

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA – UNIFOR
CURSO DE FISIOTERAPIA
JOSÉ LUIZ VIEIRA JÚNIOR

PERFIL DO PACIENTE COM LOMBALGIA ENCAMINHADO PARA
TRATAMENTO FISIOTERÁPICO NA CLIFOR

FORMIGA - MG

2013

JOSÉ LUIZ VIEIRA JÚNIOR

PERFIL DO PACIENTE COM LOMBALGIA ENCAMINHADO PARA
TRATAMENTO FISIOTERÁPICO NA CLIFOR

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do UNIFOR, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Ms. Wellerson Costa Faria.

FORMIGA-MG

2013

V657 Vieira Júnior, José Luiz.
Perfil do paciente com lombalgia encaminhado para tratamento
fisioterápico na clifor / José Luiz Vieira Júnior. - 2013.
48 f.

Orientador: Wellerson Costa Faria.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) -
Centro Universitário de Formiga - UNIFOR, Formiga, 2013.

1. Lombalgia. 2. Prevalência. 3. Fisioterapia. I. Título.

CDD 616.7

José Luiz Vieira Júnior

PERFIL DO PACIENTE COM LOMBALGIA ENCAMINHADO PARA
TRATAMENTO FISIOTERÁPICO NA CLIFOR

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Curso de Fisioterapia,
como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel em Fisioterapia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Wellerson Costa Faria
Orientador

Avaliador 1
UNIFOR

Avaliador 2
UNIFOR

Formiga, 12 junho de 2013.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que me deu forças para trilhar este caminho.

Agradeço carinhosamente aos meus pais, Bernadet e José Luiz pelo apoio, orações e extrema dedicação.

Meu orientador Prof. Ms. Wellerson Costa Faria, pelo grande apoio, dedicação, atenção e exemplo, e a Prof. Ms. Ywia Danielli Valadares, pela boa vontade de ajudar a qualquer momento.

A coordenação da CLIFOR, por possibilitar a concretização desta pesquisa. E a todos aqueles que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

A todos muito obrigado por tudo!

RESUMO

A lombalgia é um conjunto de manifestações dolorosas que atinge a região lombar, e que está presente na maioria das nações industrializadas acometendo grande parte da população. Este estudo teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico de pacientes atendidos na CLIFOR, entre os anos de 2008 a 2012, com diagnóstico clínico de lombalgia. Caracterizou-se como estudo observacional transversal quanti-qualitativo, onde foram analisados inicialmente 1216 prontuários, obtendo como amostra final total 43 (3,53%) casos com diagnóstico clínico de lombalgia. Por meio destes, foram analisadas variáveis como gênero, faixa etária, profissão, número de sessões fisioterápicas realizadas, doenças associadas, possíveis causas, índice de alta e abandono do tratamento e área de atendimento de maior concentração. Os resultados encontrados em pesquisa epidemiológica sugerem como é o perfil de uma determinada população. Foi evidenciado que 30 (69,76%) são do gênero feminino, e 13 (30,23%) gênero masculino, com média de $49,55 \pm 13,26$ anos de idade. O número de sessões fisioterápicas variou de 1 a 228 sessões, sendo a área de Fisioterapia traumato-ortopédica a que realizou maior número de atendimentos, verificando um considerável índice de abandono fisioterápico de 58,13%. Já 39,53% dos indivíduos obtiveram alta, e 2,32% continuam ainda em tratamento. A profissão em destaque foi doméstica ou do lar com 46,5%, verificou-se que 32 pacientes não apresentaram causa direta para lombalgia, constatando-se a hipertensão arterial como doença associada de maior acometimento. Baseado nestes resultados sugere-se mais estudos para um constante acompanhamento do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na CLIFOR, a fim de formular propostas de intervenções adequadas para diferentes acometimentos, minimizando possíveis conseqüências e contribuindo para o bem estar geral da população.

Palavras – chave: Fisioterapia. Clínica Escola. Epidemiologia. Lombalgia.

ABSTRACT

The Low back pain is a manifestation that reaches the lumbar region, which is present in most industrialized nations, and affecting much of the population. This study has as objective delineate the epidemiological profile of patients treated in CLIFOR, between the years 2008 to 2012, with a clinical diagnosis of low back pain. Characterized as cross sectional observational study quantitative and qualitative, which were initially analyzed 1216 records, obtaining as a final sample total 43 (3.53%) cases with clinical diagnosis of low back pain. Through these, we analyzed variables such as gender, age, occupation, number of physiotherapeutic sessions held, associated diseases, possible causes, and high rate of abandonment of treatment and service area of higher concentration. The results found in epidemiological research suggest us how the profile of a given population. It was shown that 30 (69.76%) are female, and 13 (30.23%) were male, with an average of 49.55 ± 13.26 years old. The number of physical therapy sessions ranged 1-228 sessions, being the area of traumatology and orthopedic physiotherapy that held the largest number of calls, verifying a significant dropout rate of 58.13% physiotherapy. Since 39.53% of the people were discharged, and 2.32% is still under treatment. The profession was featured a domestic worker housewife with 46.5%, it was found that 32 patients had no direct cause for low back pain, noting to hypertension as a disease associated with a higher prevalence. Based on these results it is suggested further studies to constant monitoring of the epidemiological profile of patients treated in CLIFOR in order to establish proposals for specific interventions commitments for different affections minimizing possible consequences and contributing to the general well-being of the population.

Key words: Physical Therapy, Clinical School, Epidemiology, Lumbago.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| GRÁFICO 1 – Distribuição dos pacientes com lombalgia segundo a profissão..... | 23 |
| GRÁFICO 2 – Relação alta e abandono fisioterápico | 24 |
| GRÁFICO 3 – Áreas de atendimento fisioterápico..... | 25 |
| GRÁFICO 4 – Distribuição de possíveis causas em pacientes com lombalgia..... | 26 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| TABELA 1 – Distribuição por faixa etária de acometimento da lombalgia. | 22 |
| TABELA 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com o número de sessões realizadas..... | 25 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CLIFOR – Clínica Escola de Saúde do UNIFOR

CID – Classificação Internacional de Doenças

EVA – Escala Visual Analógica

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MG – Minas Gerais

Ms – Mestre

TENS – Estimulação Nervosa Transcutânea

USB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

SUMÁRIO

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 13 |
| 2.1 | Anatomia da Coluna Vertebral | 13 |
| 2.2 | Biomecânica da Coluna Lombar | 14 |
| 2.3 | Epidemiologia da Lombalgia | 15 |
| 2.4 | Lombalgia | 15 |
| 2.5 | Etiologia | 16 |
| 2.6 | Tratamento fisioterápico na lombalgia | 17 |
| 2.7 | CLIFOR | 18 |
| 3 | MATERIAIS E MÉTODOS | 19 |
| 3.1 | Tipo de estudo | 19 |
| 3.2 | Amostra | 19 |
| 3.2.1 | Critérios de Inclusão | 19 |
| 3.2.2 | Critérios de Exclusão | 20 |
| 3.3 | Instrumentos | 20 |
| 3.3.1 | Ficha de tabulação de dados (APÊNDICE B) | 20 |
| 3.3.2 | Ficha de avaliação fisioterápica (ANEXO A) | 20 |
| 3.4 | Procedimentos | 20 |
| 3.5 | Análises dos dados | 21 |
| 3.6 | Cuidados Éticos | 21 |
| 4 | RESULTADOS | 22 |

| | | |
|---|--|----|
| 5 | DISCUSSÃO | 27 |
| 6 | CONCLUSÃO | 35 |
| | REFERÊNCIAS..... | 35 |
| | APÊNDICE A – CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISA..... | 42 |
| | APÊNDICE B – FICHA DE TABULAÇÃO DE DADOS | 43 |
| | ANEXO A – FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA | 44 |

1 INTRODUÇÃO

A coluna vertebral é considerada o principal eixo do corpo humano, para que haja um funcionamento adequado desse eixo é necessário que exista equilíbrio entre as estruturas. Este equilíbrio pode ser afetado constantemente, pois a coluna está submetida a mudanças posturais e ao suporte de diversas cargas a todo tempo, podendo dar origem a um desalinhamento dessas peças o que irá gerar uma elevada incidência de dores na coluna da população em geral (REIS, et al. 2005).

A dor lombar é considerada um problema comum de saúde, sendo definida como uma condição clínica de caráter doloroso na parte inferior da coluna vertebral, região lombar, situada entre o último arco costal e a prega glútea, sendo responsável pela inabilidade e afastamento no trabalho em diversos indivíduos, de várias idades, sendo mais observada em jovens adultos ativos, acometendo cerca de 80% dos indivíduos em algum momento de suas vidas e que poderá trazer uma série de prejuízos, levando a uma diminuição da qualidade de vida (ALENCAR, 2001; MARQUES, et al. 2001; SILVA; FASSA; VALLE, 2004).

A lombalgia é caracterizada por etiologia multifatorial, podendo ser ocasionada por causas distintas, sedentarismo, posturas viciosas, movimentos repetitivos, idade, gênero, entre outros. Existem fatores de risco que podem ser determinantes para o seu desenvolvimento, sendo caracterizados de ordens individuais, tais como: capacidade de força muscular, faixa etária, gênero, índice de massa corporal (IMC), e até por desequilíbrios musculares (SILVA; FASSA; VALLE, 2004).

No Brasil as doenças da coluna são consideradas como primeira causa de pagamento do auxílio doença e a terceira causa de invalidez, representando um elevado custo para o sistema de saúde, gerando um alto índice de afastamento do trabalho, cerca de 2% a 5% das pessoas relatam ter sofrido de dores na região lombar ao menos uma vez ao ano (FERNANDES; CARVALHO, 2000; TAVAFIAN, 2007; JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2010).

Neste contexto, nota-se a importância de se traçar o perfil epidemiológico desses pacientes, justificando a escolha do tema devido a uma atenção voltada à parte de prevenção, este fato sugere que novos estudos devem ser realizados a fim de desenvolver estratégias direcionadas a prevenção de novos acometimentos, a

fim de garantir o bem-estar geral dessa população.

Diante disso, este trabalho teve como objetivo geral traçar o perfil epidemiológico de pacientes atendidos na CLIFOR, entre o ano de 2008 a 2012, com diagnóstico clínico para lombalgia.

Assim como objetivos específicos, analisar o gênero e a faixa etária em que predomina a prevalência de lombalgia, analisar quais profissões estão diretamente relacionadas, verificar o número de sessões fisioterápicas realizadas, qual a área de atendimento fisioterápico obteve um maior número de atendimentos, verificar o índice de pacientes que receberam alta fisioterápica e aqueles que abandonaram o tratamento, quais as principais patologias ou disfunções que podem estar relacionadas ao surgimento da lombalgia, quais as possíveis patologias associadas, e por fim verificar a prevalência de lombalgia na CLIFOR, através dos prontuários dos pacientes.

O presente estudo foi realizado na CLIFOR, Clínica Escola de Saúde do UNIFOR, no Centro Universitário de Formiga - MG, onde foram analisados os prontuários de pacientes de ambos os gêneros, de qualquer faixa etária, devidamente cadastrados na CLIFOR no período de 2008 a 2012, com diagnóstico clínico para lombalgia.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Anatomia da Coluna Vertebral

A coluna vertebral é considerada o eixo ósseo do corpo humano possuindo diversas funções importantes, promove absorção e dissipação de choques através de suas curvaturas fisiológicas, oferece agilidade e movimentação dos membros superiores e inferiores e do tronco, age como suporte de peso da maior parte do corpo, atua na proteção de órgãos e vísceras vitais, raízes nervosas e medula, oferece fixação para diversos músculos, e é responsável pela transmissão de forças ao longo do corpo (OLIVEIRA; PEREIRA; MATSUDO, 1988).

Para exercer essas diferentes funções, ela é composta estruturalmente por 33 vértebras sobrepostas, divididas em cinco áreas distintas. A área cervical é formada por sete vértebras, a área torácica compreende as doze vértebras seguintes, a coluna lombar consiste nas cinco vértebras móveis, o sacro é composto de cinco vértebras fundidas entre si e o cóccix, que apresenta de quatro a cinco vértebras também fundidas (NORDIN; FRANKEL, 2001).

A coluna vertebral é constituída por curvaturas fisiológicas, que correspondem as suas respectivas regiões, e são responsáveis pela manutenção do equilíbrio, e essenciais por manter a postura ereta. Em uma vista posterior a coluna deve-se apresentar-se reta, sem presença de desvio lateral. Já na vista lateral da coluna, devem-se ser identificadas quatro curvaturas fisiológicas. A curvatura cervical e lombar que são côncavas posteriormente, e as curvaturas torácicas e sacrais, que são côncavas anteriormente (DÂNGELO; FATTINI, 2007).

Entre as vértebras da coluna está presente uma estrutura fibrocartilaginosa que tem como função absorção de impactos, que são denominados discos intervertebrais, eles proporcionam mobilidade a duas vértebras adjacentes. A composição anatômica desses discos é constituída por um anel formado por fibras cartilaginosas, que ficam entrelaçadas entre si protegendo a matriz gelatinosa que está presente em seu interior (DELIBERATO, 2002).

2.2 Biomecânica da Coluna Lombar

A coluna lombar se inicia na parte inferior da coluna, e estruturalmente é composta por 5 vértebras L1 a L5, se articula com o sacro, e apoia-se sobre a base da pelve. É considerada, depois da coluna cervical a mais móvel do conjunto da coluna vertebral, sendo também considerada a mais sobrecarregada, podendo ser considerado então o segmento que mais apresenta patologias comumente, podendo ser alvo de afecções, sendo uma das mais comuns a lombalgia (KAPANDJI, 2008).

Estruturalmente a coluna lombar é composta de vértebras lombares, sendo constituída por elementos importantes. É composta por corpo vertebral, duas lâminas, processo espinhoso, processos costiformes, pedículo, processo articular superior e inferior, e forame vertebral, que situa-se entre a parte posterior do corpo vertebral e o arco posterior (KAPANDJI, 2000).

Os movimentos ativos da coluna são produzidos por uma ação coordenada de músculos e nervos. Os músculos agonistas iniciam o movimento e os músculos antagonistas agem no controle do movimento, uma contração de ambos oferece estabilidade. A coluna lombar realiza os movimentos de flexão, extensão, flexão lateral, e rotação, sendo o músculo reto do abdômen, oblíquos internos e externos, abdominal transversal e o psoas caracterizado por realizar o movimento de flexão. Os principais músculos extensores são o músculo eretor da espinha, multiforme, e o intratransverso, que é ligado aos elementos posteriores da coluna (NORDIN; FRANKEL, 2001).

O sistema ligamentar presente na coluna lombar é de extrema importância, e é composto por vários ligamentos, que tem por finalidade fornecer estabilidade à coluna, dentre todos os ligamentos presentes, um dos mais importantes são os ligamentos ileolombares, que tem como uma de suas funções unirem diretamente as duas vértebras lombares ao osso do quadril. O conjunto dos sistemas ligamentares constitui uma união entre os corpos vertebrais e conjunto da coluna vertebral (KAPANDJI, 2000).

2.3 Epidemiologia da Lombalgia

A dor lombar é considerada uma frequente causa de incapacidade e morbidade, estando incluída dentre os distúrbios músculo esqueléticos mais dolorosos que afetam o homem, sendo apenas ultrapassada pela cefaleia. É um problema comum de saúde na sociedade moderna sendo considerada uma das causas mais frequentes de tratamento médico e também considerada como uma das principais causas de afastamento do trabalho, sobrecarregando o sistema de saúde e gerando altos custos (DZIEDZINSKI, et al. 2005; HILDEBRANDT, 1995; DEYO; PHILIPS 1996).

Estudos epidemiológicos apontam uma elevada prevalência das lombalgias na população em geral, cerca de 60 % a 80 % da população terá lombalgia em algum momento de suas vidas, acometendo ambos os sexos, comumente homens, com mais de 40 anos e mulheres entre 50 e 60 anos de idade, e cerca de 70% a 80% terão pelo menos um episódio de recorrência (MACEDO, et al. 2008; ANDERSSON, 1999; MARRAS, 2000).

2.4 Lombalgia

A coluna lombar possui importantes funções, dentre elas podemos citar, o fornecimento de suporte para a porção superior do corpo e transmissão do peso dessa área para os membros inferiores e para a pelve, porém esta região esta sujeita a tensões constantes, sendo assim um alvo de lesões e dores (MAGEE, 2005).

A lombalgia, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), pode ser caracterizada por dor na parte inferior da coluna vertebral, ou seja, na coluna lombar, situada entre o último arco costal e a prega glútea, acarretando uma série de prejuízos, dentre eles diminuindo a qualidade de vida e a funcionalidade dos indivíduos (TOSCANO; EGYPTO, 2001; TENÓRIO; VIEIRA, 2012).

As dores na região lombar são cada vez mais comuns, possuindo uma alta incidência, irá atingir cerca de 60 a 80% da população em algum momento de suas vidas, acarretando um alto custo no seu tratamento para o sistema de saúde,

gerando cada vez mais um alto índice de afastamento e incapacidade para o trabalho (CARAVIELLO, et al. 2005).

2.5 Etiologia

A lombalgia é caracterizada por etiologia multifatorial, ou seja pode ser ocasionada por vários fatores, por esse motivo a busca por uma única causa torna-se uma tarefa extremamente complicada. Na lombalgia poderão estar envolvidos fatores de riscos profissionais e fatores de riscos individuais que podem aumentar a predisposição do indivíduo a apresentar dores na região lombar (MACEDO; BLANCK, 2006; MACEDO; BRIGANO, 2005; CARDIA, 1999).

Dentre os principais fatores de riscos profissionais, os mais importantes são as posturas incorretas no ambiente de trabalho, condições de funcionamento dos equipamentos de trabalho e formas de organização e de execução do trabalho, esses fatores estão intimamente relacionados e podem dar origem ou agravar o caso. Os fatores de riscos individuais são idade, o sexo, desequilíbrio muscular, índice de massa corporal, condições socioeconômicas, presença de outras enfermidades, e alterações congênitas (ANDERSSON, 1999).

Existem também fatores causais da lombalgia que influenciam diretamente, são os: mecânicos, posturais, traumáticos e psicossociais, e também fatores que podem agravar o caso ou aumentar a chance de se ter recidivas, como por exemplo a idade e a postura, e até fatores psicossociais, como ansiedade, depressão, insatisfação no trabalho entre outros, que irão influenciar de forma negativa, dificultando assim o tratamento e posteriormente a recuperação (MACEDO; BRIGANO, 2005; CARDIA, 1999; CHORATTO; STABILLE, 2003).

Apesar de que a dor lombar é caracterizada por etiologia multifatorial, pode-se dizer que ela pode ser dar origem através de causas intrínsecas e extrínsecas. Em alguns casos, ou até mesmo a maioria é denominada lombalgia inespecífica, ou seja, sem causa específica, por este motivo grande partes das algias de coluna não possuem uma causa exata. As condições intrínsecas são: congênitas, degenerativas, inflamatórias, infecciosas, mecânicos-posturais e tumorais. E as causas extrínsecas são amplas, mas na maioria dos casos ocorrem por um esforço

repetitivo no trabalho ou na vida diária (ANDRADE; ARAUJO; VILAR, 2005; FAZZI; TOLEDO, 1984).

2.6 Tratamento fisioterápico na lombalgia

A fisioterapia possui um papel importantíssimo no tratamento da lombalgia, possuindo como objetivos a diminuição da sintomatologia, melhora da funcionalidade, independência entre outros, influenciando de forma positiva, melhorando assim a qualidade de vida. A gravidade da lesão e o diagnóstico é que vão decidir quais serão as condutas fisioterápicas adequadas, sendo necessário respeitar a individualidade de cada paciente, proporcionando o melhor tratamento possível, favorecendo posteriormente em sua reabilitação (VASCELAI, 2009).

Podemos citar algumas abordagens de tratamento fisioterápico, a estimulação nervosa transcutânea (TENS), apesar de existir algumas controvérsias sobre sua eficácia no tratamento, não sendo indicada em fase inicial na lombalgia mecânica aguda (DEYO, et al., 1990).

Os exercícios aeróbicos e o fortalecimento da musculatura da região lombar, por exemplo, os músculos paravertebrais, são comprovadamente eficazes para melhora do quadro, diminuindo o risco de recidivas (LIEMOHN, 1990, *apud* BRAZIL, et al., 2004)¹.

O repouso é considerado um tratamento conservador e bastante eficaz nos quadros de lombalgias, não podendo ser muito prolongado, pois a imobilização por longo prazo poderá trazer uma ação deletéria. Assim que a deambulação for possível o paciente deverá ser sempre estimulado a retornar as suas atividades principais e habituais (VROOMEN, 1999; WADDEL; FEDER; LEWIS, 1997).

Em geral, as decisões do tratamento devem ser baseadas em avaliações minuciosas dos sinais e sintomas do paciente e das respostas às intervenções, de modo que os resultados obtenham um sinal positivo de progresso do alívio das algias. Os recursos terapêuticos utilizados devem ser analisados e adequados para

¹ Liemohn W. **Exercise and arthritis. Exercise and the back.** Rheum Dis Clin North Am 16:945-70, 1990.

cada caso clínico (sendo diferenciadas em agudas, subagudas e crônicas), por meio de um prognóstico claro e objetivo (LOPES, 2009).

2.7 CLIFOR

A CLIFOR (Clínica Escola de Saúde do UNIFOR) possui cerca de 800 metros quadrados e oferece aparelhagem de última geração. Corresponde a um laboratório dos diversos cursos afins do UNIFOR, e possui alguns objetivos principais: Possibilita a prática de estágios extracurriculares e curriculares com atendimentos na área de fisioterapia, auxilia os profissionais em seus estudos e pesquisas, permite aos acadêmicos diversas atividades tanto teóricas como práticas, e disponibiliza a comunidade regional e local atendimentos fisioterapêuticos de grande qualidade (REGULAMENTO CLIFOR, 2008).

O tratamento é oferecido principalmente para a população de baixa renda, para funcionários e acadêmicos do UNIFOR, devido a uma grande demanda de pacientes. A responsabilidade de seleção de pacientes é do Coordenador Geral e dos supervisores de estágio, sendo necessário que o indivíduo a fins de tratamento, compareça na mesma com seu respectivo documento de identidade, comprovante de renda, e fosse necessário encaminhamento, para cadastro na secretaria. E realizada uma triagem e caso o paciente apresente indicação será feito o encaminhamento para o possível tratamento (REGULAMENTO CLIFOR, 2008).

O atendimento é realizado nas áreas de ortopedia, reeducação postural, neurologia adulto e infantil, uroginecologia e obstetrícia, pneumologia, cardiologia, disfunção temporomandibular, geriatria, reumatologia e hidroterapia, sendo os graduandos responsáveis por efetuar a avaliação cinética funcional, planejar o tratamento, e executá-lo de forma correta ao paciente, sendo sempre supervisionados por profissionais capacitados de determinada área (REGULAMENTO CLIFOR, 2008).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal quanti-qualitativo retrospectivo que foi realizado na CLIFOR - Clínica Escola de Saúde do UNIFOR, no Centro Universitário de Formiga – MG, após autorização da coordenadora responsável. O estudo observacional é caracterizado por investigar uma ou mais condições que acontecem naturalmente ou espontaneamente, ou seja, sem a intervenção do pesquisador. Os principais objetivos desse tipo de estudo é descrever a distribuição de uma determinada variável na população, verificando-se a existência de uma possível associação entre dois eventos (PEREIRA, 2002).

O estudo transversal, ou estudo de prevalência, é aquele que avalia determinada população em um mesmo momento, podendo referir-se a este momento e a um momento passado, as pessoas serão contatadas e os prontuários analisados somente uma vez, sendo este o suficiente (PEREIRA, 2002).

3.2 Amostra

Dos 1216 prontuários inicialmente selecionados convenientemente por estarem devidamente cadastrados na CLIFOR entre os anos de 2008 a 2012, apenas 43 se adequaram aos critérios de inclusão definidos no projeto de pesquisa, fechando uma amostra total de 43 prontuários.

3.2.1 Critérios de Inclusão

- Indivíduos devidamente cadastrados na CLIFOR, e que receberam tratamento fisioterápico para lombalgia, entre o período de 2008 a 2012.
- Possuir diagnóstico clínico para lombalgia.

3.2.2 Critérios de Exclusão

- Preenchimento incorreto, ou ausência de dados nos prontuários.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Ficha de tabulação de dados (APÊNDICE B)

Elaborada pelo próprio autor do projeto com o objetivo de identificar a amostra, consta de dados como número do prontuário, gênero, faixa etária, número de sessões realizadas, alta, abandono, profissão, área de atendimento e possíveis causas e patologias associadas.

3.3.2 Ficha de avaliação fisioterápica (ANEXO A)

Foi utilizada a Ficha de Avaliação Fisioterápica preenchida dos pacientes, com os seus respectivos dados, para coleta e análise.

3.4 Procedimentos

O estudo foi realizado na CLIFOR - Clínica Escola de Saúde do UNIFOR, departamento de Fisioterapia, do Centro Universitário de Formiga - MG, onde foi feita a análise e coleta dos dados utilizando como instrumentos, a Ficha de Tabulação de Dados (APÊNDICE B), Ficha de Avaliação Fisioterápica (ANEXO A). A análise e coleta de dados foram realizadas pelo pesquisador responsável pelo estudo através do agendamento da visita a CLIFOR, sem interferir no andamento dos atendimentos da clínica.

3.5 Análises dos dados

Foi realizada a análise descritiva dos dados sobre forma de porcentagem, média, desvio padrão, onde foram apresentados em gráficos e tabelas.

3.6 Cuidados Éticos

Este trabalho foi realizado somente após a coordenadora responsável pela CLIFOR - Clínica Escola de Saúde do UNIFOR, no Centro Universitário de Formiga, ser esclarecida sobre o devido estudo, assinando assim a carta de intenção de Pesquisa (APÊNDICE A).

4 RESULTADOS

As fichas de avaliações foram previamente selecionadas através do banco de dados disponibilizado pela CLIFOR (Clínica Escola de Saúde do UNIFOR), situada no bairro Água Vermelha da cidade de Formiga – MG. Foram analisadas 1216 fichas de avaliações das áreas de traumatologia-ortopedia, reeducação postural, neurologia adulto e infantil, uroginecologia e obstetrícia, pneumologia, cardiologia, disfunção temporomandibular, geriatria e hidroterapia, entre o ano de 2008 a 2012, sendo assim selecionados 43 (3,53%) que apresentavam diagnóstico clínico para lombalgia e preenchimento correto dos dados, alguns pacientes apresentavam mais de uma ficha de avaliação sendo assim escolhida a ficha de data mais atual para a análise.

Em relação ao gênero, o feminino foi predominante na amostra total, sendo 30 mulheres (69,76 %) e 13 homens (30,23 %).

A idade dos pacientes variou de 20 a 80 anos, com média de $49,55 \pm 13,26$, sendo evidenciada na TAB. 1, a distribuição por faixa etária de acometimento da lombalgia.

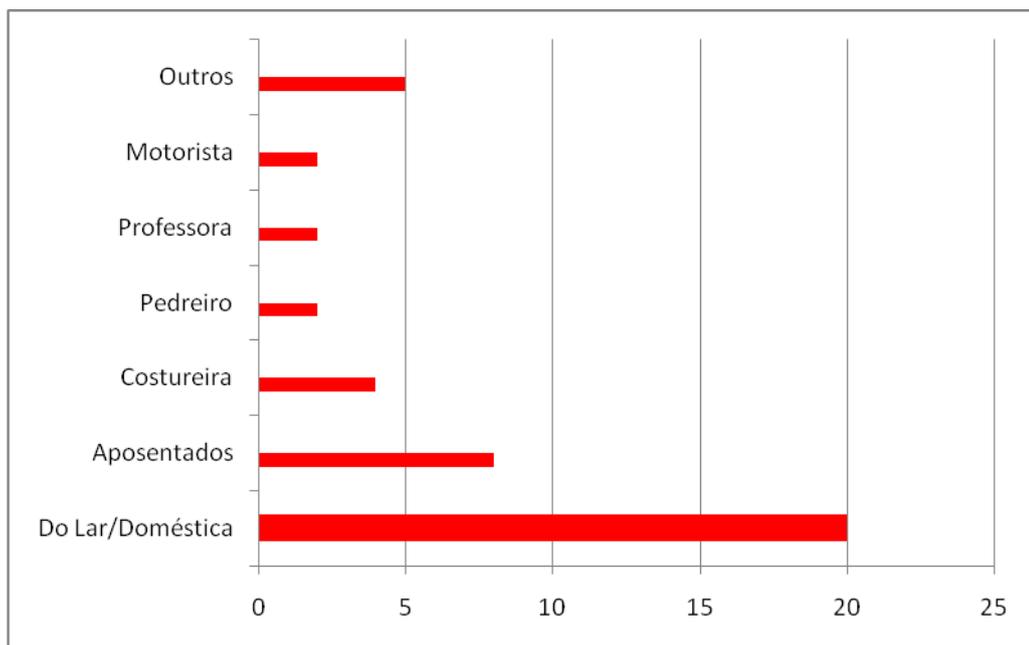
TABELA 1 – Distribuição por faixa etária de acometimento da lombalgia.

| Faixa Etária | N | % |
|--------------|----|-------|
| 20 a 29 anos | 1 | 2,32 |
| 30 a 39 anos | 10 | 23,25 |
| 40 a 49 anos | 10 | 23,25 |
| 50 a 59 anos | 13 | 30,23 |
| 60 a 69 anos | 5 | 11,62 |
| 70 a 79 anos | 3 | 6,97 |
| 80 a 89 anos | 1 | 2,32 |
| Total | 43 | 100,0 |

Fonte: do autor

Quanto à variável profissão 20 pacientes (46,5 %) eram do lar/doméstica, 8 (18,60 %) aposentados, 4 (9,30 %) costureiras, 2 (4,65 %) pedreiro, 2 (4,65 %) professores, 2 (4,65 %) motorista, 5 (11,62 %) se encaixavam em outros, sendo assim evidenciada no GRAF. 1, a distribuição dos pacientes com lombalgia segundo a profissão.

GRÁFICO 1 – Distribuição dos pacientes com lombalgia segundo a profissão



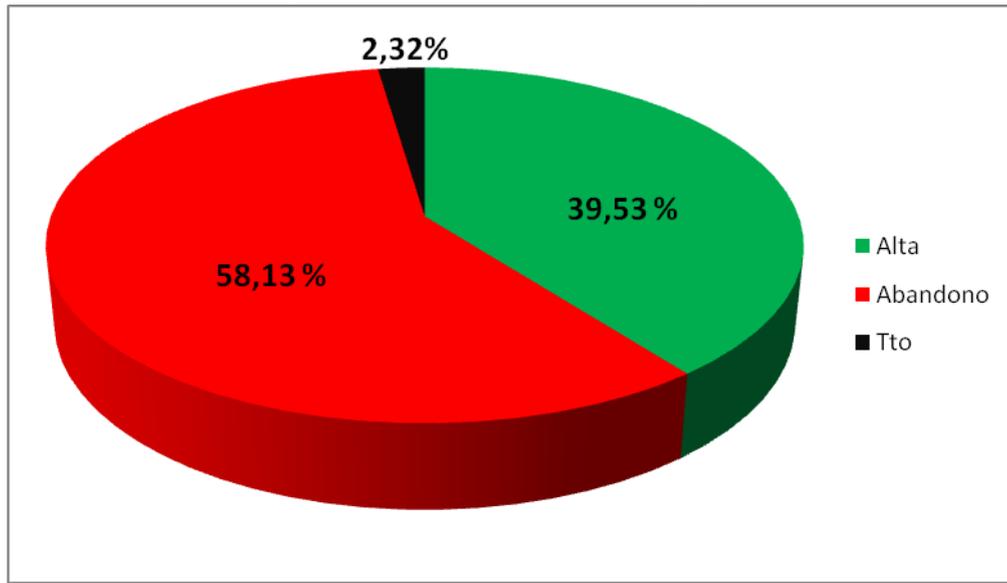
*Outros: (comerciante, auxiliar de escritório, mestre de obras, serviços gerais, serviço público).

*Aposentados: (serviços gerais, administrador, doméstica, fiscal, borracheiro).

Fonte: do autor.

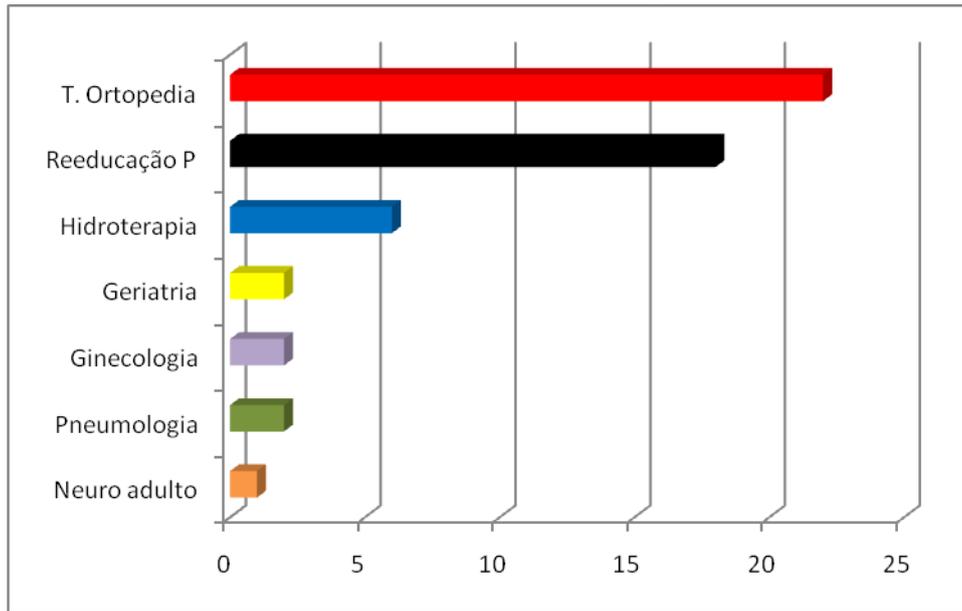
Em relação à alta e abandono fisioterápico, 17 pacientes obtiveram alta, 25 pacientes abandonaram o tratamento, e 1 paciente está em tratamento atualmente, sendo evidenciado no GRAF. 2, relação alta e abandono fisioterápico.

GRÁFICO 2 – Relação alta e abandono fisioterápico



Fonte: do autor

Os atendimentos fisioterápicos foram realizados em diversas áreas sendo que alguns pacientes realizaram tratamento em mais de uma área, 22 pacientes foram atendidos na área de traumatologia-ortopedia, 18 em reeducação postural, 6 em hidroterapia, 2 em geriatria, 2 ginecologia obstetrícia, 2 em pneumologia, 1 em neurologia adulto, o GRAF. 3 a seguir demonstra as áreas de atendimento fisioterápico dos pacientes.

GRÁFICO 3 – Áreas de atendimento fisioterápico

Fonte: do autor

O número de sessões fisioterápicas realizadas variou de 1 a 228 sessões, com média de $31,60 \pm 42,28$. A seguir a TAB. 2 demonstra a distribuição dos pacientes de acordo com o número de sessões realizadas.

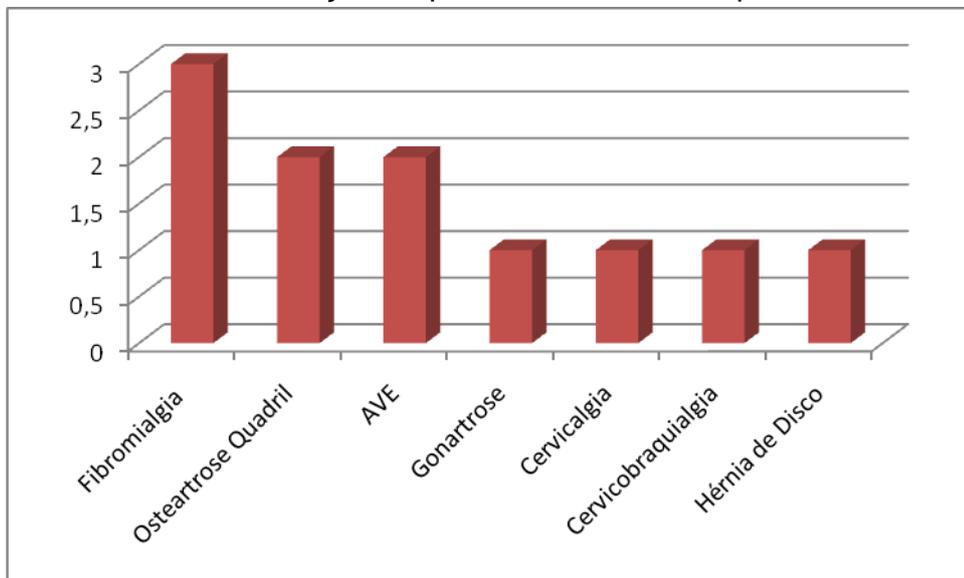
TABELA 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com o número de sessões realizadas.

| Sessões | N |
|-----------|----|
| 0 a 50 | 38 |
| 51 a 100 | 2 |
| 101 a 150 | 2 |
| 151 a 200 | 0 |
| 201 a 250 | 1 |
| Total | 43 |

Fonte: do autor

A respeito das possíveis causas foram encontradas as seguintes: 3 pacientes com Fibromialgia, 2 Osteoartrose do Quadril, 2 AVE, 1 Gonartrose, 1 Cervicalgia, 1 Cervicobraquialgia, 1 Hérnia de Disco, e 32 pacientes não apresentaram causa direta ou específica para lombalgia. Em relação às doenças associadas, encontrou-se 17 pacientes com HAS, 5 com depressão, 3 com diabetes, 10 com acometimento vascular, 8 com acometimento respiratório, 6 com acometimento visual, 4 com acometimento gastrointestinal e 3 com acometimento cardíaco. A seguir o GRAF. 4, demonstra a distribuição de possíveis causas em pacientes com lombalgia.

GRÁFICO 4 – Distribuição de possíveis causas em pacientes com lombalgia



Fonte: do autor

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve por finalidade analisar as principais variáveis relacionadas à lombalgia, verificando a prevalência e caracterizando a população acometida quanto ao gênero, idade, profissão, área de atendimento fisioterápico, alta e abandono fisioterápico, número de sessões realizadas, possíveis causas e doenças associadas, através das fichas de avaliação de pacientes atendidos na Clínica Escola de Saúde do UNIFOR – CLIFOR no período de 2008 a 2012 com diagnóstico clínico para lombalgia.

A amostra foi selecionada através de um banco de dados disponibilizado pela Clifor, onde foi composta inicialmente por todos os prontuários de pacientes atendidos, totalizando 1216 prontuários, sendo 43 (3,53%) de indivíduos com lombalgia, segundo o diagnóstico clínico relatado nas fichas.

No estudo em questão foi constatada uma maior prevalência da lombalgia no gênero feminino, correspondendo a 30 indivíduos (69,76%), enquanto o gênero masculino apresentou 13 (30,13%). Segundo Assis; Natour (2004) não há diferença de acometimento quanto ao gênero, relatando uma incidência patológica igualitária entre os gêneros, fato concordado por Pires; Samulski (2006) no qual descreve que a lombalgia é uma disfunção que acomete igualmente ambos os gêneros.

Antunes *et al.*, (2011), realizaram um estudo transversal, observacional, realizado no ambulatório de fisioterapia de uma instituição pública estadual, composto por 193 indivíduos com diagnóstico de lombalgia crônica, onde foi predominante o gênero feminino 140 (72,5%), e o masculino 53 (27,5%), o que corrobora com o estudo de Zavarize; Wechsler (2012), onde a amostra foi composta por 158 indivíduos portadores de dor lombar, onde foi constatada a prevalência também do gênero feminino, 105 mulheres e 53 homens.

De acordo com Reis *et al.*, (2008), este fato pode ser explicado tendo em vista que as mulheres apresentam maior prevalência do que os homens, pois estão expostas a maiores riscos, devido as suas características anatômicas e funcionais tais como menor densidade óssea, menor adaptação aos esforços físicos, maior fragilidade articular, menor massa muscular, no qual quando somadas podem predispor ao aparecimento da lombalgia. Além disso, as mulheres estão dispostas às diversas cargas ergonômicas, realização das tarefas domésticas, além da jornada dupla de trabalho e posturas viciosas, no qual podem potencializar o aparecimento

de dores lombares. Já Caraviello *et al.*, (2005), aborda o fato das mulheres serem mais cuidadosas consigo mesma, cuidando mais de sua saúde e buscando assim mais recursos que favoreçam seu bem estar.

Os dados coletados neste estudo revelaram que a idade de acometimento variou entre 20 a 89 anos, com média de $49,55 \pm 13,26$. Apresentou maior prevalência da lombalgia em indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos correspondendo a 13 (30,23%) dos pacientes, sendo que 10 (23,25%) tinham entre 40 a 49 anos; 10 (23,25%) entre 30 a 39 anos, assim como 5 (11,62%) dos pacientes encontravam-se na faixa de 60 a 69 anos; 3 (6,97%) entre 70 a 79 anos, e 1 (2,32%) com 80 a 89 anos, observando também 1 (2,38%) na faixa etária de 20 a 29 anos.

A lombalgia obteve maior prevalência no presente estudo em indivíduos entre 50 a 59 anos. Neste estudo, mesmo não havendo dados concretos sobre as possíveis causas do acometimento nestes indivíduos, isto se deve possivelmente pelo processo fisiológico do envelhecimento, associado com o maior tempo de exposição a sobrecargas ao longo da vida, posturas incorretas adotadas ao longo dos anos juntamente com a profissão do indivíduo, podendo assim predispor ao aparecimento da lombalgia.

Segundo Wisniewski; Colussi (2010), os distúrbios osteomusculares possuem elevada incidência entre os trabalhadores com faixa etária de 20 a 39 anos, o que corroboram com os estudos de Neto; Barreto (200-), onde foi realizada uma análise comparativa da prevalência de lombalgia entre motoristas de ônibus de turismo e de coletivos urbanos, constatando-se uma incidência de lombalgia principalmente em indivíduos de 30 a 39 anos, o mesmo relata que a dor lombar é muito comum em países industrializados gerando grande incapacidade e sendo a causa mais freqüente de limitação física.

De acordo com Khouri *et al.*, (2008), a prevalência aumenta com a idade, atingindo um número maior de indivíduos durante a sexta década de vida, acometendo cerca de 80% da população mundial. Já Braga *et al.*, (2012), relata que a lombalgia atinge a população em idade economicamente ativa, causando um grande impacto na saúde dos mesmos, sendo assim uma das causas de absenteísmo.

Em relação as profissões dos indivíduos, foram constatadas que 20 (46,5%) eram do lar / doméstica, 4 (9,30%) costureiras, 2 (4,65%) pedreiros, 2 (4,65%) professores, 2 (4,65%) motoristas, 5 (11,62) outros (comerciante, auxiliar de escritório, mestre de obras, serviços gerais, serviço público), e 8 (18,60) eram aposentados (serviços gerais, administrador, doméstica, fiscal, borracheiro).

Dentre as profissões observadas no presente estudo, 46.5% são domésticas/do lar, isto possivelmente se deve a posturas viciosas adotadas ao longo do dia, realização de movimentos inadequados como as rotações de tronco, no qual poderá sobrecarregar estruturas da coluna vertebral, além da jornada dupla de trabalho, na maioria das vezes sem pausa e sem orientações adequadas.

Segundo Freitas *et al.*, (2011); Nunes *et al.*, (2007), estudos demonstram que a dor lombar possui etiologia multifatorial, destacando-se as características individuais, possíveis causas biomecânicas, e fatores ocupacionais, uma vez que o sistema musculoesquelético está sujeito a desarmonias quando é submetido a condições inadequadas, como por exemplo, permanecer na posição sentada por um longo período de tempo. A postura sentada quando somada à falta de atividade física é considerada um fator condicionante para diminuição de flexibilidade, diminuição de mobilidade articular, gerando assim uma maior fadiga muscular, o que pode comprometer o alinhamento e a estabilidade da coluna, contribuindo para o surgimento de dores lombares.

De acordo com Marras (2000), Silva; Fassa; Valle (2004), Moraes; Przysezny (2004), Silva; Fassa; Kriebel (2006), os traumas acumulativos, atividades dinâmicas associadas aos movimentos de flexão e rotação de tronco, trabalho físico pesado, agachamento, levantamento ou carregamento de cargas, adoção de posturas incorretas e estáticas e a exposição a longas jornadas de trabalho sem pausas, são considerados fatores de risco importantes para o aparecimento e agravamento de dores lombares, o que possivelmente pode estar relacionado com as profissões no qual o indivíduo trabalha muito tempo na posição de pé, como por exemplo, doméstica, pedreiro, borracheiro, serviços gerais e até mesmo professores.

A respeito das variáveis alta e abandono fisioterápico, 17 pacientes (39,53 %) obtiveram alta por melhora, 25 pacientes (58,53 %) abandonaram o tratamento, e 1 paciente (2,32 %) está em tratamento atualmente.

Oliveira *et al.*, (2010), realizaram um estudo na Clínica Escola de Fisioterapia

Dermato-Funcional da Universidade Potiguar, o qual se tratou de um estudo descritivo, retrospectivo, onde foram analisados os prontuários de 863 pacientes que freqüentaram o serviço de fisioterapia dermatofuncional entre 2000 a 2009, sendo então observado que 47% dos pacientes receberam alta por abandono, ou seja, abandonaram o tratamento. De acordo com Silva (2010), Mezzomo (2007), este fato pode ser explicado por freqüentes pausas dos atendimentos fisioterápicos, devido ao período de férias ou mudanças na grade curricular, influenciando de forma negativa no processo de tratamento, podendo então ser considerada uma grande limitação.

De acordo com Dias; Sampaio; Taddeo (2009), o período prolongado necessário para a reabilitação funcional de algumas patologias e a pouca motivação por parte dos pacientes gerada por métodos tradicionais e repetitivos, são apontados como o principal motivo de abandono ao tratamento fisioterápico, caracterizando-se uma das principais falhas terapêuticas durante o tratamento de patologias crônicas.

Possivelmente o alto índice de abandono do presente estudo, pode estar relacionado a pouca motivação dos pacientes, escasso conhecimento em relação à eficácia e importância da continuidade do tratamento, dificuldade de acesso até a clínica, necessidade de voltar ao trabalho, que muitas vezes coincide com o horário da fisioterapia, e até mesmo o padrão que às vezes dificulta o processo, não liberando o funcionário para tratamento prolongado, o período de férias no qual ocasiona pausa temporária ao tratamento, enfim, tudo isso pode estar possivelmente influenciando de forma negativa ao processo de reabilitação, ocasionando um alto índice de abandono ou absenteísmo.

Já em relação à alta fisioterápica, possíveis fatores como motivação, fator psicológico, o próprio entendimento do indivíduo em relação à patologia, quadro clínico apresentado, vínculo terapeuta e paciente, entre outros, e essencial para um tratamento eficaz e satisfatório, colaborando assim para a alta fisioterápica. Já por outro lado, no presente estudo foi constatado que um paciente ainda permanece em tratamento, isto possivelmente se deve pelo quadro crônico apresentado pelo paciente, ou a própria acomodação do paciente ao serviço, no qual é um trabalho voltado a pessoas de baixa renda, ou seja, gratuito, e também fatores psicológicos de dependência afetiva e emocional, afetando o físico.

Os atendimentos fisioterápicos foram realizados em diversas áreas, foi verificada que a área de fisioterapia traumato-ortopédica obteve um maior número de atendimentos, totalizando 22 pacientes, sendo que alguns pacientes realizaram tratamento em mais de uma área.

No presente estudo pode-se observar que a traumato-ortopedia é uma área que possui um grande número de atendimentos, devido à alta incidência de distúrbios do sistema musculoesquelético na população em geral, sejam eles crônicos ou agudos.

De acordo com Vinãs; Biazus; Machado (200-), a fisioterapia possui atendimentos em várias áreas, ou seja, atendimento diversificado, e relata que a área de traumato-ortopedia é uma das áreas mais procuradas, o que corrobora com os achados do presente estudo. Os autores Badaró; Guilerm (2011), realizaram um estudo para conhecer o perfil socio-demográfico e profissional dos fisioterapeutas que atuam na cidade de Santa Maria, onde foi constatada uma maior atuação dos profissionais na área de traumato-ortopedia, já que a mesma é considerada a área de maior demanda de serviço.

A respeito do número de sessões fisioterápicas realizadas, verificou-se que 38 pacientes variaram de 1 a 50 sessões, 2 pacientes realizaram de 51 a 100 sessões, 2 pacientes de 101 a 150 sessões, 1 paciente de 201 a 250 sessões, e nenhum paciente de 151 a 200 sessões.

Leite *et al.*, (2008), verificaram uma melhora significativa no quadro algico e na funcionalidade de pacientes com dor lombar crônica inespecífica após um tratamento composto de 12 sessões, o que vem de encontro com o estudo de Pereira; Ferreira; Pereira (2010), que também relataram que os resultados obtidos em seus estudos demonstram que um programa de seis semanas com frequência de duas vezes semanais compostos de exercícios de estabilização lombar foi bastante efetivo na redução da incapacidade funcional e na redução de dores lombares.

Segundo Ferreira; Navega (2010), ao realizar uma intervenção composta de 41 pacientes de ambos os gêneros, com idade entre 25-65 anos e com histórico de dor lombar crônica, realizados uma vez por semana com duração de 60 minutos cada, baseados no programa de “Escola de Postura” que se trata de um programa elaborado para ser desenvolvido em seis encontros, sendo que no primeiro encontro

foi realizada a avaliação dos pacientes e nos cinco encontros seguintes foram ministradas aulas de capacitação teóricas-práticas, associando-se a uma prática de trabalho a manutenção de posturas adequadas, além de orientações gerais, onde foi constatado que o programa de “Escola de Postura” proposto foi bastante efetivo, sendo capaz de melhorar a capacidade funcional dos pacientes, influenciando de forma positiva na qualidade de vida dos mesmos, o que vem de encontro com o estudo de Caraviello *et al.*, (2005), que após a aplicação deste mesmo programa de tratamento da “escola da postura” foi avaliado a dor e a incapacidade funcional dos pacientes antes e após, através do questionário de Roland-Morris e da Escala Visual Analógica de Dor (EVA), constatando-se que a maior parte dos pacientes apresentou melhora da dor e da funcionalidade ao final deste programa de reabilitação, comprovando a importância das orientações educativas.

Já Brigano; Macedo (2011), realizaram um estudo composto por 30 sessões fisioterápicas, divididas em 3 fases de 10 sessões, com 25 pacientes com diagnóstico de lombalgia crônica e um grupo controle de 25 indivíduos assintomáticos. O protocolo foi desenvolvido com sessões individuais de uma hora por dia, três vezes semanais, totalizando 30 sessões. Ao fim do tratamento foi verificada a melhora da dor, onde foi mensurada através da Escala Visual Analógica (EVA), onde foi aplicada antes do tratamento e após, para verificação da dor lombar relatada entre os mesmos.

Através dos estudos mencionados acima, observou-se que o número de sessões variou-se de 1 a 30, fato semelhante ao presente estudo foi, onde foi verificado que 38 dos 43 indivíduos portadores de lombalgia realizaram entre 1 a 50 sessões fisioterápicas, sendo a tabela 2 distribuição dos pacientes de acordo com o número de sessões realizadas, foi construída através de um arredondamento dos números de sessões, ou seja, de 1 a 50, 51 a 100, 101 a 150, 151 a 200, 201 a 250, e assim encaixando os indivíduos na tabela de acordo com o número de sessões realizadas.

Já em relação ao número elevado de sessões fisioterápicas onde 2 pacientes variaram de 51 a 100 sessões, 2 pacientes de 101 a 150 sessões, 1 paciente de 201 a 250, isto se deve possivelmente por alguns pacientes apresentarem patologias associadas, ou seja, a somatização de várias patologias podem influenciar de maneira negativa, tornando o tratamento mais prolongado e com mais

restrições, ou pode estar também relacionado a acomodação do paciente ao serviço de fisioterapia, justamente por ser um serviço gratuito, e possivelmente pode estar associado também a uma necessidade de atenção afetiva.

Em relação às doenças associadas que os pacientes apresentaram no presente estudo, verificou-se que 17 indivíduos são portadores de hipertensão arterial, 10 indivíduos possuíam acometimento vascular, 6 com acometimento visual, 8 com acometimento respiratório, 4 com acometimento gastrointestinal, 3 com acometimento cardíaco, 5 com depressão e 3 portadores de diabetes.

Figueiredo (2008), realizou um estudo experimental com 60 indivíduos portadores de lombalgia inespecífica crônica, divididos em 2 grupos, onde verificou-se que 6 (20%) dos pacientes apresentavam hipertensão arterial, 11 (36,6%) possuíam depressão e 13 pacientes não possuíam nenhum tipo de doença associada.

Já Reis *et al.*, (2008), realizaram um estudo descritivo, transversal, realizado por meio de investigação de prontuários de pacientes atendidos entre o período de agosto de 2005 a agosto de 2007, na clínica escola de fisioterapia da UESB, onde foram encontrados 44 prontuários de pacientes idosos com diagnóstico para lombalgia. Verificou-se entre a população acometida que a hipertensão arterial foi a patologia associada de maior incidência, 21 indivíduos (47,7%), e as doenças cardiovasculares 8 indivíduos (18,2%) e diabetes 4 indivíduos (9,1%), o que corrobora com os achados do presente estudo, onde a hipertensão arterial, acometimentos cardíacos e vasculares e diabetes, encontravam-se com elevada incidência.

No mesmo estudo de Reis *et al.*, (2008), também foi verificado que 21 (47,7%) dos indivíduos não possuíam causa aparente ou causa direta para surgimento da lombalgia, o que vem também de encontro com o presente estudo, no qual 32 pacientes não possuíam diagnóstico para lombalgia associado a alguma causa aparente.

Fica definido com base neste estudo, o perfil epidemiológico de pacientes atendidos na CLIFOR com diagnóstico clínico para lombalgia no ano de 2008 a 2012. Houve uma maior prevalência do gênero feminino, com idade entre os 50 a 59 anos, com a profissão em destaque Doméstica / Do Lar, a hipertensão arterial como a doença associada de maior incidência, sendo que 32 pacientes não apresentaram

nenhuma causa direta ou aparente para o aparecimento da lombalgia. A área de atendimento com maior número de sessões fisioterápicas foi a traumato-ortopedia, sendo por fim constatado um alto índice de abandono, não esquecendo também dos pacientes que foram reabilitados com sucesso pelo serviço de fisioterapia da CLIFOR, principalmente pelo setor de traumato-ortopedia, visto que tem a maior demanda, e quando associada à interação entre fisioterapeutas e pacientes conseguem-se bons resultados.

Este estudo apresentou algumas possíveis limitações, a coleta de dados ser baseada apenas nos prontuários, e ausência de dados em algumas fichas de avaliações. O presente estudo nos dá a ideia de como é o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na Clínica Escola de Saúde do UNIFOR, visto que a fisioterapia é essencial no processo de reabilitação, consistindo no tratamento, prevenção e promoção da saúde, sempre visando à melhora da qualidade de vida. A realização deste trabalho sugere que sejam feitos novos estudos para que possamos acompanhar o perfil dos pacientes atendidos na CLIFOR, podendo-se estabelecer propostas específicas de intervenções primárias para tentar minimizar as consequências, através de medidas preventivas, como por exemplo, a realização de palestras e mini cursos, adotando estratégias diferenciadas, visando assim o melhor atendimento a população.

6 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo apontaram para uma prevalência da lombalgia no gênero feminino, com idade média de 49 anos, sendo a profissão de maior acometimento a doméstica ou do lar. Observou-se que vários indivíduos apresentam alguma doença associada principalmente a hipertensão arterial, o que possivelmente pode ter influenciado no processo de reabilitação e na grande quantidade de sessões fisioterápicas realizadas, além de um considerável índice de abandono do tratamento. A área relacionada ao maior número de atendimentos foi a Fisioterapia traumato-ortopédica, provavelmente devido à alta incidência de distúrbios do sistema musculoesquelético na população, apesar de não ser constatada causa direta para a lombalgia em boa parte dos pacientes.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M.C.B. **Fatores de risco das lombalgias ocupacionais: o caso de mecânicos de manutenção e produção**. 2001. 10 f. Dissertação (Programa de Pós Graduação em Engenharia da Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 2001.

ANDERSSON, GBJ. Epidemiological features of chronic low-back pain. **Department of Orthopedic Surgery, Rush-Presbyterian-St Luke's Medical Center, USA**, p. 581-585, 1999.

ANDRADE, S.C.; ARAÚJO, A. G. R.; VILAR, M. J. P. “Escola de coluna”: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. **Rev. Bras. Reumatol**, [S.l.], v. 45, n.4, p. 224-228, jul./ago. 2005.

ANTUNES, R. S. et al. Dor, cinesiofobia e qualidade de Vida em pacientes com lombalgia crônica e depressão. **Acta ortop. Brás**, v. 21, n.1, p. 27-29, julho. 2011.

ASSIS, M. R.; NATOUR; J. Lombalgia e Lombociatalgia. In: SATO, E. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar UNIFESP/Escola Paulista de Medicina: Reumatologia**. 1 ed. Barueri – SP: Manole, 2004. cap. 31, p 308–310.

BADARÓ, A. F. V., GUILHEM, D. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioterapia Mov.**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 445-454, jul./set. 2011.

BRAGA, A. B. et al. Comparação do equilíbrio postural estático entre sujeitos saudáveis e lombálgicos. **Acta ortop. bras**. v. 20, n. 4, p. 210-212, dez/jan. 2012.

BRAZIL, AV. et al. Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 44, n. 6, p. 419-425, Nov/dez, 2004.

BRIGANO, J.U.; MACEDO, C.S.G. Análise da mobilidade lombar e influência da terapia manual e cinesioterapia na lombalgia. **Semina: Ciências Biológicas Saúde**, Londrina, v. 26, n. 2, p.75-82, jul./dez. 2005.

CARAVIELLO, E. Z. et al. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna, **ACTA FISIATR.**, 2005; 12(1): 11-14.

CARDIA, M.C.G. **Implantação e avaliação de um programa de treinamento postural: o caso das telefonistas da TELPA.** 1999. 7 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1999.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA UNIFOR. Laboratórios. **Clínica Escola de Saúde do Unifor.** Regulamento da Clínica Escola de Saúde do UNIFOR (CLIFOR), 2008.

DÂNGELO, J.G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana: Sistêmica e Segmentar.** 3ª edição. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto. Editora Atheneu, 2007.

DELIBERATO, P.C. P. **Fisioterapia Preventiva: Fundamentos e Aplicações.** 1ª edição. Barueri - São Paulo. Editora Manole, 2002.

DEYO, R. A. et al. A controlled trial of transcutaneous electrical nerves stimulation (TENS) and exercise for chronic low back pain. **N Engl J Med**, v.322, n. 23, p. 1627-1634, 1990.

DEYO, R.; PHILLIPS, W.R. Low back pain. A primary care challenge. **Spine**, Usa, v. 21, n. 24, p. 2826-2632, dez, 1996.

DIAS, R. S. SAMPAIO, I. L. A. Fisioterapia x Wii: A introdução do lúdico no processo de reabilitação de pacientes em tratamento fisioterápico. **VIII Brazilian Symposium on Games and Digital Entertainment.** Rio de Janeiro - RJ. p.8-10. Out. 2009. Disponível em: <http://www.sbgames.org/papers/sbgames09/culture/short/cults8_09.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2013.

DZIEDZINSKI AT.; JOHNSTON C.; ZARDO, E. **Perfil Epidemiológico dos pacientes com dor lombar que procuraram o serviço de traumatologia e ortopedia do HSL.** PUCRs. Fisioweb, 2005. Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/dor_lombar.htm>. Acesso em: 03 out.2012

FAZZI, A.; TOLEDO, C. Lombalgias mecânicas: considerações sobre diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Ortop.**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 11-15, jan./fev. 1984.

FERNANDES RCP.; CARVALHO, FM. Doença do disco intervertebral em trabalhadores da perfuração de petróleo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 661-669, jul/set, 2000.

FERREIRA, M. S.; NAVEGA, M. T. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. **Acta ortop. bras.** 2010, vol.18, n.3, p. 127-131.

FIGUEIREDO, F. M. A. **Efeitos na qualidade de vida da associação da acupuntura ao tratamento conservador da lombalgia inespecífica crônica.** 2008. 113 f. Dissertação (Mestrado em saúde ocupacional)- Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

FREITAS, K. P.N. et al. Lombalgia ocupacional e a postura sentada: efeitos da cinesioterapia laboral. **Rev. dor.** v.12, n. 4, p. 308-313, oct/dez. 2011.

HILDEBRANDT, VH. Back pain in the work population: prevalence rates in dutch trades and professions. **Ergonomics**, Holanda, v. 38, n. 6, p. 1283-1298, 1995.

JUNIOR, M.H.; GOLDENFUM, M.A.; SIENA, C. Lombalgia Ocupacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.56, n. 5, p. 583-589, 2010.

KAPANDJI, A.I. **Fisiologia Articular.** 5ª Ed, São Paulo: Manole, 2000.

KAPANDJI, A.I. **Fisiologia Articular .** 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

KHOURI, M. E.I et al. Prevalência de lombalgia em garimpeiros de serra pelada, Pará / Brasil. **Acta Fisiatr.** v. 15, n. 2, p. 82-86, nov/ dez. 2008.

LEITE, M. R. R. et al. **Efetividade dos exercícios de estabilização lombo-pélvico no tratamento da dor lombar crônica não-específica.** Terapia Manual. 2008, 6(27): 270-5.7.

LIEMOHN, W. Exercise and arthritis. Exercise and the back. **Rheumatic Diseases Clinics of North America**, v. 16, n. 4, p. 945-970, 1990.

LOPES, A. S. **Avaliação do efeito de um programa de treino de musculação na dor e na funcionalidade da região lombar.** 2009. 63 f. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. Porto Alegre, 2009.

MACEDO, E.; BLANK, V.L.G. Processo de trabalho e prevalência de dor lombar em motoristas de caminhões transportadores de madeira no sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.435-450, jul./set. 2006.

MACEDO, L.G.; LATIMER, J.; MAHER, C.G.; HODGES, P.W.; NICHOLAS, M.; TONKIN, L.; MCAULEY, J.H.; STAFFORD, R. Motor control or graded activity exercises for chronic low back pain? A randomised controlled trial. **BMC Musculoskelet Disord**, Austrália, v. 9, n. 65, p. 2-9, fev/mai, 2008.

MAGEE, D. J. **Avaliação Musculoesquelética**. 4ª. ed. Barueri - São Paulo: Manole, 2005.

MARQUES, A.P. Pain evaluation of patients with fibromyalgia, osteoarthritis, and low back pain. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.**, v. 56, n. 1, p. 5-10, jan/fev, 2001.

MARRAS, W.S. Ocupacional low back disorder causation and control. **Ergonomics**, Usa, v. 43, n. 7, p. 880-902, 2000.

MEZZOMO, A.C. **Incidência de acadêmicos da FAG que procuram a fisioterapia Dermato Funcional para o tratamento da acne**. 2007. 74 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia). Faculdade Assis Gurgacz, Porto Alegre, 2007.

MORAES, S.T., PRZYSIEZNY, W. L. **Estudo da influência da lateralidade e da barra infracapital na reprogramação postural em pacientes lombálgicos crônicos**. *Terapia Manual*. v.3, p.278-283. 2004.

NETO, J. F. M.; BARRETO, A. C. M. **Análise comparativa da prevalência de lombalgia entre motoristas de ônibus de turismo e coletivo urbano**. 200- . Disponível em: <<http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoque/files/06/14.pdf>>. Acesso em : 20 maio 2013.

NUNES, F.T.B.; CONFORTI-FROES, N.D.T.; NEGRELLI, W.F., et al. Fatores genéticos e ambientais envolvidos na degeneração do disco intervertebral. **Acta. Ortop. Bras.**,v.5, n.1, p. 9-13. 2007.

OLIVEIRA, A. et al. Levantamento retrospectivo dos atendimentos do ambulatório de fisioterapia dermato-funcional da universidade potiguar. **Rev. Científica da Escola Saúde**. v.1, n.1, p. 41-50. 2010.

OLIVEIRA, R.; PEREIRA, M.; MATSUDO, V.K.R. Terceira idade: características antropométricas e consumo de oxigênio em praticantes de atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Caetano do Sul, v. 2, n. 4, p. 17-21, 1988.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, 596p.

PEREIRA, N. T.; FERREIRA, L. A. B.; PEREIRA, W. M. Efetividade de exercícios de estabilização segmentar sobre a dor lombar crônica mecânico-postural. **Fisioter. Mov.out/dez**, 2010. v.23, n.4, p. 605-614.

PIRES, E.O.; SAMULSKI, D.M. Visão interdisciplinar na lombalgia crônica causada por tensão muscular. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.14, n.1, p.13-20, 2006.

PIRES., A.M.; DUMAS, F.L.V. Lombalgia: Revisão de conceitos e métodos de tratamentos. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 159-168, jul./dez. 2008.

REIS, D.C.; LOSSO, I.R.; BIAZUS MA; MORO, A.R.P. Análise cinemática tridimensional do manuseio de carga na construção civil. **Rev. Bras. Saúde. Ocup.**, São Paulo, v. 30, n. 112, p. 27-35, 2005.

REIS, L. A.; MASCARENHAS, C. H. M.; MARINHO, F.; Luiz Evandro N. & BORGES, P. S. Lombalgia na terceira idade: distribuição e prevalência na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 1, Rio de Janeiro, janeiro/abril, 2008.

SILVA, A.C.F.; RAMOS, M.L.V. **Investigação sobre o encaminhamento médico aos tratamentos fisioterapêuticos de pacientes submetidos à cirurgia plástica estética**. 2010. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia).. Universidade Potiguar, Natal/RN ,2010.

SIIVA, M.C.; FASSA, A.G.; VALLE, N.C.J. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 377-385, mar/abr, 2004.

SILVA, M.C.; FASSA, A.G.; KRIEBEL, D. **Musculoskeletal pain in ragpickers in a southern city in Brazil**. Am J Ind Med. 2006; 49:327-36.

TAVAFIAN, S.S. Low back pain education and short term quality of life: a randomized Trial. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 8, n. 21, p. 1-6, fev, 2007.

TENÓRIO, M. Y. L. C; VIEIRA, L. C. R. Aspecto associado à lombalgia. Revisão da literatura. **Revista Digital**, Buenos Aires, v.17, n.173, out. 2012.

TOSCANO, J.J.O.; EGYPTO, E.P. A influência do sedentarismo na prevalência da lombalgia. **Rev. Bras. Med. Esporte**. João Pessoa, v. 7, n. 4, p. 132-137, jul./ago, 2001.

VASCELAI, A. Lombalgias: mecanismo anátomo-funcional e tratamento. **I CSBD**, Itajaí, p. 1-7, 2009.

VIÑAS, G. S.; BIAZUS, J. F.; RODRIGUES, M. A. M.; **Atuação do fisioterapeuta na sala de recuperação e quarto do Hospital nossa senhora da conceição, no pós-operatório Imediato de artroplastia total de quadril**. 200-. 15f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - UNISUL, Santa Catarina, 200- .

VROOMEN, P.C.A.J. et al. Lack of Effectiveness of Bed Rest for Sciatica. **The New England Journal of Medicine**, v. 340 n. 6, p.418-423, fevereiro, 1991.

WADDELL, G.; FEDER, G.; Lewis, M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. **Br J Gen Pract**, v. 47, n. 1 p. 647-652, out, 1997.

WISNIEWSKI, M. S. W.; COLUSSI, F. Distúrbios ostemioarticulares em trabalhadores do município de Erechim – setor de balas e doces, **PERSPECTIVA, Erechim**. v.34, n.125, p. 137-146, mar. 2010. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/125_81.pdf> Acesso em: 25 maio. 2013.

ZAVARIZE, S. R; WECHSLER, S. M. **Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em indivíduos com dor lombar crônica**. 2011. 125 f. Tese (pós graduação em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas –PUC-CAMPINAS, Campinas, 2011.

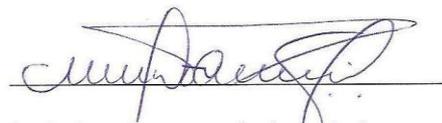
APÊNDICE A - CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISA

APÊNDICE A - CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISA

Eu, Wellerson Costa Faria, professor orientador e responsável principal pelo projeto de pesquisa intitulado, PERFIL DO PACIENTE COM LOMBALGIA: ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO FISIOTERÁPICO NA CLIFOR, do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR MG, que tem como objetivo traçar o perfil dos pacientes cadastrados na Clifor com diagnóstico clínico para lombalgia, venho solicitar autorização para a realização da coleta de dados nas dependências da CLIFOR – Clínica Escola de Saúde do UNIFOR-MG. Participa também desta pesquisa o acadêmico José Luiz Vieira Júnior, portador do RG: MG-13.847.359 o qual está regularmente matriculado no 9º período do curso de Fisioterapia no ano corrente, e assume a função de executor do projeto estando devidamente orientado para realizar a coleta de dados, através dos prontuários de pacientes com encaminhamento de Lombalgia, arquivados na CLIFOR, em data e horário pré-agendados, sem interferir no andamento dos atendimentos na clínica escola e se comprometendo a manter em sigilo a identificação dos pacientes dos prontuários analisados.

Caso aceite a realização da mesma, favor endossar no local específico abaixo.

Formiga, 01 de abril de 2013.



Assinatura do responsável principal

Concordo com a coleta de dados: pl/ Camila Barbara Pires

Responsável pela Instituição Sediadora

(com carimbo)

Cristiane Canto Ferreira
Coord. Geral dos Laboratórios
UNIFOR-MG

ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

CLIFOR – Clínica Escola de Saúde do UNIFOR-MG

ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO EM FISIOTERAPIA

DATA DA PRIMEIRA AVALIAÇÃO: ____/____/____ DATA DA REAVALIAÇÃO: ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M () F ()

ENDEREÇO: _____ TELEFONE: _____

ESTADO CIVIL: _____ PROFISSÃO: _____

ENCAMINHADO POR: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO: _____

2. ANAMNESE

a) Queixa Principal (QP): _____

b) História da Moléstia Atual (HMA): _____

c) História Progressiva (HP): _____

d) Medicamentos em uso: _____

e) Doenças Associadas: () Hipertensão () Cardíaca () Vascular

() Diabetes () Respiratória () Neurológica () Dermatológica

() Visual () Gastrointestinal () Geniturinária () Outra

Especificar: _____

Cirurgia realizada: () Não / () Sim → Local: _____ Tempo: _____

3. EXAME FÍSICO

f) Dados Vitais:

PA: _____ (mmHg)

FC: _____ (bcpm)

FR: _____ (irpm)

T°: _____ (graus)

EVA: |-----|
Sem Dor(0) (10)Dor Máxima

IMC: _____ $\text{Peso(kg)} \div \text{Altura(m)}^2 \rightarrow$ TABELA: < 20 abaixo do peso PESO: _____(kg)

Resultado: _____

20 a 25 peso ideal *
25 a 30 sobrepeso
> 30 obesidade

ALTURA: _____

g) Inspeção Geral:

h) Palpação e Ausculta:

i) Sinais e sintomas:

Edema: () Ausente / () Presente com Cacifo \rightarrow () Negativo () Positivo

Dor: () Ausente / () Presente \rightarrow EVA () Tipo: _____

Calor: () Ausente / () Presente

Rubor: () Ausente / () Presente

Função: () Preservada / () Perda Parcial () Perda Total

Local Acometido: _____

j) Sensibilidade:

k) Reflexos:

l) Coordenação Motora:

() Preservada () Alterada: _____

m) Exame do Equilíbrio:

Estático: _____

Dinâmico: _____

n) Exame da Marcha:_____
_____**o) Exame Postural:**_____
_____**p) Estrutura Corporal:**

Trofismo Muscular: () Normotrofia () Hipertrofia () Hipotrofia

Tônus Muscular: () Normotonia () Hipertonia () Hipotonia

Pele: _____

Amputação: () Não / () Sim _____ Coto: _____

Fratura: () Não / () Sim _____ AO ()

q) Medida de membros: (indicar ponto de origem e distância de medida)

Comprimento → _____

Circunferência → _____

r) Testes Específicos:

Ortopédicos: _____

Funcionais:

Ritmo Escapuloumeral → _____

Ritmo Lombopélvico → _____

Equilíbrio Estático Unipodal → _____

Ponta dos Pés → _____

Agachamento → _____

s) Exames Complementares:_____
_____**t) Goniometria:**

| ADM | | ATIVA | | PASSIVA | |
|-------------|-----------|-------|---|---------|---|
| ARTICULAÇÃO | MOVIMENTO | D | E | D | E |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Obs: _____

u) Teste de Flexibilidade Muscular:

| MÚSCULO | DIREITO* | ESQUERDO* | MÚSCULO | DIREITO* | ESQUERDO* |
|----------------------|------------------|-----------|------------------------|----------|-----------|
| <i>ÍSQUIOSURAS</i> | | | <i>TENSOR DA F. L.</i> | | |
| <i>ILIOPSOAS</i> | | | <i>ADUTORES DO Q.</i> | | |
| <i>RETO FEMURAL</i> | | | <i>PARAVERTEBRAIS</i> | | |
| <i>TRÍCEPS SURAL</i> | | | <i>PEITORAL</i> | | |
| *(N = Normal) | *(E = Encurtado) | | *(HF = Hiperflexível) | | |

Obs: _____

v) Teste de Força Muscular:

| MÚSCULOS | GRAU (0 a 5) | MÚSCULOS | GRAU (0 a 5) |
|----------|--------------|----------|--------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Obs: _____

4. TRATAMENTO

x) OBJETIVOS:
