

Perfil sociodemográfico e algico dos pacientes em reabilitação traumato-ortopédica de uma clínica particular do município de Belém-PA

Sociodemographic and pain profile of patients in traumatic-orthopedic rehabilitation in a private clinic in the city of Belém-PA

Rodrigo Canto Moreira¹, Wanda Carla Conde Rodrigues¹, Rafael da Rocha Dias Quintairos², Dionatan Crescencio Vinchiguerra²

Endereço para correspondência:

Rafael da Rocha Dias Quintairos
Email: rrdq20@gmail.com

Os autores declaram não haver conflito de interesses

¹ Docente do Curso de Fisioterapia da FAPEN

² Acadêmico do Curso de Fisioterapia da FAPEN

Resumo

Introdução - No mundo, estima-se que 30% da população sofra de dor crônica. Já no Brasil, há poucos estudos epidemiológicos com esta temática. Sendo assim, o presente artigo visa caracterizar o perfil sociodemográfico e perfil algico de voluntários em acompanhamento fisioterapêutico numa clínica particular da cidade de Belém-PA. **Métodos** – O estudo tem caráter descritivo, analítico, transversal. A pesquisa foi realizada em uma clínica particular de fisioterapia em Belém-Pa. Foram aplicadas ficha protocolo, avaliação dos prontuários dos voluntários para caracterização da amostra e o Diagrama de *Corlett & Manenica*. **Resultados** – Dos 97 voluntários, 51,55% mulheres e 48,45% homens, com faixa etária predominante de 48 a 59 anos (40,25%), escolaridade prevalente do ensino médio completo (37,11%), a maioria sedentária (30,93%), de cor ou raça preta (44,33%), com predomínio de origem pelo SUS (64,95%), e a lombalgia como a patologia de maior ocorrência (12,37%). Observou-se uma relação significativa entre a escolaridade e patologias apresentadas (p-valor de 0,01), além da não utilização farmacológica comparado as queixas de dor (p-valor de 0,021). **Conclusão** - Pode-se observar como estatisticamente significantes a prevalência de dor na região de tronco de pessoas que concluíram o ensino médio. O perfil algico dos pacientes indica dores de intensidade moderada na coluna cervical, lombosacra, quadris, pescoço, ombros, braço esquerdo, cotovelo esquerdo, coxa direita, joelho esquerdo e perna direita. Por tanto, recomenda-se atividades educativas e ações voltadas para prevenção em saúde ortopédica.

Descritores: Fisioterapia, Dor, Corlett e Manenica, Ortopedia

Abstract

Introduction - In the world, it is estimated that 30% of the population suffers from chronic pain. In Brazil, there are few epidemiological studies on this theme. Thus, this article aims to characterize the sociodemographic and pain profile of volunteers in physical therapy follow-up in a private clinic in the city of Belém-PA. **Methods** - The study has a descriptive, analytical and transversal character. The research was carried out in a private physiotherapy clinic in Belém, PA. A protocol form was applied, evaluation of the volunteers' medical records for sample

characterization and the Corlett & Manenica Diagram. **Results** - Of the 97 volunteers, 51.55% were women and 48.45% men, with a predominant age range of 48 to 59 years (40.25%), prevalence of complete high school education (37.11%), most were sedentary (30.93%), of black color or race (44.33%), with a predominance of origin through SUS (64.95%), and low back pain as the pathology of greatest occurrence (12.37%). A significant relationship was observed between schooling and pathologies presented (p-value of 0.01), besides the non-pharmacological use compared to pain complaints (p-value of 0.021). **Conclusion** - The prevalence of pain in the trunk region of people who finished high school can be observed as statistically significant. The patients' pain profile indicates moderate intensity pain in the cervical spine, lumbosacral, hips, neck, shoulders, left arm, left elbow, right thigh, left knee, and right leg. Therefore, educational activities and actions aimed at prevention in orthopedic health are recommended.

Descriptors: Physical therapy, Pain, Corlett and Manenica, Orthopedics

Introdução

A dor é um fator gerador de estresse físico e emocional. Sua ocorrência tem sido crescente na sociedade em consequência de novos hábitos de vida, maior longevidade, prolongamento da sobrevivência dos indivíduos com afecções clínicas naturalmente fatais, e das alterações do meio ambiente [1]. Logo, trata-se de uma condição de difícil compreensão e multifatorial, sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real. [2]

Do ponto de vista evolutivo, a dor desencadeia alerta ao indivíduo quando há ocorrência de lesões teciduais, contribui para acionar mecanismos de defesa ou fuga, alerta contra agressões oriundas do meio ambiente para a sobrevivência, integridade do organismo, reprodução e perpetuação das espécies. Este recurso é classificado de acordo com: o mecanismo (dor por nocicepção, neuropática, nociplástica) e a temporalidade (aguda e crônica). [3]

Os receptores de dor são distribuídos pelo corpo humano e, de acordo com a localização algica, são denominadas como dor somática ou

visceral. A primeira, corresponde a sensibilidade superficial (cutânea); já a segunda, em tecidos mais profundos (articulações, músculos, tendões e fáscia). Estes receptores são formados por terminações nervosas especializadas para aferir estímulos dolorosos, chamados de nociceptores. [4]

Os quadros algicos levam a diminuição da eficiência no ambiente laboral, e por consequência o absenteísmo ou a falta ao trabalho. Há relatos em publicações científicas de enfermeiros que trabalharam na ortopedia que se afastam do trabalho, em média, 3 vezes ao ano, equivalendo a 65,5% dos profissionais analisados na publicação em questão. [5]

Tais fatos contribuem para as profissões ligadas a reabilitação ganharem destaque. A fisioterapia, por exemplo, atua frequentemente junto a lesões traumato-ortopédicas que repercutem nas estruturas musculoesqueléticas. As lesões em questão são a segunda causa da busca ao atendimento médico e hospitalar no Brasil. [6]

Problemas algicos, além de trazer sérios prejuízos sociais, redução da qualidade de vida da

população, trazem impacto negativo do ponto de vista econômico pela necessidade de um tratamento médico e grande procura na assistência primária a saúde. [7]

Saúde mental também é outro ponto significado quando correlacionado a questões álgicas. É possível observar, por exemplo, casos de fibromialgia e/ou câncer em pacientes com quadros depressivos significativos. Afetando assim a qualidade de vida dos indivíduos acometidos. [8]

A reabilitação fisioterapêutica em saúde pública ainda é muito pequena e com desigualdades regionais. Porém, a demanda tem sido crescente, visto que lesões traumato-ortopédicas têm se tornado mais frequentes com o passar dos anos devido a fatores como trabalho e sedentarismo. [9]

Tendo em vista a relevância do tema dor e reabilitação, o presente artigo tem como objetivo demonstrar a relação das características sociodemográficas e o perfil álgico dos voluntários em acompanhamento clínico em fisioterapia traumato-ortopédica em uma clínica particular do município de Belém-PA.

Métodos

O presente estudo tem caráter descritivo, analítico, transversal, sem intervenção ou coleta de material biológico.

A coleta de dados se baseou na aplicação de ficha protocolo e os prontuários dos voluntários para caracterização da amostra. Utilizou-se também o Diagrama de *Corlett & Manenica*, para o reconhecimento de pontos dolorosos. [10]

A pesquisa foi realizada em uma clínica particular de fisioterapia localizada no município de Belém-PA, no mês de outubro de 2021. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIP, com o número de parecer 5.012.660.

Participaram da pesquisa pacientes do setor de fisioterapia traumato-ortopedia da clínica supracitada, de ambos os sexos. Após a triagem dos voluntários a partir dos critérios de seleção, os dados foram coletados presencialmente.

Primeiramente, os voluntários foram interpelados após o tratamento fisioterapêutico, de forma individual, a fim de conhecerem o objetivo da pesquisa, as ferramentas de coleta, e a importância da sua

participação. Logo após a concordância, os mesmos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para serem assinados.

Após a coleta de dados foi elaborado uma planilha eletrônica, para armazenamento dos dados, no software Microsoft Excel® 2010. Para representação descritiva dos dados foram elaboradas tabelas, utilizando o Software Microsoft Word®, representando as médias e desvio-padrão das variáveis numéricas. As frequências absolutas e relativas percentual foram descritas para as variáveis categóricas. A análise dos dados foi processada utilizando-se o programa Epi Info 7.0 e o programa R versão 4.0.5. Em todas as análises considerou-se nível de significância de 5% (p -valor $<0,05$).

Para identificar se existe diferença estatisticamente significativa (p -valor $<0,05$) entre a média das idades nos grupos local da patologia (cabeça, tronco, MMSS e MMII) foi utilizado o teste ANOVA. Para comparar a média de idade por local da queixa (cabeça, tronco, MMSS e MMII) utilizou-se o teste ANOVA.

Para identificar a dependência entre as variáveis categóricas escola, sexo, raça ou cor, estilo de vida, utiliza fármaco, esforço físico na profissão, horário frequente da dor, fisioterapia na redução da dor e encaminhamento nos grupos local da patologia (cabeça, tronco, MMSS e MMII) e por local da queixa (cabeça, tronco, MMSS e MMII) utilizou-se o teste Exato de Fisher.

Resultados

Na clínica estudada, a pesquisa foi composta por 97 indivíduos, de ambos os sexos e com faixa etária variando de 18 a 59 anos. Outros dados sociodemográficos estão descritos na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica

Variável	N (%)
Sexo	
Masculino	48,45
Feminino	51,55
Faixa etária	
18-27	9,27
28-37	19,57

38-47	30,91
48-59	40,25

Escolaridade

Fundamental incompleto	10,31
Fundamental completo	6,19
Ensino médio incompleto	5,15
Ensino médio completo	37,11
Superior incompleto	8,25
Superior completo	32,99
Analfabeto	0

Cor ou raça

Branco	30,93
Preta	44,33
Pardo	24,74
Amarelo	0
Indígena	0

Encaminhamento

SUS	64,95
Plano de saúde particular	35,05

Estilo de vida

Pratica atividade física	21,65
Etilista e pratica atividade física	20,62
Sedentário	30,93
Sedentário e tabagista	1,03
Sedentário e etilista	18,56
Sedentário, tabagista e etilista	2,06
Tabagista e etilista	3,09
Tabagista, etilista e pratica atividade física	1,03
<u>Tabagista e pratica atividade física</u>	<u>1,03</u>

Fonte: Arquivo dos autores

Referente a características correspondentes aos quadros algícos, os resultados estão presentes na tabela 2.

Tabela 2: Caracterização de esforço físico, uso de fármacos e dados de dor

Variável	N (%)
Esforço físico ocupacional	
Trabalho leve	26,80
Trabalho moderado	43,30
Trabalho pesado	8,25
Aposentado ou não trabalha	21,65
Uso de fármacos para dor	

Sim	27,84
Não	72,16

Horário frequente da dor

Manhã	7,22
Tarde	0
Noite	17,53
Madrugada	1,03
Horário não definido	74,23

Fisioterapia na redução da dor

Sim	89,69
Não	0
Algumas vezes	10,31

Fonte: Arquivo dos autores

As patologias apresentadas pelos voluntários estão representadas em percentuais na tabela 3.

Tabela 3: Patologias diagnosticadas nos voluntários (via prontuário)

Variável	N (%)
Espondiloartrose lombar	1,03
Ruptura total do LCA	8,25
Lombalgia	12,37
Síndrome do manguito rotador	2,06
Hérnia discal lombar	5,15
Amputação de MMII	1,03
AVE	1,03
Fratura do 2° metatarso	1,03
Fratura escapular	1,03
Fratura do colo do fêmur	1,03
Discopatia degenerativa lombar	2,06
Dorsolombalgia	1,03
Cervicodorsolombalgia	4,12
Ruptura total do tendão calcâneo	1,03
Esvolose lombar	1,03
Entorse de tornozelo	2,06
Tendinite do punho	1,03
Fratura em rádio e ulna	1,03
Síndrome da dor subacromial	10,31
Artrose do ombro e punho	1,03
Sinovite em joelho	1,03
Síndrome do pé caído	1,03
Hérnia discal em cervical	1,03
Fratura em dedo médio	1,03
Osteoartrose	1,03
Cervicobraquialgia	3,09
Artrose do quadril	3,09
Artrose do tornozelo	1,03
Fratura em maléolo lateral	3,09
Síndrome do túnel do carpo	4,12
Trauma direto em joelho	1,03

Fratura da tíbia	5,15
Ruptura do menisco em joelho	1,03
Lombociatalgia	1,03
Epicondilite	2,06
Lesão muscular grau II	1,03
Fratura em rádio	1,03
Fascite plantar	3,09
Artrose lombar	1,03
Condropatia patelar	1,03
Ruptura do tendão fibular	1,03
Cervicalgia	1,03
Fratura de Clavícula	1,03
Fratura do úmero	1,03

Fonte: Arquivo dos autores

Dor no pé	4,12
ADM diminuída do ombro	1,03
ADM diminuída da coxa	1,03
Dor difusa na coluna	4,12
Dor em tornozelo	12,37
Dor em punho	8,25
Dor em joelho	9,25
Dor cervical	5,15
Dor em quadril	3,09
ADM diminuída em tornozelo	1,03
Dor na coxa	1,03
Dor na clavícula	1,03
Dor em cotovelo	2,06

Fonte: Arquivo do autor

As queixas principais relatadas pelos voluntários no momento da avaliação cinético funcional podem ser visualizadas na tabela 4.

Tabela 4: Queixas principais dos voluntários

Variável	N (%)
Parestesia em MMII	1,03
ADM diminuída em joelho	5,15
Dor lombar	21,65
Dor no ombro	15,46
Dificuldade na deambulação	2,06
Dor em MMII	1,03

Os resultados foram analisados e cruzados para verificar possíveis significâncias entre suas variáveis. Do ponto de vista da relação idade com as patologias captadas na ficha protocolo, as regiões do tronco e MI tiveram o mesmo número amostral (n=35), porém não apresentou médias significativas diferente entre as variáveis, como consta na tabela 5.

Tabela 5: Relação entre idade e patologias relatadas

Variáveis	N	Patologia				p-valor
		Cabeça	Tronco	MMSS	MMII	
		Média (n=5)	Média (n=35)	Média (n=22)	Média (n=35)	
Idade	97	43,4	42,3	45,3	42,1	0,66*

*Aplicação do teste ANOVA

Fonte: Arquivo dos autores

A relação entre idade e a queixa principal, apresentou um número amostral maior no grupo de

membro inferior (n=37), porém não apresentou média significativamente diferente, como consta na tabela 6.

Tabela 6: Relação entre idade e queixa principal

Variáveis	N	Queixa principal				p-valor
		cabeça	tronco	membro superior	membro inferior	
		Média (n=5)	Média (n=29)	Média (n=26)	Média (n=37)	
Idade	97	43,4	41,4	46,2	41,8	0,29*

*Aplicação do teste ANOVA

Fonte: Arquivo dos autores

Outras variáveis foram analisadas e cruzadas com as patologias, e houve associação significativa entre a escolaridade ensino médio completo com o grupo tronco (n=19, 52,78%), com o p-valor de 0,01. É possível também observar que quanto maior a escolaridade, proporcional é a frequência de patologias. De acordo com a tabela 7.

Tabela 7: Relação entre variáveis sociodemográficas e patologias

Variáveis	Cabeça (n,%)	Tronco (n,%)	MMSS (n,%)	MMII (n,%)	p-valor
ESCOLA					
Fundamental incompleto	0 (0%)	1 (10%)	5 (50%)	4 (40%)	0,01*
Fundamental completo	0 (0%)	5 (83,33%)	0 (0%)	1 (16,67%)	
Ensino médio incompleto	0 (0%)	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	
Ensino médio completo	3 (8,33%)	19 (52,78%)	3 (8,33%)	11 (30,56%)	
Superior incompleto	0 (0%)	4 (50%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)	
Superior completo	2 (6,25%)	5 (15,63%)	11 (34,38%)	14 (43,75%)	
SEXO					
Masculino	2 (4,26%)	8 (38,30%)	9 (19,15%)	18 (38,30%)	0,82*
Feminino	3 (6%)	17 (34%)	13 (26%)	17 (34%)	
Raça ou Cor					
Branco	2 (6,67%)	10 (33,33%)	7 (23,33%)	11 (36,67%)	0,76*
Preta	1 (2,33%)	16 (37,21%)	8 (18,60%)	18 (41,86%)	
Pardo	2 (8,33%)	9 (37,50%)	7 (29,17%)	6 (25%)	
Estilo de vida					
Pratica atividade física	1 (4,76%)	8 (38,10%)	11 (52,38%)	1 (4,76%)	0,21*
Etilista e prativa atividade física	1 (5%)	5 (25%)	4 (20%)	10 (50%)	
Sedentario	2 (6,67%)	10 (33,33%)	5 (16,67%)	13 (43,33%)	
Sedentário e tabagista	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Sedentário e etilista	1 (5,56%)	8 (44,44%)	1 (5,56%)	8 (44,44%)	
Sedentário, tabagista e etilista	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	
Tabagista e etilista	0 (0%)	2 (66,67%)	0 (0%)	1 (33,33%)	
Tabagista, etilista e pratica atividade física	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	
Tabagista e pratica atividade física	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	

Utiliza Fármaco					
Não	4 (5,71%)	20 (28,57%)	18 (25,71%)	28 (40%)	0,10*
Sim	1 (3,70%)	15 (55,56%)	4 (14,81%)	7 (25,93%)	
Esforço físico na profissão					
Trabalho leve	1 (3,85%)	5 (19,23%)	11 (42,31%)	9 (34,62%)	0,16*
Trabalho moderado	1 (2,38%)	16 (38,10%)	7 (16,67%)	18 (42,86%)	
Trabalho pesado	1 (12,50%)	4 (50%)	1 (12,50%)	2 (25%)	
Aposentado ou não trabalha	2 (9,52%)	10 (47,62%)	3 (14,29%)	6 (28,57%)	
Horário frequente da dor					
Manhã	0 (0%)	3 (42,86%)	4 (57,14%)	0 (0%)	0,13*
Tarde	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Noite	0 (0%)	8 (47,06%)	4 (23,53%)	5 (29,41%)	
Madrugada	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
Horário não definido	5 (6,94%)	24 (33,33%)	13 (18,06%)	30 (41,67%)	
Fisioterapia na redução da dor					
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,80*
Sim	4 (4,60%)	32 (36,78%)	29 (21,84%)	32 (36,78%)	
Algumas vezes	1 (10%)	3 (30%)	3 (30%)	3 (30%)	
Encaminhamento					
Sus	4 (6,35%)	25 (39,68%)	11 (17,46%)	23 (36,51%)	0,34*
Plano de saúde particular	1 (2,94%)	10 (29,41%)	11 (32,35%)	12 (35,29%)	

*Aplicação do Teste exato de Fisher

Fonte: Arquivo dos autores

As mesmas variáveis também foram cruzadas com as queixas principais, o que foi possível observar relação significativa entre a utilização de fármacos com as

queixas principais do grupo de membros inferiores que não utilizaram medicamentos para dor (n=31, 44,29%). Vide a tabela 8.

Tabela 8: Relação entre as variáveis sociodemográficas e as queixas principais

Variáveis	Cabeça (n,%)	Tronco (n,%)	MMSS (n,%)	MMII (n,%)	p-valor
Escolaridade					
Fundamental incompleto	0 (0%)	2 (10,00%)	6 (60,00%)	3 (30,00%)	0,18*
Fundamental completo	0 (0%)	3 (50,00%)	2 (33,33%)	1 (16,67%)	
Ensino médio incompleto	0 (0%)	1 (20,00%)	2 (40,00%)	2 (40,00%)	
Ensino médio completo	3 (8,33%)	16 (44,44%)	4 (11,11%)	13 (36,11%)	
Superior incompleto	0 (0%)	3 (37,50%)	1 (12,50%)	4 (50,00%)	
Superior completo	2 (6,25%)	5 (15,63%)	11 (34,38%)	14 (43,75%)	
Sexo					
Masculino	2 (4,26%)	13 (27,66%)	11 (23,40%)	21 (44,68%)	0,68*

Feminino	3 (6%)	16 (32%)	15 (30%)	16 (32%)	
Raça ou cor					
Branco	2 (6,67%)	8 (26,67%)	8 (26,67%)	12 (40%)	0,73*
Preta	1 (2,33%)	13 (30,23%)	10 (23,26%)	19 (44,19%)	
Pardo	2 (8,33%)	8 (33,33%)	8 (33,33%)	6 (25%)	
Estilo de vida					
Pratica atividade física	1 (4,76%)	6 (28,57%)	11 (52,38%)	13 (14,29%)	0,52*
Etilista e pratica atividade física	1 (5%)	4 (20%)	4 (20%)	11 (55%)	
Sedentário	2 (6,67%)	10 (33,33%)	6 (20%)	12 (40%)	
Sedentário e tabagista	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
Sedentário e etilista	1 (5,56%)	6 (33,33%)	3 (16,67%)	8 (44,44%)	
Sedentário, tabagista e etilista	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	
Tabagista e etilista	0 (0%)	2 (66,67%)	0 (0%)	1 (33,33%)	
Tabagista, etilista e pratica atividade física	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	
Tabagista e pratica atividade física	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
Utiliza fármaco					
Não	4 (5,71%)	15 (21,43%)	20 (28,57%)	31 (44,29%)	0,021*
Sim	1 (3,70%)	14 (51,85%)	6 (22,22%)	6 (22,22%)	
Esforço físico na profissão					
Trabalho leve	1 (3,85%)	5 (19,23%)	11 (42,31%)	9 (34,62%)	0,38*
Trabalho moderado	1 (2,38%)	14 (33,33%)	8 (19,05%)	19 (45,24%)	
Trabalho pesado	1 (12,50%)	4 (50%)	1 (12,50%)	2 (25%)	
Aposentado ou não trabalha	2 (9,52%)	6 (28,57%)	6 (28,57%)	7 (33,33%)	
Horário frequente da dor					
Manhã	0 (0%)	3 (42,86%)	4 ((57,14%)	0 (0%)	0,13*
Tarde	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Noite	0 (0%)	8 (47,06%)	4 (23,53%)	5 (29,41%)	
Madrugada	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
Horário não definido	5 (6,94%)	18 (25%)	17 (23,61%)	32 (44,44%)	
Fisioterapia na redução da dor					
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,61*
Sim	4 (4,60%)	27 (31,03%)	22 (25,29%)	34 (39,08%)	
Algumas vezes	1 (10%)	2 (20%)	4 (40%)	3 (30%)	
Encaminhamento					
Sus	4 (6,35%)	20 (31,75%)	15 (23,81%)	24 (38,10%)	0,72*
Plano de saúde particular	1 (2,94%)	9 (26,47%)	11 (32,35%)	13 (38,24%)	

*Aplicação do Teste exato de Fisher
Fonte: Arquivo dos autores

Discussão

No presente estudo, observa-se uma maior incidência do sexo feminino. A nível de comparação, outros três estudos foram observados e dois corroboram com o resultado de gênero do presente estudo [11] [12], e um outro diverge, com prevalência do gênero masculino [13]. As diferenças encontradas podem estar relacionadas a características regionais e o público que utiliza os serviços de fisioterapia ofertados.

A variação de idade predominante ocorreu de 48 a 59 anos, com idade média de 43 anos. O que está abaixo da média encontrada para outros estudos epidemiológicos que envolvem fisioterapia e dor em pacientes de clínicas-escola, que identificaram média de idade superior a 55 anos [14]; 60 anos [15] [16].

No quesito de escolaridade e cor da pele ou raça, o ensino médio completo prevaleceu com 37,11% dos candidatos, e 44,33% declararam-se pretos, respectivamente. Este resultado

também é possível visualizar em um trabalho descritivo, quantitativo e retrospectivo, onde foram analisados 649 prontuários dos anos de 2010 a 2017, e quanto ao grau de instrução mais encontrada foi o ensino médio completo (39% da amostra pesquisada) [17]. Em outro estudo com 50 sujeitos, 51% possuíam ensino superior completo [18], evidenciando a pluralidade do público em clínicas fisioterapêuticas em ortopedia.

O estilo de vida é um dos indicadores de muita importância na saúde humana. No presente trabalho, 30,93% (n=30) dos entrevistados consideraram-se sedentários corroborando com outro perfil epidemiológico onde 65% intitularam-se sedentários. [19]

Quando se trata de tratamento da dor, é comum relatos de ingestão de medicamentos alopáticos. Porém, neste trabalho observou-se que 72,16% (n=70), não utilizou fármacos para o controle algico. Este fato também é um achado num estudo que envolveu a análise de 171 prontuários. 57,3%

(n=98) relataram não consumir medicamentos para o a diminuição da dor [20]. Estes dados demonstram a importância e eficiência das condutas fisioterapêuticas na manutenção da funcionalidade redução da dor.

A fisioterapia no decorrer dos anos tem sido uma das principais ferramentas cinético funcionais na redução da dor. Este trabalho demonstra que 89,69% (n=87) dos voluntários responderam que as condutas fisioterapêuticas são fundamentais redutores álgicas. Outro estudo com 934 participantes para o tratamento de osteoartrose também apresentou resultado experimental significativamente positivo para o alívio da dor (estatisticamente significativo $p < 0,003$) [21]. Estes dados evidenciam a importância da fisioterapia, quanto qualidade de vida aos sujeitos, nas disfunções musculoesqueléticas.

A lombalgia apresentou-se evidente neste estudo, com 12,37% (n=12), apesar dos dados serem bastante diversificados quanto ao número de doenças coletadas. Outro aspecto importante obtido foi o esforço físico que os candidatos exercem no ambiente ocupacional,

visto que 43,30% (n=42), disseram exercer um trabalho moderado.

Associar quadros álgicos da região lombar com o meio ocupacional foi resultado de um estudo de análise da prevalência de dor lombar associada às atividades ocupacionais. Percebeu-se esta relação muito recorrente, provavelmente pela demanda de atividades e amplo número de horas trabalhadas. [22]

A dor lombar foi a principal queixa relatada na coleta de dados, com 21,65% (n=21), entre os sujeitos, seguido da dor no ombro 15,46% (n=15), e tornozelo 12,37% (n=12) foram os mais evidentes. A literatura aponta que 71,6% das dores lombares podem ser inespecíficas, além de serem em maioria do sexo feminino, o que correlaciona com o presente estudo e a população descrita. [23]

Em uma análise bivariada do presente trabalho, foi possível observar uma associação significativa entre a população que tinha ensino médio incompleto com as patologias da região do tronco, com valor significativo em $p < 0,01$. Assim ocorreu para os que não utilizaram medicamentos para o

controle da dor, relacionado as queixas principais no momento da avaliação cinético funcional, com valor significativo em $p < 0,021$.

Com a conclusão da avaliação feita pelo diagrama de *Corlett & Manenica*, pode-se dizer que o perfil algico dos pacientes da clínica avaliada é de dor de maior intensidade nas regiões do cervical, coluna lombosacra, quadris, pescoço, ombros, braço esquerdo, cotovelo esquerdo, coxa direita, joelho esquerdo e perna direita, sendo todas de intensidade média. Em um programa de reabilitação cardiorrespiratória (PRC), assistido por fisioterapeutas, utilizou-se o diagrama, por aqui discutido, para determinar as limitações decorrentes da dor, no total de 17 pacientes, a prevalência ocorreu na região cervical, perna esquerda, perna direita, lombar e coxa direita [24]. Em outro estudo foi evidente o índice de dores lombares e em MMII, dados estes em trabalhadores da saúde [25]. Esta ferramenta quantitativa justifica a necessidade da clínica estudar observar os níveis de intensidade, além das localidades mais evidentes, para proporcionar melhor atendimento terapêutico ao

público, com prevenção e promoção a saúde, podendo também utilizar o diagrama de dor na avaliação e reavaliação fisioterapêutica.

Conclusão

Após a análise dos resultados, pode-se observar que há uma prevalência de dor na região de tronco de pessoas que concluíram o ensino médio, e este dado é estatisticamente significativo.

Outro dado relevante que o estudo apresenta é a grande aceitação dos pacientes quanto aos efeitos benéficos da fisioterapia no quadro algico, onde quase a totalidade dos avaliados indicou que a fisioterapia traz efeitos positivos na redução do quadro algico.

O perfil algico dos pacientes da clínica em questão é a prevalência de dores de intensidade moderada em regiões específicas do corpo (cervical, coluna lombosacra, quadris, pescoço, ombros, braço esquerdo, cotovelo esquerdo, coxa direita, joelho esquerdo e perna direita) por tanto, recomenda-se que atividades educativas e ações voltadas para prevenção em saúde ortopédica com foco na dor possam fazer parte da rotina da clínica avaliada para que seja dado este

suporte aos atendimentos, pensando na maior demanda álgica a qual os fisioterapeutas se deparam no cotidiano.

Referências Bibliográficas

1 Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS, Andrade DCA, Bezerra SL, Figueiró JB, Okada M. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. Revista de Medicina. Vol. 80, n. 1. 2001 [acesso em 1 mar 2021]. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/63150/65940>.

2 Vasconcelos FH; Araújo, GC. Prevalência de dor crônica no Brasil: estudo descritivo. BrJP vol.1 no.2 São Paulo Apr./June 2018 [acesso em 1 mar 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2595-31922018000200176&script=sci_arttext&tlng=pt.

3 Ashmawi, HÁ. Introdução à fisiopatologia da dor: histórico, circuitos da dor e conceitos. Programa de educação continuada em fisiopatologia e terapêutica da dor. HC Faculdade de Medicina da USP. 2019 [acesso em 28 abr 2021]. Disponível em: [https://www.anestesiologiausp.com](https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-fisiopatologia-da-dor_2019.pdf).

[br/wp-content/uploads/Introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-fisiopatologia-da-dor_2019.pdf](https://www.anestesiologiausp.com.br/wp-content/uploads/Introdu%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-fisiopatologia-da-dor_2019.pdf).

4 Covian MR. Fisiopatogênese da dor. Arquivo de Neuro-Psiquiatria. Vol. 23, n. 3, setembro (São Paulo). 1965 [acesso em 28 abr 2021]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/anp/v23n3/01.pdf>.

5 Santos EC, Andrade RD, Lopes SGR, Valgas C. Prevalência de dor musculoesquelética em profissionais de enfermagem que atuam na ortopedia. Revista Dor, v. 18, n. 4. São Paulo. 2017 [acesso em 28 abr 2021]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180600132017000400298&script=sci_arttext&tlng=pt.

6 Nogueira AF, Costa BH, Arruda EF, Leite MB, Sousa CS. Principais distúrbios traumato-ortopédicos atendidos em clínicas-escola de fisioterapia. Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Vol. 7, n. 2. 2016 [acesso em 2 mar 2021]. Disponível em: <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/395>.

7 Britto Neto VR. Plano de ação para sistematização e aprimoramento do atendimento aos pacientes portadores de dor crônica, assistidos pela equipe de saúde da família Vida Nova I. [especialização em atenção básica em saúde]. UFMA. 2017 [acesso em 10 mar 2021]. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8122>.

8 Messias CR, Cunha FA, Cremasco GS, Baptista MN. Dor crônica, depressão, saúde geral e suporte social em pacientes fibromiálgicos e oncológicos. *Revista Psicologia e Saúde*. Vol. 12, n. 4, out/dez. 2020 [acesso em 12 mar 2021]. Disponível em:

<https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/819/1170>.

9 David GP, Costa PT, Fraga GAS, Fusaro C. Perfil Epidemiológico dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia em ortopedia e traumatologia da clínica escola de fisioterapia da Universidade de São Francisco. *Ensaio USF*, vol. 1, n. 1, 46-57. 2017 [acesso em 16 mar 2021]. Disponível em: <http://ensaios.usf.edu.br/ensaios/article/view/47>.

10 Corlett EM, Manenica I. The effects and measurement of working postures. *Applied Ergonomics*, v. 11, n. 1, p. 7-16, 1980 [acesso em 28 abr 2021] Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0003687080901155>.

11 David GP, Costa PT, Fraga GAS, Fusaro C. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia em ortopedia e traumatologia da clínica escola de fisioterapia da Universidade São Francisco. *Ensaio USF*, 1(1), 46–57. 2017 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.24933/eusf.v1i1.47>

12 Drissen DO, Tonello A, Uberti FMI, Lorenzet T, Linden Júnior E. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos no serviço de Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica da Clínica-Escola de uma Universidade do Oeste de Santa Catarina. *Anais do II Congresso Brasileiro e I Congresso Internacional da Associação Brasileira de Fisioterapia Traumato-Ortopédica – ABRAFITO*. V.2 n.1, 2017 [acessado em 26 out 2021]. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/anaisuftm/ind>

ex.php/abrafito/article/view/2042/2014.

13 Faria GM. Caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela fisioterapia na enfermagem da ortopedia da Unidade Campus do HCFMRP. Programa de aprimoramento profissional/CRH/SES-SP [monografia]. 2018 [acessado em 26 out 2021]. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2018/ses-36611/ses-36611-6636.pdf>.

14 Souza ALO, Araújo AR, Gomes FRS, Chagas e Vallone MLD, Barcellos RF. Perfil sóciodemográfico, epidemiológico, de saúde clínica e funcional dos pacientes em tratamento no ambulatório de ortopedia, traumatologia e reumatologia de uma clínica escola: um estudo descritivo. Caderno de educação, saúde e fisioterapia. V. 6, n. 12. 2019 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2764>.

15 Macário NR, Lopes Silva J, Silva MD, Raulino LTS, Silva JL, Britto LS,

Maia DMS, Souza Filho JOA, Silva Júnior RR. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia de uma clínica-escola do interior do Ceará. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 13. 2021 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21445>. Acesso em: 26 out. 2021.

16 Oliveira JC, Santos RPMC, Calles ACN, Monteiro FT. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em uma clínica-escola de Fisioterapia na cidade de Maceio-AL. Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente. V.6, n.2. 2018 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2018v6n2p85-94>.

17 Evangelista Júnior IN; Camera FDM, Castro MB, Guedes JM. Perfil dos pacientes atendidos na área de disfunções musculoesqueléticas em uma clínica escola de fisioterapia do norte do RS. Revista Perspectiva. V.44, n. 165. 2020 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.31512/persp.v.44.n.165.2020.75.p.107-112>.

18 Correia DCNC. Perfil epidemiológico dos pacientes com disfunção da coluna vertebral atendidos na unidade de reabilitação músculo-esquelética da UFRN [Monografia de graduação]. 2019 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em:

<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/35908>.

19 Ferreira EF, Assis RC, Faria AKN, Chaves CG, Souza ASD, Zani HP, Tacon KCB, Vento DA. Perfil epidemiológico e avaliação de fatores de risco para doença cardiovascular em pacientes atendidos em uma clínica escola de fisioterapia. Revista educação em saúde. V.5, n.2, p.19-25. 2017 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em:

<https://core.ac.uk/download/pdf/234552351.pdf>.

20 Cruz ACP, Aragão VES, Vieira MM, Soares WD, Alves MR, Rodrigues VD. Perfil dos pacientes de ortopedia e traumatologia atendidos pelos acadêmicos de fisioterapia de uma clínica escola. Revista Multitexto. V. 7, n. 2. 2019 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em:

<http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/380/225>.

21 Rocha TC, Ramos PS, Dias AG, Martins EA. Os efeitos do exercício físico sobre o manejo da dor em pacientes com osteoartrose de joelho: uma revisão sistemática com metanálise. Revista Brasileira de Ortopedia. V. 55, n. 5, p. 509-517. 2020 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093712/>.

22 Silva LL, Prates Neta AA, Prates CF, Soares JS, Araújo TA, Costa AMA. Análise de prevalência de dor lombar associada à atividades ocupacionais: uma revisão integrativa de literatura. Brazilian Journal o Development. V. 7, n. 2, p. 11729-11743. 2021 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24069/19281>.

23 Galera SRGP, César ACS, Da Silva MG, Pereira ECA. Prevalência da queixa de dor lombar inespecífica em pacientes que procuraram atendimento em uma clínica escola de fisioterapia do município de

Pindamonhangaba – SP. Revista Saúde e Ciência online. V. 8, n. 3. 2019 [acesso em 26 out 2021]. Disponível em: https://www.rsctemp.sti.ufcg.edu.br/index.php/RSC-UFMG/article/view/781_

24 Kniphoff EJ, Da Silva T, Vieira LP, De Oliveira KMM, Reinick D, Da Silva ALG, Fleig TCM. Uso de diagrama de dor em programa de RC: um novo cuidado. Anais do salão de ensino e de extensão. 2019 [acesso em 28 out 2021]. Disponível em: https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/19895.

25 Costa AMA, Cardoso TV, Gusmão JV, Ladeia APA, Alves JJS. Prevalência de dor em trabalhadores de unidades de saúde da família de Guanambi-Bahia. 71º Reunião anual da SBPC – UFMS. 2019 [acesso em 28 out 2021]. Disponível em: <https://observatorio.centrouniversitariounifg.edu.br/wp-content/uploads/2019/08/Resumo-Expandido-Costa-et-al-2019.pdf>.

Artigo para submissão



Rafael Quintairos <rrdq20@gmail.com>

para jhsi ▾

Olá,

de: **Rafael Quintairos** <rrdq20@gmail.com>

para: jhsi@unip.br

data: 12 de nov. de 2021 00:52

Att.,

assunto: Artigo para submissão

enviado por: gmail.com

ACD.: R_e

