

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO
PROFISSIONAL

MARINA PELLICIONI

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA
NAS LOMBALGIAS EM RIBEIRÃO PRETO-SP E REGIÃO

RIBEIRÃO PRETO
2019

PROGRAMA DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL

MARINA PELLICIONI

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NAS LOMBALGIAS EM RIBEIRÃO PRETO-SP E REGIÃO

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, elaborada como requisito para conclusão do Programa de Aprimoramento em Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP.

Área: Fisioterapia em ortopedia e Traumatologia
Orientador (a): Daniel Martins Coelho

RIBEIRÃO PRETO
2019

RESUMO

Introdução: definida como dor situada entre as margens costais e as linha glúteas, a dor lombar é de difícil diagnóstico e abrange grande parte da população mundial, em sua maioria mulheres obesas e sedentárias. Um dos tratamentos empregados é a fisioterapia que consiste em exercícios para fortalecimento da musculatura que estabiliza esta região. Contudo o tratamento apresenta grande variável entre os serviços público e privado de saúde. **Objetivos:** Analisar o perfil do atendimento fisioterapêutico em paciente com lombalgia; analisar a evolução da lombalgia em paciente atendidos em ribeirão preto e região. **Material e Métodos:** Estudo transversal no qual participou uma amostra de conveniência composta por 74 pacientes que realizaram ou ainda estavam em tratamento fisioterapêutico para lombalgia. Foi aplicado um questionário com dados sobre os atendimentos e a evolução dos pacientes. A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva. **Resultados:** foram recrutados 74 pacientes, 51% do sexo masculino, a maioria relata realizou sessões em grupo no serviço público de saúde, com duração de aproximadamente 60 minutos. Analisando as queixas dos pacientes, a maior parte relatou não sentir melhora da dor durante ou entre as sessões de fisioterapia. **Conclusão:** a maioria dos paciente não referiu mudança da dor durante ou entre as sessões, porém, dos que obtiveram melhora, a grade maioria recebeu algum tipo de orientação durante as sessões; a maior parte dos pacientes também não realizou avaliação prévia, contribuindo para o insucesso do tratamento; dos que obtiveram bons resultados, aproximadamente 80% realizaram cinesioterapia.

Palavras chave: Lombalgia. Fisioterapia. Qualidade dos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: defined as pain located between the costal margins and the gluteal line, low back pain is difficult to diagnose and covers a large part of the world population, mostly obese and sedentary women. One of the treatments used is physiotherapy consisting of exercises to strengthen the muscles that stabilize this region. However, treatment varies widely between public and private health services.

Objectives: To analyze the profile of physiotherapeutic care in patients with low back pain; to analyze the evolution of low back pain in patients seen in black stream and region.

Material and Methods: A cross-sectional study was carried out in which a convenience sample was composed of 74 patients who underwent or were still under physiotherapeutic treatment for low back pain. A questionnaire with data on patient care and evolution was applied. Data analysis was done using descriptive statistics.

Results: 74 patients were recruited, 51% male, the majority reported having performed group sessions in the public health service, with a duration of approximately 60 minutes. Analyzing patient complaints, most reported no improvement in pain during or between physical therapy sessions. **Conclusion:** most of the patients did not report any change in pain during or between sessions; however, of those that obtained improvement, the majority received some type of orientation during the sessions; most of the patients also did not perform a previous evaluation, contributing to the treatment failure; of those who obtained good results, approximately 80% underwent kinesiotherapy.

Key words: Low back pain. Physiotherapy. Quality of health services.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil do serviço procurado pelo paciente.

Tabela 2 – Realização de cinesioterapia durante a sessão.

Tabela 3 – Dados de pacientes que relataram melhora da dor durante a sessão.

Tabela 4 – Dados sobre a evolução da dor entre as sessões.

Tabela 5 – Dados sobre motivo de alta dos pacientes.

Tabela 6 – Relação entre a evolução da dor durante a sessão e a duração da mesma.

Tabela 7 – Relação entre evolução da dor entre as sessões em pacientes que receberam ou não orientações.

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT.....	4
LISTA DE TABELAS	5
1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS.....	10
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	11
3.1 Desenho do estudo.....	11
3.2 Local de realização.....	11
3.3 Amostra.....	11
3.4 Instrumentos de coleta dos dados	11
3.5 Análise estatística.....	11
4 RESULTADOS	12
5 DISCUSSÃO.....	15
6 CONCLUSÃO	17
7 REFERÊNCIAS	18

1 INTRODUÇÃO

A dor lombar é comumente definida como dor situada abaixo da margem costal (abaixo das últimas costelas) e acima das linhas glúteas inferiores (LIZIER et al, 2012) e ocorre por disfunções ou alterações da biomecânica lombar.

É uma condição que pode afetar até 65% das pessoas por ano e até 84% das pessoas em algum momento de sua vida, gerando grande demanda aos serviços de saúde (NASCIMENTO et al, 2015).

Queixas dolorosas, bem como sua intensidade, interferem consideravelmente na qualidade de vida do indivíduo, provocando distúrbios psicológicos, alterações comportamentais, incapacidade física, restringindo a funcionalidade do indivíduo em casa e na sua atividade laboral. (BORGES et al, 2011)

Todavia, não é determinado um diagnóstico específico sobre prováveis causas da dor lombar em 90-95% dos casos (KRISMER et al, 2007), visto que as lombalgias denotam caráter multifatorial (O'SULLIVAN et al, 2005). Podemos citar a falta de correlação precisa entre os achados clínicos e exames de imagem e a dificuldade em determinar precisamente o local de origem da dor pela complexidade das estruturas, tornando o diagnóstico de dor lombar acima de tudo clínico, onde os exames complementares devem ser realizados somente para comprovação da hipótese diagnóstica (BRAZIL et al, 2004).

No entanto, existem autores (SCHINEIDER et al, 2005) que associam a presença da dor lombar a uma soma de causas, tendo como exemplo, fatores como idade, sexo, renda e escolaridade, estado de saúde, estilo de vida (tabagismo, alimentação e sedentarismo) e ocupação (trabalho físico pesado, movimentos repetitivos).

Um estudo populacional realizado no Sul do Brasil evidenciou o predomínio da dor lombar associado ao sexo feminino, idade avançada, indivíduos casados, baixa escolaridade, tabagistas, índice de massa corporal elevado, trabalhos que exigem carregamento de carga e/ou realização de movimentos repetitivos. (FILHO;SILVA, 2011)

São empregadas várias formas de tratamentos para lombalgia, como: medicamentoso (com uso de anti-inflamatórios, corticoesteróides, opióides, tramadol, antidepressivos) sempre indicado pelo profissional médico; com recursos

terapêuticos (ultrassom, laser, neuroestimulação elétrica transcutânea, laser) ou através de infiltrações, bloqueios e acupuntura. Porém, sem uma real eficácia comprovada. (CHOU, 2010; HUNTOON et al, 2008).

Outro tipo de intervenção nas lombalgias faz-se através de programas de exercícios físicos que podem ser realizados individualmente ou em grupos, perante a supervisão de um fisioterapeuta ou realizados em casa sob orientação prévia. (LIZIER et al, 2008)

A grande vantagem do exercício físico é poder ser realizado em ambientes diversos (solo, piscina, com ou sem equipamentos), com diferentes finalidades (aeróbicos, estabilização, equilíbrio, coordenação, alongamento, fortalecimento) dando ênfase a um músculo específico ou grupo muscular (como os estabilizadores do tronco e abdome), com uma variável de duração, frequência e intensidade. (LIZIER et al, 2008; VAN MIDDELKOOP et al, 2010)

Quando não há uma resposta com tratamento conservador (não houve evolução no quadro doloroso do paciente) e existem riscos de lesões permanentes, é indicado tratamento cirúrgico para manter a saúde e integridade física do indivíduo. (BRAZIL et al, 2004)

No Brasil, a saúde é um benefício constitucional proporcionado pelo Estado a qualquer indivíduo, e seu acesso global e equânime deve ser procurado constantemente.

A composição do sistema de saúde no Brasil é de tipo misto, constituído pelo Sistema único de saúde (SUS) – de interesse universal, integral e equânime, e pelo sistema de Saúde Suplementar (SS) – elemento privado, regido através da venda de planos de saúde. Essa diversidade, coloca a prova a igualdade de serviços oferecidos por ambos os sistemas. (CASTANHEIRA et al, 2014).

O aproveitamento dos serviços retrata todo contato direto ou indireto com os sistemas de saúde. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Algumas das principais características do uso dos serviços de saúde estão relacionadas a carência de saúde, traços demográficos e socioeconômicos da população, a características da oferta e particularidades referentes aos prestadores de serviço.

Há estudos verificando a frequência de utilização dos serviços em atendimentos médicos e realização de exames preventivos pelos dois tipos de sistemas, identificando menos acessibilidade e pior qualidade de vida no sistema

público de saúde. (GUERRA et al, 2001).

Há inserção de qualidade neste tipo de serviço, porém de forma principiante quando comparada aos demais domínios. Segundo Munro (1994 apud FADEL; FILHO, 2006), o serviço oferecido pelo poder público deixa em evidência sua própria comparência, postergando o quesito qualidade.

Pesquisas apontam uma série de conceitos e pensamentos que definem o que é a qualidade em saúde, alguns desiguais, outros antagônicos (SOUZA JÚNIOR, 2002). Essa variedade de ideias faz com que assuntos relativos a qualidade dos serviços de saúde sejam de difícil abordagem.

Para Donabedian (1980), a determinação de qualidade deveria ser originada a partir de três elementos: a estrutura, o processo e o resultado. A estrutura abrange os recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica. O processo se refere às atividades que envolvem profissionais e usuários da saúde, inclui o diagnóstico, tratamento e questões éticas entre profissionais e pacientes. O resultado representa o produto final da assistência prestada, considerando a saúde, expectativas e satisfações dos usuários.

Alguns autores sugeriram que a qualidade em saúde é construída por dois fatores: qualidade técnica, correspondendo a procedimentos e diagnósticos e qualidade funcional, referente ao modo com o que o serviço é apresentado ao paciente.

Segundo Urdan (2001), os usuários do serviço conhecem pouco sobre os aspectos de qualidade técnica, mas, tem facilidade em qualificar o lado interpessoal do serviço. Outros autores partilham da mesma ideia, presumindo ser essa a base da análise da qualidade dos serviços de saúde por parte dos pacientes. (DONABEDIAN, 1990; GEMMEL et al., 2002)

Em virtude disso, o objetivo deste estudo foi analisar as características dos serviços de saúde em atendimentos fisioterapêuticos em Ribeirão Preto – SP e região, tendo como base os sistemas de saúde público e privado.

2 OBJETIVOS

Analisar o perfil do atendimento fisioterapêutico em paciente com lombalgia;
Analisar a evolução da lombalgia em paciente atendidos em ribeirão preto e região.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Estudo transversal.

3.2 Local de realização

O estudo foi conduzido no Hospital das Clínicas de |Ribeirão Preto - SP, e a coleta foi realizada durante atendimentos ambulatoriais.

3.3 Amostra

Foi constituída uma amostra composta por 74 pacientes, sem idade predefinida, que sofriam de lombalgia e realizaram ou ainda realizam sessões de fisioterapia.

3.4 Instrumentos de coleta dos dados

****Questionário**

3.5 Análise estatística

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

4 RESULTADOS

Foram recrutados 74 pacientes para o estudo, sendo 49% (n=36) do sexo feminino e 51% (n= 38) do sexo masculino.

Os pacientes realizaram atendimento em serviços público, privado ou clínica escola, como demonstra a tabela 1.

Tabela 1 – Perfil do serviço procurado pelo paciente.

Perfil Atendimento	Quantidade	Percentual
Particular	6	8,11%
Clínica Escola	9	12,16%
Público	59	79,73%

Quando questionados sobre a duração dos atendimentos, 41,89% (n=31) disseram terem sido atendidos durante menos de 30 minutos, enquanto 13, 51% (n=10) receberam atendimento por mais de 60 minutos. A maioria dos pacientes, 44,59% (n=33) relata ter sido atendido no decorrer de, aproximadamente 60 minutos.

Quanto ao perfil dos atendimentos, 59,46% (n=44) dos pacientes receberam atendimento em grupo e 40,54% (n=30) foram atendidos individualmente.

Do total (n=74), apenas 44,59% (n=33) relatam ter passado por uma avaliação prévia ao início do tratamento fisioterapêutico, enquanto 55,41% (n=41) não foram avaliados inicialmente.

Semelhante ao número de pacientes avaliados inicialmente foi o número de pacientes que receberam alguma orientação durante ou após as sessões, somando 44,59% (n=33).

Ainda sobre as características dos atendimentos, a tabela 2 realça o fato de que a maioria dos pacientes foi tratado com o uso de cinesioterapia (alongamento, exercício resistido, exercício livre).

Tabela 2 – Realização de cinesioterapia durante a sessão

Cinesioterapia	Quantidade	Percentual
Sim	38	51,35%
Não	36	48,65%

Na tabela 3 estão descritos os dados de pacientes que relataram melhora da dor durante uma sessão de fisioterapia. É possível identificar que a maioria dos pacientes (41,89%) não sentiu mudanças com relação a dor.

Tabela 3 – Dados de pacientes que relataram melhora da dor durante a sessão.

Durante a terapia	Quantidade	Percentual
Melhora da dor	30	40,54%
Piora da dor	13	17,57%
Sem mudanças	31	41,89%

Na tabela 4 estão expressas informações sobre a evolução da dor entre as sessões, onde, assim como na tabela anterior, a maioria dos pacientes (correspondendo a 52,70%, n=39) disseram não sentir mudanças na dor.

Tabela 4 – Dados sobre a evolução da dor entre as sessões.

Evolução entre sessão	Quantidade	Percentual
Melhora da Dor	19	25,68%
Piora da Dor	16	21,62%
Sem Mudanças	39	52,70%

Ao serem questionados sobre o processo de alta da terapia, 40,54% disseram ter atingido a quantidade limite de sessões oferecidas pelo serviço, como mostra a tabela 5.

Tabela 5 – Dados sobre motivo de alta dos pacientes.

Alta	Quantidade	Percentual
Melhora do quadro	13	17,57%
Limite de Sessão	30	40,54%
Abandono	22	29,73%
Piora da Dor	3	4,05%
Em Tratamento	6	8,11%

Quando comparado a melhora da dor durante as sessões e seu tempo de duração, observou-se que 53% dos pacientes relatou melhora com a realização de sessões de aproximadamente 60 minutos, como ilustrado na tabela 6.

Tabela 6 – Relação entre a evolução da dor durante a sessão e a duração da mesma.

Melhora durante as sessões x duração	Quantidade	Percentual
< 30 min	9	30%
> 60 min	5	17%
Aprox. 60 min	16	53%

Ao analisarmos a melhora da dor entre as sessões, notamos uma grande vantagem em pacientes que foram orientados em algum momento da terapia, somando 84% (n=16). (Tabela 7).

Tabela 7 – Relação entre evolução da dor entre as sessões em pacientes que receberam ou não orientações.

Melhora entre as sessões x orientação	Quantidade	Percentual
Orientados	16	84%
Não orientados	3	16%

5 DISCUSSÃO

Através dos resultados do presente estudo, notamos a grande demanda de atendimentos do serviço público de saúde, seja em hospitais ou clínica escola, o que condiz com as ideias de Travassos e Martins (2004) ao relevar a carência de saúde dos usuários deste setor. Nota –se também que a maioria dos paciente recebeu atendimento em grupo, por aproximadamente 60 minutos, como uma forma de inserção da grande demanda de enfermos. Ainda neste tema podemos citar a grande parcela de paciente que receberam alta pelo término do número de sessões oferecidas pelo serviço e não pela melhora do quadro do paciente, seguida pelo número de pacientes que optaram por abandonar o tratamento.

A maior parte dos pacientes analisados disseram não ter realizado avaliação fisioterapêutica prévia ao início do tratamento. Isso explicaria o grande índice de pacientes que não sentiram melhora da dor durante ou entre as sessões, pois, seguindo o discurso de Schineider et al, 2005, O'Sullivan et al, 2005 e Brazil et al, 2004, a lombalgia é multifatorial, associada a uma soma de causas e seu diagnóstico deve ser, acima de tudo, clínico pela gama e complexidade das estruturas ali presentes. Sem a avaliação, muitas das afecções são tratadas de forma inadequadas, através de condutas ineficientes para cada problema, tornando o tratamento ineficaz.

Notamos também que grande parte dos pacientes que tiveram melhora da dor durante as sessões, receberam orientações sobre o tratamento e prognóstico, contribuindo para o sucesso da terapia. Este fato segue o argumento de Borges et al, 2010, quando diz que ações de prevenção e manutenção de saúde são atribuídas as funções do fisioterapeuta.

Do total de pacientes analisados, pouco mais da metade relata ter realizado cinesioterapia (alongamento, exercício resistido, exercício livre) durante toda a sessão ou em algum momento dela, contribuindo também para a melhora da dor e qualidade de vida, equiparando-se as ideias de Lizier et al, 2008.

A limitação deste estudo refere-se ao tamanho reduzido da amostra para investigar os desfechos de interesse. Além disso, apesar da boa aceitação dos pacientes, há uma grande variedade nas condutas utilizadas, duração da sessão e tipo de serviço oferecido aos pacientes, tornando um viés muito grande ao estudo.

Por outro lado, é possível elencar os pontos fortes do estudo, como a relevância do tema no estudo das lombalgias. O tema constitui uma afecção muito comum na população mundial e que, portanto, desperta para a consecução de estudos com amostras maiores, desenhos metodológicos com maiores níveis de evidência e que visem propor programas preventivos e de reabilitação da dor lombar nesta população.

6 CONCLUSÃO

Quanto ao perfil do serviço, a grande maioria dos pacientes foram atendidos pelo serviço público, no Sistema Único de Saúde.

De maneira geral, nota-se que a maioria dos pacientes não referiram mudança da dor durante ou entre as sessões, porém, dos que obtiveram melhora, a grande maioria recebeu algum tipo de orientação durante as sessões.

A maior parte dos pacientes também não realizou avaliação prévia, contribuindo para o insucesso do tratamento.

Dos que obtiveram bons resultados, aproximadamente 80% realizaram cinesioterapia.

7 REFERÊNCIAS

LIZIER, D.T. et al. Exercícios para Tratamento de Lombalgia Inespecífica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. São Paulo, vol. 62, nº 6, p. 838-846, 2012

NASCIMENTO, P. R. C. et al. Prevalência da dor lombar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 31, n.6, p. 1141-1155, 2015.

BORGES, R. G. et al. Efeitos da participação em um Grupo de Coluna sobre as dores musculoesqueléticas, qualidade de vida e funcionalidade dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre – Brasil. **Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil**. Motriz, Rio Claro, v.17 n.4, p. 719-727, 2011.

Krismer M, Van Tulder M. Low back pain (nonspecific). *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007; 21: 77-91

O'SULLIVAN P. Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Man Ther* 2005; 10:242-55.

BRAZIL, A. V. et al. Diagnóstico e Tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. **Rev Bras Reumatol**. São Paulo, v. 44, n. 6, p. 419-25, 2004.

Schneider S, schmitt H, zoller S, schiltenswolf M. Workplace stress, lifestyle and social factors as correlates of back pain: a representative study of the German working population. *Int Arch Occup Environ Health* 2005; 78:253-69.

FILHO, N. M. et al. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.45, n.3, p.494-502, 2011.

CHOU R – Pharmacological management of low back pain. *Drugs*, 2010;70:387-402.
Huntoon MAS, burgher AH – Back to the future: the end of the steroid century?. *Pain Physician*, 2008;11:713-716.

Van Middelkoop M, Rubinstein SM, Verhagen AP et al. – Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Practice Res Clin Rheumatol*, 2010;24:193-204

CASTANHEIRA, C. H. C. et al. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. **REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL PeNSE**. Belo Horizonte, p. 256-266, 2014.

TRAVASSOS, C. et al. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(1): 177-86.

FADEL, M. A. V.; FILHO, G. I. R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 2006, Fortaleza. Anais...Fortaleza: Abepro, 2006. p. 681- 693.

SOUZA JUNIOR, J. J. L. Qualidade: um enfoque por teoria da decisão. 2002. 106f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

RIGHI, A. W. et al. QUALIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. *Revista Produção Online*. São Paulo, v.10, n.3, p. 649-669, set., 2010.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-45, out./dez., 2001.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Northfield, v. 114, p. 115-1118, nov., 1990.

GEMMEL, P. et al. Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, London, v. 29, n.9, p. 1109-17, 2002.

BORGES, A. M. P. et al. A contribuição do fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura. UNICIÊNCIAS, Cuiabá, v. 14, n. 1, p. 69-82, 2010.

ALVES CP, LIMA EA, GUIMARÃES RB. Tratamento fisioterapêutico da lombalgia postural: estudo de caso. Rev Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia. 2014;2(6):1-4.

