.44 cm (DP=7).

Tabela 2 – Estatística descritiva do peso e altura

	n	Min.	Máx.	\bar{x}	Dp
Peso(kg)	135	45	128	64.27	13.654
Altura (cm)	135	150	185	164.44	7.003

Atividades mais difíceis

As atividades consideradas mais difíceis de realizar pelos enfermeiros, são o “posicionamento/mobilização do doente na cama” (30.4%) e “levantar o doente da cama sem ajuda mecânica” (37.8%).

Dados de saúde

São 33 os enfermeiros que referem ter alguma doença, sendo que apenas dois assumem ter hérnia discal diagnosticada.

Quando questionados acerca da toma regular de medicamentos, 41 respondem afirmativamente, embora apenas seis mencionem a toma de analgésicos/anti-inflamatórios.

Apenas três enfermeiros se encontram a fazer algum tratamento de reabilitação não farmacológico.

Considerando ainda a totalidade da amostra, 32.6% (n=44) dos enfermeiros referem consultar o médico periodicamente e 77.8% (n=105) referem tê-lo consultado no último ano.

Caraterização da dor lombar

Dos dados colhidos no questionário, 82 enfermeiros afirmam ter dor lombar.

A maior parte (n=47) refere dor moderada e 27 pessoas sentem este tipo de dor duas ou três vezes por ano e outras 27 pessoas sentem mais de seis vezes por ano.

Apesar de não estar mencionado na tabela, é importante referir que dos enfermeiros que referem sintomas, 37.8% - n=31 (que equivale a 23% do total da amostra) afirmam que estes estão presentes ou estiveram durante os últimos 7 dias, sendo que apenas 6.1% - n=5 (que equivale a 3.7% do total da amostra) estiveram impedidos de realizar o seu trabalho normal, nos últimos 12 meses anteriores, devido a este problema.

Tabela 3 – Dados do questionário referentes à dor lombar

	n	%
Dor Lombar nos últimos 12 meses		
Sim	82	60.7
Não	53	39.3
Total	135	100.0
Dor Lombar nos últimos sete dias		
Sim	31	37.8
Não	51	62.2
Total	82	100.0
Intensidade		
Ligeiro	8	9.8
Moderado	47	57.3
Intenso	17	20.7
Muito Intenso	10	12.2
Total	82	100.0
Frequência (nº vezes por ano)		
Uma vez	9	11.0
2 ou 3 vezes	27	32.9
4 a 6 vezes	19	23.2
Mais de 6 vezes	27	32.9
Total	82	100.0

Relativamente aos dados apurados na avaliação clínica, na qual participaram 48 (44 do sexo feminino e 4 do masculino) dos 135 enfermeiros, 43 referiram ter tido algum episódio de lombalgia, enquanto que cinco referiram nunca ter tido.

Os médicos que realizaram esta análise clínica afirmam que a maior parte dos enfermeiros avaliados (n=13) têm episódios de lombalgia uma ou mais vezes por mês mas menos que uma vez por semana. Refere ainda que a duração dos episódios de lombalgia, na maior parte dos casos (n=14) dura menos de 24 horas.

Tabela 4 – Dados da avaliação clínica referentes à dor lombar

	n	%
Prevalência da dor lombar		
Sim	43	89.6
Não	5	10.4
Total	48	100.0
Frequência		
Episódio único	2	4.7
1 ou + vezes por ano a menos que 1 vez por mês	6	14.0
1 ou + vezes por mês a menos que 1 vez por semana	13	30.2
1 ou + vezes por semana a menos que 1 vez por dia	7	16.3
1 vez ou + por dia	4	9.3
Não responde	11	25.6
Total	43	100.0
Duração		
<24h	14	32.6
≥ 24h a < 3 dias	8	18.6
≥ 3 dias a < 1 semana	6	14.0
≥ 1 semana ≤ 3 meses	1	2.3
> 3 meses	2	4.7
Não responde	12	27.9
Total	43	100.0

Quanto à intensidade da dor, tal como é possível observar através da figura 1, os médicos posicionam a maior parte dos avaliados no nível quatro (n=11) e no nível cinco (n=10).

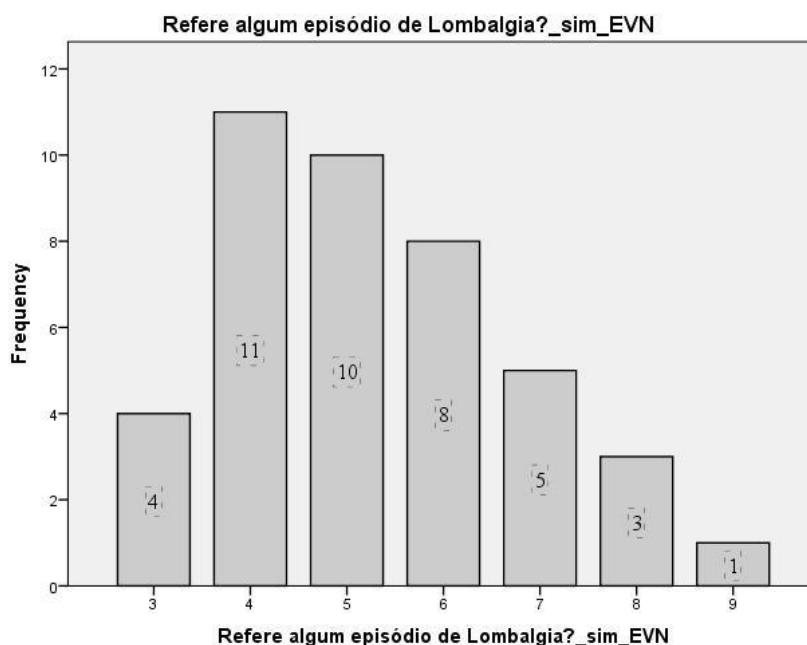


Figura 1 – Intensidade da dor lombar (escala visual numérica)

Ainda relativamente aos dados colhidos na avaliação clínica, estes evidenciaram que a qualidade da dor apontada com maior frequência é a “dor tipo moinha” (n=18), seguida da “dor tipo pressão/peso/aperto” (n=7).

Os fatores atenuantes mais apontados pelos enfermeiros são o “repouso” (n=22) e o “repouso associado a terapêutica farmacológica” (n=10). Por outro lado, o fator exacerbante mais apontado pelos participantes na avaliação clínica é o esforço físico (n=27).

Dos 48 participantes analisados, a apenas quatro foi encontrada radiculopatia associada.

Em relação ao exame objetivo, houve seis pessoas com teste de valsalva positivo, uma com Laségue positivo e uma com Romberg positivo, sendo que o sujeito que tem laségue também tem radiculopatia e o sujeito que tem romberg também tem valsalva.

Relação entre as componentes da atividade de enfermagem e a dor lombar

Através da tabela 5 podemos observar que as componentes da atividade que os enfermeiros afirmam estar mais relacionadas com os sintomas sentidos são: inclinar o tronco (86.6%), levantar e deslocar cargas superiores a 20 Kg (85.4%), rodar o tronco (76.8%), levantar e deslocar cargas entre 10 a 20 Kg (75.6%), manipular cargas superiores a 4 Kg (69.5%) e o trabalho de pé (65.9%).

Em contrapartida, constata-se que os enfermeiros consideram que a relação entre as restantes atividades e a dor lombar é mais fraca.

Tabela 5 – Relação entre as componentes da atividade de enfermagem e a dor lombar

Componentes da atividade	Relação com a dor lombar	n	%
Trabalho Sentado	Pouco ou nada	61	74.4
	Muito ou totalmente	15	18.3
Trabalho de Pé	Pouco ou nada	25	30.5
	Muito ou totalmente	54	65.9
Braços acima da altura dos ombros	Pouco ou nada	42	51.2
	Muito ou totalmente	30	36.6
Inclinar o tronco	Pouco ou nada	9	11.0
	Muito ou totalmente	71	86.6
Rodar o tronco	Pouco ou nada	16	19.5
	Muito ou totalmente	63	76.8
Repetitividade dos braços	Pouco ou nada	38	46.3
	Muito ou totalmente	36	43.9
Repetitividade das Mãos/Dedos	Pouco ou nada	41	50.0
	Muito ou totalmente	32	39.0
Precisão com os dedos	Pouco ou nada	51	62.2
	Muito ou totalmente	24	29.3
Aplicar força com as mãos ou dedos	Pouco ou nada	40	48.8
	Muito ou totalmente	36	43.9
Manipular cargas entre 1 – 4 kg	Pouco ou nada	39	47.6
	Muito ou totalmente	39	47.6
Manipular cargas superiores a 4 kg	Pouco ou nada	20	24.4
	Muito ou totalmente	57	69.5
Levantar e deslocar cargas entre 10 – 20 kg	Pouco ou nada	14	17.1
	Muito ou totalmente	62	75.6
Levantar e deslocar cargas superiores a 20 kg	Pouco ou nada	8	9.8
	Muito ou totalmente	70	85.4

Análise Inferencial

Terminada a apresentação dos dados descritivos, passaremos a apresentar os dados resultantes da associação entre variáveis.

Associação entre o tipo de horário e a dor lombar

Verificou-se associação significativamente estatística para as variáveis tipo de horário e dor lombar [$\chi^2(1)=4.588$; $p=0.044$], sendo que o trabalho por turnos aumenta a ocorrência de dor lombar.

Associação entre o grupo etário e a dor lombar

Na associação entre o grupo etário e a dor lombar, o teste de Qui-Quadrado revelou significância estatística [$\chi^2(1)=9.983$; $p=0.016$]. Assim, os enfermeiros com menos de 40 anos foram os que referiram ter mais dor lombar.

Associação entre o tempo de profissão e a dor lombar

Relativamente ao tempo de profissão, constata-se que o menor tempo de profissão está associado a maior ocorrência de dor lombar [$\chi^2(1)=11.704$; $p=0.005$].

Associação entre o peso e a dor lombar

Para verificar a existência de relação entre o peso e a dor lombar realizou-se um coeficiente de correlação Bisserial por pontos. Não existe correlação significativa ($R=0.079$; $p=0.360$) entre as duas variáveis.

Associação entre a altura e a dor lombar

O mesmo foi feito entre a altura e a dor lombar e obteve-se uma correlação significativa ($R=0.182$; $p=0.035$).

Para verificar se existem diferenças significativas entre quem tem dor lombar e quem não tem, relativamente à altura, foi realizado o teste paramétrico t-Student depois de validados os pressupostos de normalidade (através dos gráficos Q-Q) e de homogeneidade de variâncias (teste de Levene). O teste permite concluir que existem diferenças significativas entre os dois grupos [$t(133)=-2.131$; $p=0.035$]. Tal como é possível observar através da tabela 6 os enfermeiros que afirmam sofrer de dor lombar são em média mais altos ($M=165.46$) do que os enfermeiros que não sofrem de dor lombar ($M=162.87$).

Tabela 6 – Associação entre a altura e a dor lombar

Dor Lombar	Altura (cm)			
	n	M	DP	p
Não	53	162.87	6.903	
Sim	82	165.46	6.918	.035 *
Total	135			

Associação entre as atividades de enfermagem e a dor lombar

Com o objetivo de perceber se existe algum tipo de associação entre a dor lombar e as atividades realizadas pelos enfermeiros, foram efetuadas várias tabelas de contingência e foi feito o teste não paramétrico Qui-quadrado. Os dados encontram-se resumidos na tabela 7.

Tal como é possível observar, 61.5% dos enfermeiros praticam mais de cinco vezes por dia a atividade “posicionamento/mobilização do doente na cama”, sendo que 43.1% deles afirma sofrer de dor lombar, enquanto que apenas 18.5% não sofrem de dor lombar. Relativamente aos sujeitos que realizam menos de 5 vezes por dia esta atividade, metade afirmam ter dor lombar e outra metade afirmam não ter. O teste do Qui-quadrado permite-nos concluir que existe uma associação entre a prática desta atividade e a existência de dor lombar [$\chi^2(1)=5.241$; $p=0.026$]. Verificou-se ainda que, quanto mais vezes se pratica esta atividade, maior a tendência para sentir dor lombar.

Também é possível observar que 36.2% dos enfermeiros praticam mais de cinco vezes por dia a atividade “levantar o doente da cama sem ajuda mecânica”,

sendo que 28.3% deles afirma sofrer de dor lombar, enquanto 7.9% refere não a ter. Relativamente aos sujeitos que realizam menos de cinco vezes por dia esta atividade (63.8%), 42 enfermeiros dizem sofrer de dor lombar e 39 dizem não sofrer. No entanto, independentemente do número de vezes que realizam esta atividade diariamente, o teste do Qui-quadrado demonstra que quando a praticam, terão mais tendência para sofrer de dor lombar [$\chi^2(1)=8.635$; $p=0.004$].

Relativamente às restantes onze atividades praticadas pelos enfermeiros, não foram encontradas associações significativas entre a dor lombar e a prática destas, ou seja, a frequência de realização de qualquer uma destas atividades é independente da dor lombar sentida pelos enfermeiros. Contudo, é possível observar que no geral há mais enfermeiros com dor lombar que praticam estas atividades seja com que frequência for, do que enfermeiros sem dor lombar nas mesmas condições. A exceção encontra-se na atividade apoio domiciliário, em que não se encontram diferenças entre os dois grupos.

Curiosamente, as atividades que estão significativamente associadas à existência de dor lombar, são também as que são consideradas mais difíceis de executar pelos enfermeiros.

Tabela 7 – Associação entre a frequência das atividades de enfermagem e a dor lombar

Trabalho Informatizado				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	23 (18.4%)	26 (20.8%)		
Sim	47 (37.6%)	29 (23.2%)	2.686	.140
Total	70 (56.0%)	55 (44.0%)		
Procedimentos Invasivos				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	35 (27.1%)	14 (10.9%)		
Sim	52 (40.3%)	28 (21.7%)	.572	.562
Total	87 (67.4%)	42 (32.6%)		
Tratamento de feridas				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	40 (30.5%)	9 (6.9%)		
Sim	56 (42.7%)	26 (19.8%)	2.788	.107
Total	96 (73.3%)	35 (26.7%)		
Administração de medicação				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	26 (19.8%)	24 (18.3%)		
Sim	33 (25.2%)	48 (36.6%)	1.583	.278
Total	59 (45.0%)	72 (55.0%)		
Avaliação tensão arterial/glicémia/outros				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	25 (18.9%)	25 (18.9%)		
Sim	35 (26.5%)	47 (35.6%)	.671	.473
Total	60 (45.5%)	72 (54.5%)		
Apoio domiciliário				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	8 (50.0%)	1 (6.2%)		
Sim	6 (37.5%)	1 (6.2%)	.036	1.000
Total	14 (87.5%)	2 (12.5%)		
Cuidados de higiene e conforto na cama				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	36 (28.3%)	11 (8.7%)		
Sim	49 (38.6%)	31 (24.4%)	3.150	.083
Total	85 (66.9%)	42 (33.1%)		

Posicionamento/Mobilização do doente na cama				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	25 (19.2%)	24 (18.5%)		
Sim	25 (19.2%)	56 (43.1%)	5.241	.026 *
Total	50 (38.5%)	80 (61.5%)		
Transferência ou transporte de doentes				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	35 (28.7%)	12 (9.8%)		
Sim	52 (42.6%)	23 (18.9%)	.372	.681
Total	87 (71.3%)	35 (28.7%)		
Levantar o doente da cama sem ajuda mecânica				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	39 (30.7%)	10 (7.9%)		
Sim	42 (33.1%)	36 (28.3%)	8.635	.004 *
Total	81 (63.8%)	46 (36.2%)		
Levante do doente da cama com ajuda mecânica				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	28 (40.6%)	1 (1.4%)		
Sim	37 (53.6%)	3 (4.3%)	.505	.634
Total	65 (94.2%)	4 (5.8%)		
Alimentação dos doentes				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	44 (35.8%)	4 (3.3%)		
Sim	59 (48.0%)	16 (13.0%)	3.633	.079
Total	103 (83.7%)	20 (16.3)		
Cuidados de higiene e conforto no WC				
Dor lombar	≤5 (vezes por dia)	>5 (vezes por dia)	χ^2	<i>p</i>
Não	42 (35.9%)	3 (2.6%)		
Sim	62 (53.0%)	10 (8.5%)	1.463	.365
Total	104 (88.9%)	13 (11.1%)		

Associação entre os fatores de risco em saúde e a dor lombar

Com o objetivo de tentar perceber se existe algum tipo de associação entre a dor lombar e a realização de algum tipo de atividade física por parte dos enfermeiros, foi efetuada uma tabela de contingência e foi feito o teste não paramétrico Qui-quadrado. O mesmo foi efetuado para verificar se existe associação entre a dor lombar e os seguintes fatores de risco em saúde: fumar, beber bebidas alcoólicas e café habitualmente. O teste permite-nos concluir que não há associações significativas entre a dor lombar e estes quatro fatores.

Tabela 8 – Associação entre os fatores de risco em saúde e a dor lombar

		Atividade física		
Dor lombar	Não	Sim	χ^2	p
Não	33 (24.4%)	20 (14.8%)	.720	.476
Sim	45 (33.3%)	37 (27.4%)		
Total	78 (57.8%)	57 (42.2%)		
		Fumar		
Dor lombar	Não	Sim	χ^2	p
Não	45 (33.3%)	8 (5.9%)	.973	.377
Sim	64 (47.4%)	18 (13.3%)		
Total	109 (80.7%)	26 (19.3%)		
		Consumo habitual de bebidas alcoólicas		
Dor lombar	Não	Sim	χ^2	p
Não	51 (37.8%)	2 (1.9%)	.199	1.000
Sim	80 (59.3%)	2 (1.5%)		
Total	131 (97.0%)	4 (3.0%)		
		Consumo habitual de café		
Dor lombar	Não	Sim	χ^2	p
Não	13 (9.6%)	40 (29.6%)	.364	.562
Sim	24 (17.8%)	58 (43.0%)		
Total	37 (27.4%)	98 (72.6%)		

Associação entre os dados da avaliação clínica e a dor lombar referida no questionário

Apurou-se que dos 48 enfermeiros submetidos a avaliação clínica, 39 tinham respondido afirmativamente no questionário relativamente à presença de dor lombar, sendo que 36 desses mantêm a sua resposta aquando da avaliação clínica. Importa também referir que da totalidade dos enfermeiros submetidos a esta avaliação, sete surgem como novos casos de dor lombar.

Dos enfermeiros que mantêm lombalgia (n=36) pode dizer-se, através do cruzamento de dados entre a variável presença de dor lombar no questionário e as diferentes variáveis da avaliação clínica que: (i) 27 enfermeiros têm um ou mais episódios de DL por ano; (ii) em 26, esses episódios têm uma duração inferior a uma semana; (iii) 31 referem ter dor moderada e quatro dor intensa; (iv) 13 referem dor tipo moimha e sete dor tipo pressão/peso/aperto; (v) a totalidade refere o repouso como fator atenuante da dor, algumas vezes associado a outras medidas farmacológicas e não farmacológicas; (vi) a totalidade refere o esforço físico como fator exacerbante da DL, sendo esta associação significativamente estatística [$\chi^2(1)=25.744$; $p=0.007$] (tabela 9).

Quanto aos fatores de gravidade avaliados pode dizer-se que nenhum dos novos casos de lombalgia encontrados na avaliação clínica tinham radiculopatia ou exame de Laségue positivo. Contudo surgiu um novo caso que apresenta testes de Valsalva e Romberg positivos.

Tabela 9 – Associação entre os dados da avaliação clínica e a dor lombar referida no questionário

Algum episódio de lombalgia (frequência)				
Dor lombar	Episódio único	Dois ou mais episódios por ano	χ^2	p
Não	0 (0.0%)	3 (7.0%)	10.213	.069
Sim	2 (4.7%)	27 (62.9%)		
Total	2 (4.7%)	30 (69.9%)		
Algum episódio de lombalgia (duração)				
Dor lombar	<1semana	≥ 1semana	χ^2	p
Não	2 (4.7%)	0 (0.0%)	9.021	.108
Sim	26 (60.5%)	3 (7.0%)		
Total	28 (65.2%)	3 (7.0%)		
Episódio de lombalgia (EVN)				
Dor lombar	Dor moderada	Dor intensa	χ^2	p
Não	7 (16.7%)	0 (0.0%)	7.538	.274
Sim	31 (73.7%)	4 (3.3%)		
Total	38 (90.4%)	4 (3.3%)		
Episódio de lombalgia (qualidade)				
Dor lombar	Moinha	Pressão/peso/aperto	χ^2	p
Não	5 (11.6%)	0 (0.0%)	6.110	.635
Sim	13 (30.2%)	7 (16.3%)		
Total	18 (41.8%)	7 (16.3%)		
Episódio de lombalgia (fatores atenuantes)				
Dor lombar	Repouso	Repouso + medidas farmacológicas e não farmacológicas	χ^2	p
Não	5 (11.6%)	2 (4.6%)	10.983	.089
Sim	17 (39.5%)	18 (41,9%)		
Total	22 (51.1%)	20 (46.5%)		
Episódio de lombalgia (fatores exacerbantes)				
Dor lombar	Esforço físico	Posição/sobrecarga laboral/Frio	χ^2	p
Não	4 (9.3%)	3 (6.9%)	25.744	0.007 *
Sim	34 (79.0%)	0 (0.0%)		
Total	38 (88.3%)	3 (6.9%)		

5. DISCUSSÃO

Nesta fase do trabalho far-se-á a discussão dos resultados encontrados, tentando relacioná-los com a informação descrita no enquadramento teórico.

A amostra em estudo (n=135) é maioritariamente do género feminino (n=117), com uma média de idades de cerca de 34 anos, com peso médio de 64 Kg e altura média de 164 cm. A maioria são enfermeiros (51.9%) e enfermeiros graduados (40%) que trabalham nos serviços de cirurgia geral, medicina interna e serviço de urgência, sendo que o tempo médio de profissão é de dez anos. Estes dados são concordantes com o estudo nacional (Serranheira, Cotrim, et al., 2012).

Os resultados deste estudo evidenciam uma elevada prevalência de dor lombar nos enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar (60.7% nos últimos doze meses e 37.8% nos últimos sete dias). Os trabalhos feitos em Portugal vão de encontro a estes dados, uma vez que os valores se situam entre os 60.9% e os 65% (Fonseca & Serranheira, 2006; Serranheira, Cotrim, et al., 2012; Serranheira, Sousa-Uva, et al., 2012), assim como a nível internacional, com valores entre 62% e 76% (Alexopoulos, et al., 2003, 2006; Bos, et al., 2007; Magnago, et al., 2010; Sikiru & Shmaila, 2009).

O facto de ter sido encontrada significância estatística para o grupo etário [≤ 40 anos] ($p=0.016$), revelando curiosamente que os enfermeiros mais novos têm mais probabilidade de ter dor lombar, pode estar relacionado com a maior solicitação

destes profissionais para a execução de tarefas mais exigentes e também com a percepção da sua maior capacidade em executá-las. Também no trabalho de Serranheira, Cotrim, et al.(2012) se encontram estes dados.

Igualmente para a altura os resultados revelam que a maior probabilidade de lombalgia está associada a uma altura mais elevada ($p=0.035$). Este dado cruzado com o facto de uma das componentes da atividade mais apontada pelos enfermeiros como relacionada com a sua dor lombar ser inclinar o tronco, pode significar que as ações que combinem estas condições, constituem um risco acrescido de desenvolvimento de sintomas e eventuais lesões. Assim, estes devem a título preventivo ter especial cuidado no ajuste da altura da cama ou de outros equipamentos quando prestam cuidados ao doente. Esta relação deve considerar-se também noutras atividades nas quais os enfermeiros inclinam o tronco, de forma a evitar posições extremas, que como verificamos são prejudiciais à integridade das estruturas da região lombar, tal como tem sido defendido por Alexopoulos, et al. (2003).

Também se encontrou significância estatística para o tempo de profissão ($p=0.005$), revelando que os enfermeiros que exercem há dez anos ou menos têm mais tendência para ter dor lombar. Este dado não deixa de ser curioso, mas aliado ao facto de a maioria dos participantes com dor lombar serem enfermeiros e enfermeiros graduados leva a pensar na influência das suas funções relativamente às outras categorias (enfermeiros especialista, chefes e supervisores). Os enfermeiros menos graduados e por isso mais novos na profissão, são os que prestam cuidados diretos aos doentes, estando por isso submetidos a uma maior

carga física, que deriva da tipologia das atividades que executam. No estudo de Serranheira, Sousa-Uva, et al.(2012) também se verifica esta situação.

Das atividades que fazem parte do quotidiano dos profissionais de enfermagem, o posicionamento/mobilização do doente na cama ($p=0.026$) e levantar o doente da cama sem ajuda mecânica ($p=0.004$), são as únicas que se revelaram estatisticamente influentes para a presença de dor lombar. Entre outras, estas também se verificam em I. L. Engkvist, et al. (2001) e em Serranheira, Sousa-Uva, et al.(2012). No caso da primeira, quanto mais vezes esta atividade é executada, mais tendência se verifica para a existência de dor lombar. Já na segunda, esta ligação é independente do número de vezes que é praticada. De forma coerente, estas duas atividades são também as que os enfermeiros consideram mais difíceis de executar, quando questionados acerca disso. Isto não só revela a importância da repetitividade das atividades no processo de desenvolvimento de sintomas lombares, como também reforça o que foi dito anteriormente em relação às posturas extremas do tronco adotadas. Estas tarefas têm um impacto elevado na problemática das lombalgias ocupacionais, uma vez que a necessidade constante de posicionamento e reposicionamento de doentes acamados, para voltarem à sua posição de conforto e os inúmeros levantes/transferências da cama para os doentes irem para o cadeirão ou à casa de banho, por exemplo, constitui um fator preponderante na presença de dor lombar, pela constante aplicação de força física por parte dos enfermeiros.

Fonseca & Serranheira (2006) concluíram que a não utilização de equipamentos de ajuda mecânica nas transferências de doentes, representa um risco acrescido de lesões musculoesqueléticas. Assim, tal como foi considerado por

esses autores, também neste estudo se considera que a lombalgia possa estar relacionada com as condições em que estas tarefas são executadas.

As restantes atividades abordadas no questionário (trabalho informatizado – 60.8%, procedimentos invasivos – 62%, tratamento de feridas – 62.5%, administração de medicação – 61.8%, avaliação de tensão arterial/glicémia/outros – 62.1%, apoio domiciliário – 43.7%, cuidados de higiene e conforto na cama – 63%, transferência ou transporte de doentes – 61.5%, levantar do doente da cama com ajuda mecânica – 57.9%, alimentação dos doentes – 61% e cuidados de higiene e conforto no WC – 61.5%), não se revelaram estatisticamente significativas. Contudo constata-se que a ocorrência de DL (conforme percentagens mencionadas acima) é elevada nos enfermeiros que praticam estas atividades, independentemente do número de vezes que as praticam. O apoio domiciliário constitui uma exceção quanto a este aspeto, todavia esta atividade é raramente executada no meio hospitalar.

Há um conjunto de dados, relativos às componentes da atividade de enfermagem que vêm corroborar a influência do esforço físico na ocorrência de dor lombar. Assim, quando questionados acerca da relação dos seus sintomas com essas componentes, os enfermeiros referiram que inclinar o tronco (86.6%), levantar e deslocar cargas superiores a 20 Kg (85.4%), rodar o tronco (76.8%), levantar e deslocar cargas entre 10 a 20 Kg (75.6%), manipular cargas superiores a 4 Kg (69.5%) e o trabalho de pé (65.9%), são as que se relacionam mais fortemente. De realçar ainda que quanto mais pesadas são as cargas, maior o número de enfermeiros que refere relação com a sua dor lombar. Estes dados vão de encontro aos estudos feitos por Alexopoulos, et al.(2003) e Karahan & Bayraktar (2004).

Não foi encontrada significância estatística para o tipo de serviço, categoria profissional, carga horária semanal, número de pausas por turno, possuir segundo emprego, género e peso corporal. Contudo, não se pode assumir que estas variáveis em nada contribuem para a dor lombar, uma vez que estudos semelhantes revelaram associação entre elas. Por exemplo, Serranheira, Sousa-Uva, et al. (2012) encontraram influência do tipo de serviço e da categoria profissional na lombalgia e Fonseca & Serranheira (2006) assumem que os enfermeiros que trabalham mais de 40 horas semanais têm mais propensão para a dor lombar, assim como os do sexo masculino. Além disso, através do cruzamento de variáveis, é fácil perceber que a maior parte dos enfermeiros com DL trabalha nos serviços de cirurgia (23.7%), medicina (23%) e urgência (11.9%), têm uma carga horária semanal elevada e apenas uma ou duas pausas ao longo de cada turno. Pelo contrário, neste estudo o trabalho por turnos está associado à maior frequência de lombalgia ($p=0.044$).

A dor lombar não se mostrou dependente dos fatores de risco individuais (atividade física, fumar, consumo de bebidas alcoólicas e café).

A particularidade deste estudo, que se revelou uma mais valia em termos de investigação, foi ter submetido 48 dos 135 participantes a uma avaliação clínica. Para além de permitir estabelecer comparações entre os dois momentos de colheita de dados, possibilitou a melhor caracterização da dor lombar que afeta os enfermeiros.

Os dados da avaliação clínica são, de modo geral, coerentes com os do questionário. A prevalência elevada de lombalgia, com frequência dos episódios semanal, duração inferior a 24 horas e intensidade moderada são predominantes. Só por si, estas características remetem para uma lombalgia não específica de ritmo

mecânico, ou seja de movimento ou de esforço. A confirmação surge quando se analisam os fatores atenuantes e exacerbantes, qualidade da dor e presença de sinais de gravidade (*red flags*). Nestes campos, temos que a quase totalidade dos avaliados, referem que a sua dor piora com o esforço físico (n=34) e melhora com o repouso (n=35). Grande parte refere mesmo que a dor aumenta à medida que decorre o dia de trabalho e que após uma noite de repouso acordam sem dor ou apenas com dor residual. De igual modo, a dor tipo moimha e a escassez de sinais de gravidade (os que existem são inconsistentes) enquadram-se também nesta classificação de dor. Para além disso, e cruzando os dados da avaliação clínica com a presença de dor lombar no questionário, verifica-se que 36 enfermeiros mantêm lombalgia e que nesses, as características encontradas, remetem para a presença de dor lombar não específica.

Em suma, estamos perante enfermeiros que têm frequentemente dor lombar não específica de ritmo mecânico, de curta duração dos episódios, com intensidade moderada a intensa e que a mantêm há cerca de um ano.

Estes dados, além de continuarem a reforçar a ideia de que os fatores profissionais, nomeadamente os ligados às condições de trabalho como o esforço físico, o tipo de tarefas e suas características, levantam a hipótese de muitos destes enfermeiros terem já dor lombar crónica. Este facto teria que ser validado com mais pormenor, preferencialmente com o recurso a um estudo longitudinal, pelo que os resultados são limitados neste campo. Contudo, não deixa de ser um indício relevante, que quando associado ao absentismo inexpressivo (cinco casos) pode querer dizer que os enfermeiros trabalham com dor lombar e continuam a sua atividade profissional, apesar da sua existência, encarando-a como “normal” para a

sua profissão. Esta questão é debatida por Serranheira, Cotrim, et al.(2012) ao referir que o trabalho não é imutável e as doenças profissionais ou relacionadas com o trabalho não são uma inevitabilidade. Pelo contrário, estes autores defendem que é importante o conhecimento aprofundado sobre as características do trabalho e dos profissionais, de modo a adaptar as condições deste ao ser humano, garantindo que a sua atividade seja menos prejudicial para a sua saúde, não comprometendo a qualidade da prestação de cuidados aos doentes e a sua segurança. Esta ideia é também partilhada por Shaw, et al.(2009) e Costa-Black, et al.(2010) que realçam a importância do diagnóstico prévio dos sinais de alerta (*flags*) azuis e pretos (sociais e profissionais) para que se possa agir em conformidade.

O facto de os fatores de gravidade se terem mostrado irrelevantes, vem confirmar a baixa incidência (já conhecida) de lombalgia específica no panorama geral da patologia. Adicionalmente, confirma também a reduzida utilidade dos meios complementares de diagnóstico para a identificação de causas sérias de DL e para a intervenção na DLNE, no grupo estudado, como defendem Mcguirk & Bogduk (2010).

De acordo com Itz, et al.(2013), 65% dos doentes com DLNE, ainda sente dor um ano após o início desta. Este dado corrobora os deste estudo e remete para a necessidade de monitorização ativa (vigilância médica da saúde – medicina do trabalho) e acompanhamento destes casos, identificando e agindo sobre os fatores que contribuem para a cronificação e consequente incapacidade devida à DL. Estes fatores são conhecidos (*yellow, blue e black flags*), contudo é ainda discutível a influência de cada um deles para a evolução desfavorável da DL (Nicholas, et al., 2011). Neste sentido, parece haver um importante contributo por parte deste

trabalho, para o esclarecimento da elevada influência que os fatores ocupacionais/profissionais exercem sobre a ocorrência e o curso da lombalgia dos profissionais de enfermagem. Assim, é de extrema importância ter em conta as características reais do trabalho dos enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar, mas também os próprios profissionais em si, no desenvolvimento de intervenções que devem ser dirigidas para ambos, no sentido de minimizar o impacto negativo do trabalho na saúde destes e prevenir a incidência de novos casos de DL.

6. CONCLUSÕES

A dor lombar é um problema de saúde importante na população em geral, pela sua ligação com os aspetos individuais, psicossociais e da atividade profissional. Neste estudo conclui-se que a DL assume especial importância na profissão de enfermagem devido às características das tarefas executadas por estes profissionais e que determinam, com frequência, um esforço físico superior ao de outras profissões. Na população portuguesa a expressão da DL é de 42%, sendo o tipo de dor mais frequente (Azevedo, et al., 2012). Nos enfermeiros a lombalgia também se assume como o tipo de dor mais frequente (Serranheira, Cotrim, et al., 2012), mas de forma mais expressiva a atingir valores de prevalência de aproximadamente 60%. Assim, torna-se fundamental olhar para as particularidades desta atividade profissional, no sentido da prevenção da dor lombar e da incapacidade que lhe pode estar associada.

Constata-se que os fatores mais contributivos para a presença de lombalgia nos enfermeiros que trabalham em meio hospitalar são os de ordem física. Tal evidência, fundamenta-se na associação significativa encontrada entre as atividades “posicionamento/mobilização do doente na cama” ($p=0.026$) e “levantar o doente da cama sem ajuda mecânica” ($p=0.004$) e a dor lombar e ainda por outros fatores como inclinar o tronco (86.6%), levantar e deslocar cargas superiores a 20 Kg (85.4%), rodar o tronco (76.8%), levantar e deslocar cargas entre 10 a 20 Kg

(75.6%), manipular cargas superiores a 4 Kg (69.5%) e o trabalho de pé (65.9%), que se revelaram fortemente relacionados com o aparecimento da DL.

A avaliação clínica permitiu confirmar que a dor lombar que os enfermeiros sentem não é de cariz específico, como seria de esperar, levando a crer que na sua etiologia estão fatores de ordem profissional/organizacional, com destaque para a carga física elevada e que o seu contributo (o da avaliação clínica) para o diagnóstico da dor lombar não específica não se revelou substantivo.

Estes resultados reforçam as *guidelines* (Chou, et al., 2011; M. Van Tulder, et al., 2006) que indicam a necessidade de uma nova abordagem na prevenção destas afeções e a reduzida utilidade dos meios complementares de diagnóstico, sendo esta mais orientada para a investigação e monitorização de fatores profissionais (fatores de prognóstico) que possam estar na sua origem ou a contribuir para a sua instalação.

Considera-se que este trabalho atingiu os objetivos propostos. Contudo, o tipo e a dimensão da amostra utilizada, colocam sérias dificuldades na generalização dos resultados à restante população. Assim, não houve qualquer pretensão de o fazer, admitindo que os resultados se referem apenas aos respondentes a este estudo.

As conclusões permitem-nos extrair algumas implicações práticas, dentre as quais, a necessidade premente de investimento em intervenções sistémicas e integradas dirigidas aos profissionais (por exemplo formação e informação) e ao local de trabalho (por exemplo equipamentos, organização, carga laboral), tendo sempre em conta as características e peculiaridades da atividade profissional dos

enfermeiros, por forma a preservar a saúde destes profissionais através da melhoria das suas condições de trabalho.

Sugere-se ainda investigação adicional sobre esta temática, preferencialmente através de estudos longitudinais, que possam estabelecer relações causais entre os fatores de risco e a cronificação da dor. Também é aconselhável que estes incluam as variáveis psicossociais, de uma forma mais abrangente, nomeadamente com o recurso a instrumentos de colheita de dados específicos, no sentido de obter mais informações acerca da influência destas na dor lombar.

BIBLIOGRAFIA

- Alexandre, N. M. C., Angerami, E. L. S., & Moreira Filho, D. d. C. (1996). Dores nas costas e enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 30, 267-285.
- Alexopoulos, E. C., Burdorf, A., & Kalokerinou, A. (2003). Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *Int Arch Occup Environ Health*, 76(4), 289-294. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-003-0442-9>
- Alexopoulos, E. C., Burdorf, A., & Kalokerinou, A. (2006). A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health*, 79(1), 82-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-005-0033-z>
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonca, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *J Pain*, 13(8), 773-783. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Bos, E., Krol, B., van der Star, L., & Groothoff, J. (2007). Risk factors and musculoskeletal complaints in non-specialized nurses, IC nurses, operation room nurses, and X-ray technologists. *Int Arch Occup Environ Health*, 80(3), 198-206. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00420-006-0121-8>
- Branney, J., & Newell, D. (2009). Back pain and associated healthcare seeking behaviour in nurses: A survey. *Clinical Chiropractic*, 12(4), 130-143. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clch.2009.12.002>
- Chou, R., Qaseem, A., Owens, D. K., & Shekelle, P. (2011). Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*, 154(3), 181-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1059/0003-4819-154-3-201102010-00008>
- Costa-Black, K. M., Loisel, P., Anema, J. R., & Pransky, G. (2010). Back pain and work. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 24(2), 227-240. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2009.11.007>
- Crawford, J. O. (2007). The Nordic Musculoskeletal Questionnaire. *Occupational Medicine*, 57(4), 300-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqm036>

- Croft, P. R., Macfarlane, G. J., Papageorgiou, A. C., Thomas, E., & Silman, A. J. (1998). Outcome of low back pain in general practice: a prospective study. *BMJ*, *316*(7141), 1356-1359.
- Dagenais, S., Caro, J., & Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *Spine J*, *8*(1), 8-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2007.10.005>
- Daraiseh, N. M., Cronin, S. N., Davis, L. S., Shell, R. L., & Karwowski, W. (2010). Low back symptoms among hospital nurses, associations to individual factors and pain in multiple body regions. *International Journal of Industrial Ergonomics*, *40*(1), 19-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ergon.2009.11.004>
- Deyo, R. A., Mirza, S. K., Turner, J. A., & Martin, B. I. (2009). Overtreating chronic back pain: time to back off? *J Am Board Fam Med*, *22*(1), 62-68. doi: <http://dx.doi.org/10.3122/jabfm.2009.01.080102>
- Engkvist, I.-L. (2004). The accident process preceding back injuries among Australian nurses. *Safety Science*, *42*(3), 221-235. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535\(03\)00044-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535(03)00044-4)
- Engkvist, I.-L. (2008). Back injuries among nurses – A comparison of the accident processes after a 10-year follow-up. *Safety Science*, *46*(2), 291-301. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssci.2007.06.001>
- Engkvist, I. L., Kjellberg, A., Wigaeus, H. E., Hagberg, M., Menckel, E., & Ekenvall, L. (2001). Back injuries among nursing personnel — identification of work conditions with cluster analysis. *Safety Science*, *37*(1), 1-18. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535\(00\)00039-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0925-7535(00)00039-4)
- Fernandes, R. (1999). *Perturbações músculo-esqueléticas na região lombar da coluna: estudo comparativo entre nadadores de lazer e nadadores de competição*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Fonseca, R., & Serranheira, F. (2006). Sintomatologia musculoesquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *6*, 37-44.
- Frymoyer, J. W. (1988). Back Pain and Sciatica. *New England Journal of Medicine*, *318*(5), 291-300. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198802043180506>
- Gray, H., Adefolarin, A. T., & Howe, T. E. (2011). A systematic review of instruments for the assessment of work-related psychosocial factors (Blue Flags) in individuals with non-specific low back pain. *Man Ther*, *16*(6), 531-543. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2011.04.001>

- Hoy, D., Brooks, P., Blyth, F., & Buchbinder, R. (2010). The Epidemiology of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(6), 769-781. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2010.10.002>
- Hoy, D., March, L., Brooks, P., Woolf, A., Blyth, F., Vos, T., & Buchbinder, R. (2010). Measuring the global burden of low back pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24(2), 155-165. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2009.11.002>
- Itz, C. J., Geurts, J. W., van Kleef, M., & Nelemans, P. (2013). Clinical course of non-specific low back pain: a systematic review of prospective cohort studies set in primary care. *Eur J Pain*, 17(1), 5-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00170.x>
- Karahan, A., & Bayraktar, N. (2004). Determination of the usage of body mechanics in clinical settings and the occurrence of low back pain in nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 67-75. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00083-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00083-X)
- Kee, D., & Seo, S. R. (2007). Musculoskeletal disorders among nursing personnel in Korea. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 37(3), 207-212. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ergon.2006.10.020>
- Kendall, N. A., & Burton, A. K. (2009). *Tackling musculoskeletal problems: a guide for clinic and workplace, identifying obstacles using the psychosocial flags framework*. Belfast: The Stationery Office.
- Koes, B. W., Van Tulder, M. W., & Thomas, S. (2006). Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ*, 332(7555), 1430-1434. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.332.7555.1430>
- Krismer, M., & van Tulder, M. (2007). Strategies for prevention and management of musculoskeletal conditions. Low back pain (non-specific). *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 21(1), 77-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2006.08.004>
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G., & Jorgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Appl Ergon*, 18(3), 233-237.
- Lagerstrom, M., Hansson, T., & Hagberg, M. (1998). Work-related low-back problems in nursing. *Scand J Work Environ Health*, 24(6), 449-464. doi: <http://dx.doi.org/10.5271/sjweh.369>
- Lorusso, A., Bruno, S., & L'Abbate, N. (2007). A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel. *Ind Health*, 45(5), 637-644.

- Magnago, T. S. B. d. S., Lisboa, M. T. L., Griep, R. H., Kirchhof, A. L. C., Camponogara, S., Nonnenmacher, C. d. Q., & Vieira, L. B. (2010). Condições de trabalho, características sociodemográficas e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, 187-193.
- Maul, I., Laubli, T., Klipstein, A., & Krueger, H. (2003). Course of low back pain among nurses: a longitudinal study across eight years. *Occup Environ Med*, 60(7), 497-503.
- Mcguirk, B. E., & Bogduk, N. (2010). Acute Low Back Pain. In S. M. Fishman, J. C. Ballantyne & J. P. Rathmell (Eds.), *Bonica's management of pain* (4th ed., pp. 1094-1105). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melloh, M., Elfering, A., Egli Presland, C., Roder, C., Hendrick, P., Darlow, B., & Theis, J. C. (2011). Predicting the transition from acute to persistent low back pain. *Occup Med (Lond)*, 61(2), 127-131. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqq194>
- Menzel, N. N. (2004). Back pain prevalence in nursing personnel: measurement issues. *AAOHN J*, 52(2), 54-65.
- Menzel, N. N., Brooks, S. M., Bernard, T. E., & Nelson, A. (2004). The physical workload of nursing personnel: association with musculoskeletal discomfort. *Int J Nurs Stud*, 41(8), 859-867. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.03.012>
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2nd ed.). Seattle: IASP press.
- Nicholas, M. K., Linton, S. J., Watson, P. J., & Main, C. J. (2011). Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther*, 91(5), 737-753. doi: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100224>
- Olaogun, M. O. B., & Kopf, A. (2010). Chronic Nonspecific Back Pain. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (pp. 207-212). seattle: International Association for the Study of Pain.
- Pengel, L. H., Herbert, R. D., Maher, C. G., & Refshauge, K. M. (2003). Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*, 327(7410), 323. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7410.323>
- Rabiais, S., Nogueira, P. J., & Falcão, J. M. (2003). A dor na população portuguesa: alguns aspectos epidemiológicos. Available from <http://www.doentescomcancro.org/uhdc/pdfs/EstudoDorPopulacaoPortuguesa.pdf>

- Ratzon, N. Z., & Froom, P. (2006). Postural control in nurses with and without low back pain. *Work*, 26(2), 141-145.
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 193-203. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.10.001>
- Serranheira, F., Sousa-Uva, M., & Sousa-Uva, A. (2012). Lombalgias e trabalho hospitalar em enfermeiro (a) s. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 10(2), 80-87.
- Shaw, W. S., Main, C. J., & Johnston, V. (2011). Addressing occupational factors in the management of low back pain: implications for physical therapist practice. *Phys Ther*, 91(5), 777-789. doi: <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100263>
- Shaw, W. S., van der Windt, D. A., Main, C. J., Loisel, P., & Linton, S. J. (2009). Early patient screening and intervention to address individual-level occupational factors ("blue flags") in back disability. *J Occup Rehabil*, 19(1), 64-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-008-9159-7>
- Sikiru, L., & Shmaila, H. (2009). Prevalence and risk factors of low back pain among nurses in Africa: Nigerian and Ethiopian specialized hospitals survey study. *East Afr J Public Health*, 6(1), 22-25.
- Smedley, J., Egger, P., Cooper, C., & Coggon, D. (1995). Manual handling activities and risk of low back pain in nurses. *Occup Environ Med*, 52(3), 160-163.
- Tinubu, B. M., Mbada, C. E., Oyeyemi, A. L., & Fabunmi, A. A. (2010). Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskelet Disord*, 11, 12. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-11-12>
- Van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M. T., Hutchinson, A., . . . Malmivaara, A. (2006). Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J*, 15 Suppl 2, S169-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00586-006-1071-2>
- Van Tulder, M., & Koes, B. (2006). Low Back Pain. In S. B. McMahon & M. Koltzenburg (Eds.), *Wall and Melzack's textbook of pain* (5th ed., pp. 699-708). Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Van Tulder, M. W., Assendelft, W. J., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1997). Spinal radiographic findings and nonspecific low back pain. A systematic review of observational studies. *Spine (Phila Pa 1976)*, 22(4), 427-434.

- Van Tulder, M. W., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1995). A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*, 62(2), 233-240. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00272-G](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(94)00272-G)
- Van Tulder, M. W., Koes, B. W., & Bouter, L. M. (1997). Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine (Phila Pa 1976)*, 22(18), 2128-2156.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2001). Occupational health guidelines for the management of low back pain at work: evidence review. *Occup Med (Lond)*, 51(2), 124-135.
- Witte, W., & Stein, C. (2010). History, Definitions, and Contemporary Viewpoints. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds.), *Guide to Pain Management in Low-Resource Settings* (pp. 3-7). seattle: International Association for the Study of Pain.
- Yeng, L. T., Teixeira, M. J., & Kaziyama, H. H. S. (2006). Lomalgia. In M. J. Teixeira (Ed.), *Dor: manual para o clínico* (pp. 481-494). São Paulo: Atheneu.

Anexos

Anexo I
Questionário

Estudo “**Determinantes da Dor Lombar em Enfermeiros Hospitalares**”

Este questionário pretende conhecer aspetos da sua saúde, hábitos e atividade profissional. O resultado é para utilização exclusiva no contexto da vigilância da saúde, estando assegurada a confidencialidade das respostas e a não utilização para quaisquer outros fins.

POR FAVOR, seja o mais preciso possível nas suas respostas.

A sua contribuição é indispensável. O questionário depende da sua cooperação e estimamos que deverá ocupar apenas cerca de 10 minutos.

As suas respostas são anónimas e totalmente confidenciais.

Regras de preenchimento:

Selecione a resposta correspondente à sua opção ou identifique o número correspondente à sua escolha na chave de respostas múltiplas.

Complete as suas respostas quando existir essa oportunidade.

MUITO OBRIGADO PELO SEU CONTRIBUTO

*

1. Hospital - Serviço

- Anatomia Patológica
 - Anestesiologia
 - Angiologia e Cirurgia Vascular
 - Cardiologia
 - Cardiologia Pediátrica
 - Cirurgia Cardiorácica
 - Cirurgia Geral
 - Cirurgia Maxilo-Facial
 - Cirurgia Pediátrica
 - Cirurgia Plástica
 - Dermato-Venereologia
 - Doenças Infecciosas
 - Endocrinologia e Nutrição
 - Estomatologia
 - Gastroenterologia
 - Genética
 - Ginecologia/Obstetrícia
 - Imunoalergologia
 - Imunohemoterapia
 - Farmacologia Clínica
 - Hematologia Clínica
 - Medicina Desportiva
 - Medicina do Trabalho
 - Medicina Física e de Reabilitação
 - Outro (especifique)
-
- Medicina Geral e Familiar
 - Medicina Interna
 - Medicina Legal
 - Medicina Nuclear
 - Medicina Tropical
 - Nefrologia
 - Neurocirurgia
 - Neurologia
 - Neurorradiologia
 - Oftalmologia
 - Oncologia
 - Ortopedia
 - Otorrinolaringologia
 - Patologia Clínica
 - Pediatria
 - Pneumologia
 - Psiquiatria
 - Psiquiatria da Infância e da Adolescência
 - Radiologia
 - Radioterapia
 - Reumatologia
 - Saúde Pública
 - Urologia

2. Categoria profissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Graduado
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro-Chefe
- Enfermeiro-Supervisor

3. Tipo de Horário

- Fixo
- Turnos

4. Género

- Feminino
- Masculino

5. Ano de Nascimento

6. Peso (Kg)

7. Altura (cm)

8. Membro superior dominante

- Dextro
- Esquerdino/canhoto
- Ambidextro

9. Há quanto tempo é Enfermeira(o)?

Anos

Meses

10. Em média, quantas horas trabalha por semana?

11. Tem segundo emprego?

- Não
- Sim

12. Tem segundo emprego a tempo

- Completo
- Parcial

Quantas horas?

13. Organização

- Hospital
- USF
- Clínica Privada
- Outra (por favor especifique)

Para responder por toda(o)s a(o)s Enfermeira(o)s.

Teve algum problema durante os últimos 12 meses (fadiga, desconforto, dor, edema), que estivesse presente pelo menos 4 dias seguidos?

Se SIM, refira qual a sua intensidade e frequência, marcando o valor correspondente



*

14. ZONA LOMBAR

Não

Sim

Preencha a tabela seguinte, assinalando com uma cruz o quadrado correspondente ao estado de fadiga, desconforto ou dor, em função dos segmentos corporais considerados. No caso de referir sintomas, indique qual a sua intensidade e a sua frequência anual, de acordo com as escalas que se seguem, marcando o valor correspondente:



Intensidade do desconforto /dor:

- 1- Ligeiro
- 2- Moderado
- 3- Intenso
- 4- Muito intenso

Frequência (nº de vezes por ano):

- 1- Uma vez
- 2- 2 ou 3 vezes
- 3- 4 a 6 vezes
- 4- Mais de 6 vezes

*

15. ZONA LOMBAR

	1	2	3	4
Intensidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Frequência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

16. Os sintomas referidos estão presentes ou estiveram presentes durante os últimos 7 dias?

- Não
- Sim

17. Nos últimos 12 meses, esteve impedido de realizar o seu trabalho normal devido a esse problema?

- Não
- Sim, quantos dias?

18. Classifique as atividades descritas de acordo com a sua frequência durante um dia de trabalho

	0 – 1 vez por dia	2 a 5 vezes por dia	6 a 10 vezes por dia	mais de 10 vezes por dia	não sabe	não se aplica
Trabalho informatizado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procedimentos invasivos (entubação, algaliação, punções venosas...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tratamento de feridas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administração de medicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliação tensão arterial / glicemia / outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoio domiciliário	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de higiene e conforto na cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posicionamento/Mobilização do doente na cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferência ou transporte de doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levante de doente da cama sem ajuda mecânica	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levante doente da cama com ajuda mecânica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentação dos doentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidados de higiene e conforto no WC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual?

19. Classifique as componentes da atividade de acordo com a relação existente com os sintomas (pode referir vários elementos)

	Sem Relação com os Sintomas	Pouco Relacionado com os Sintomas Referidos	Muito relacionado Com os Sintomas	Totalmente Relacionado com os Sintomas	Não sabe	Não se aplica
Trabalho Sentado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho de Pé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Braços acima da altura dos ombros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinar o tronco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rodar o tronco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repetitividade dos braços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Repetitividade das Mãos/Dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Precisão com os dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aplicar força com as mãos ou dedos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipular cargas entre 1 – 4 kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manipular cargas superiores a 4 kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar e deslocar cargas entre 10 – 20 kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar e deslocar cargas sup. a 20 kg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qual?

20. Alguma das queixas indicadas anteriormente está relacionada com o seu anterior local de trabalho como enfermeiro(a)?

- Não
- Sim

21. Local de trabalho anterior que está relacionado com os sintomas referidos:

- Hospital
- Cuidados de Saúde Primários
- Cuidados Continuados
- Cuidados Paliativos
- Emergência Médica
- INEM/VMER
- Unidades de Saúde Móveis (SUB)
- Enfermagem do Trabalho
- Lar de terceira idade
- Outro (especifique)

22. Cuidados de Saúde Primários - Serviço

- Centro de Saúde
- Unidade de Saúde Familiar
- Unidade de Cuidados na Comunidade
- Outro (especifique)

23. Hospital - Serviço

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Anatomia Patológica | <input type="radio"/> Medicina Geral e Familiar |
| <input type="radio"/> Anestesiologia | <input type="radio"/> Medicina Interna |
| <input type="radio"/> Angiologia e Cirurgia Vascul | <input type="radio"/> Medicina Legal |
| <input type="radio"/> Cardiologia | <input type="radio"/> Medicina Nuclear |
| <input type="radio"/> Cardiologia Pediátrica | <input type="radio"/> Medicina Tropical |
| <input type="radio"/> Cirurgia Cardiorácica | <input type="radio"/> Nefrologia |
| <input type="radio"/> Cirurgia Geral | <input type="radio"/> Neurocirurgia |
| <input type="radio"/> Cirurgia Maxilo-Facial | <input type="radio"/> Neurologia |
| <input type="radio"/> Cirurgia Pediátrica | <input type="radio"/> Neurorradiologia |
| <input type="radio"/> Cirurgia Plástica | <input type="radio"/> Oftalmologia |
| <input type="radio"/> Dermato-Venereologia | <input type="radio"/> Oncologia |
| <input type="radio"/> Doenças Infecciosas | <input type="radio"/> Ortopedia |

- Endocrinologia e Nutrição
 - Estomatologia
 - Gastroenterologia
 - Genética
 - Ginecologia/Obstetrícia
 - Imunoalergologia
 - Imunohemoterapia
 - Farmacologia Clínica
 - Hematologia Clínica
 - Medicina Desportiva
 - Medicina do Trabalho
 - Medicina Física e de Reabilitação
 - Outro (especifique)
-
- Otorrinolaringologia
 - Patologia Clínica
 - Pediatria
 - Pneumologia
 - Psiquiatria
 - Psiquiatria da Infância e da Adolescência
 - Radiologia
 - Radioterapia
 - Reumatologia
 - Saúde Pública
 - Urologia

24. Em média quantas pausas tem ao longo do turno de trabalho?

25. Que atividade de trabalho considera mais difícil?

Porquê?

26. Realiza regularmente algum tipo de atividade física?

- Não
- Sim, qual?

27. Fuma?

- Não
- Sim.

Quantos cigarros/outro por dia?

28. Bebe habitualmente bebidas alcoólicas?

- Não
- Sim

29. Bebe habitualmente café?

- Não
- Sim

30. Sofre de alguma doença?

- Não
- Sim

31. Respondeu "Sim" à pergunta "Sofre de alguma doença?"

Qual?

- Diabetes
- Hipertensão
- Gota
- Osteoporose
- Artrose
- Hérnia discal
- Síndrome do túnel cárpico
- Tendinite
- Outra

32. Toma medicamentos regularmente?

- Não
- Sim

33. Respondeu "Sim" à pergunta "Toma medicamentos regularmente?"
Que medicamentos toma regularmente?

- Calmantes
- Pílula
- Outros (especifique)

34. Está a fazer algum tratamento de reabilitação? (ex.: Fisioterapia, Terapia Ocupacional,...)

- Não
- Sim

35. Consulta o seu médico

- Periodicamente
- Esporadicamente
- Em serviços públicos
- Privados

36. Consultou algum médico no último ano?

- Não
- Sim

Porquê?

Anexo II
Ficha de Avaliação Clínica



AVALIAÇÃO CLÍNICA DA LOMBALGIA

1 - **Lombalgia?** Sim ___ Não___

1.1- Se sim, caracterize-a quanto a:

Caraterísticas temporais (início, frequência e duração)

Intensidade (avaliar com EVA e transpor para EVN, indicando apenas o valor)

Qualidade (preferencialmente palavras verbalizadas pelo doente)

Fatores atenuantes e exacerbantes:

Radiculopatia irradiada ao membro: Sim___ Não___

2 - Exame objetivo

Valsalva: Sim___ Não___

Laségue: Sim___, a quantos graus?____° Não___

Romberg: Sim___ Não___

Anexo III

Pedido de autorização e colaboração do Hospital de Curry Cabral para a Avaliação Clínica

Lisboa, 30 de Setembro de 2011

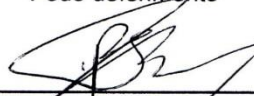
Ex.^{ma} Sra. Diretora do Hospital de Curry Cabral
c/c da Ex.^{ma} Sra. Diretora do serviço de Medicina Física e Reabilitação

Venho por este meio solicitar a vossa excelência a autorização para o desenvolvimento da segunda fase do estudo que me encontro a realizar na nossa instituição, no âmbito do Mestrado em Ciências da Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, com o Título **“Determinantes da Dor Lombar nos Enfermeiros Hospitalares”**

A primeira fase do estudo realizou-se entre Janeiro e Março do corrente ano e baseou-se no incentivo aos profissionais de enfermagem a responderem ao questionário *on-line* do **“Estudo Nacional de Caracterização da Sintomatologia Músculo-esquelética ligada ao trabalho em Enfermeiros”**, aplicado pela Escola Nacional de Saúde Pública, em parceria com a Ordem dos Enfermeiros e ao qual eu me associei para estudar a realidade do nosso Hospital.

A segunda fase visa a avaliação clínica dos enfermeiros que referiram queixas importantes no que respeita à dor lombar, no sentido de objectivar essas queixas. Pretende-se que esta avaliação seja executada por um fisiatra, através de um exame objectivo padronizado a elaborar com estes profissionais, aos quais desde já peço a colaboração, através de vossa excelência.

Pede deferimento



(Pedro Miguel Figueiredo dos Santos)
Enfermeiro na Cirurgia, nº mec. 34596

HOSPITAL DE CURRY CABRAL, EPE
ADMINISTRAÇÃO

N.º 537

Entrada 03/10/2011

Saída / /