



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Liliane Cristina Neves Diniz Tinoco

Lombalgia: plano de ação para a diminuição da
demanda na Unidade Básica de Saúde Rio Bonito,
Curitiba-PR

Florianópolis, Março de 2016

Liliane Cristina Neves Diniz Tinoco

Lombalgia: plano de ação para a diminuição da demanda na
Unidade Básica de Saúde Rio Bonito, Curitiba-PR

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Aline Lima Pestana
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Liliane Cristina Neves Diniz Tinoco

**Lombalgia: plano de ação para a diminuição da demanda na
Unidade Básica de Saúde Rio Bonito, Curitiba-PR**

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Aline Lima Pestana
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A equipe de Unidade Básica de Saúde Rio Bonito 3 está localizada no bairro Campo de Santana no extremo sul da cidade de Curitiba/PR. Em função das principais queixas dentro do consultório somado a motivação pessoal este trabalho foi elaborado para explorar a lombalgia. Destaca-se a importância desse problema pois é uma queixa relacionada com diversos fatores como estilo de vida urbano e sedentário, obesidade, doenças ocupacionais, aumento de sobrevida média da população e as alterações degenerativas associadas. Teve como objetivo elaborar um plano de ações com a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Rio Bonito 3 para reduzir as queixas de lombalgia na população de Campo de Santana, em Curitiba-PR. A população alvo será aquela economicamente ativa e residentes no território da Unidade Básica de Saúde do Rio Bonito 3, situada em Curitiba/PR. Através de um trabalho em equipe, serão selecionados pacientes com queixas de dor lombar há mais de 6 meses para ações em consultório com sinais de alerta em consulta médica, com IMC maior que 30kg/m² para acompanhamento na perda de peso e aqueles com manifestações em saúde mental e, também, ações coletivas na própria unidade de saúde, como reuniões para uma rotina de exercícios e alongamentos, em ambos momentos contando com apoio do NASF (fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e psicólogo). Espera-se que a população economicamente ativa tenha melhor postura e uma maior consciência corporal. Que a atividade física e os alongamentos passem a ser um lazer e, ainda, que o paciente compreenda quando procurar atendimento de fato em se tratando de dor lombar e multiplique tal informação a seus vizinhos/conhecidos culminando em redução do número de consultas devido à queixa trabalhada.

Palavras-chave: Dor lombar, Saúde da Família, Prevenção, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	17
	REFERÊNCIAS	19

1 Introdução

A equipe de Unidade Básica de Saúde Rio Bonito 3 está localizada no bairro Campo de Santana no extremo sul da cidade de Curitiba/PR, faz divisa com a cidade de Araucária/PR. O bairro ficou famoso por sediar uma experiência inédita de conjugação entre ocupação urbana e rural no bairro, foi implantada a primeira comunidade rurbanda do país, em 1981 ([WIKIPÉDIA, 2015](#)).

Através de dados coletados no SIAB de maio/2015 e das fichas A das agentes comunitárias de saúde da equipe atualizadas em maio/2015 é possível dizer que sua população tem aproximadamente 5836 pessoas, sendo cerca de 3500 mulheres e 2336 homens. Essa população ainda é dividida por 1160 crianças (com idade até 19 anos, 11 meses e 29 dias), 4096 de população adulta (entre 20 e 59 anos) e 580 idosos (aqueles acima de 60 anos).

Na área a maioria das casas são de alvenaria e algumas ruas e estradas de terra. Não há área de risco geográfico (encosta, ocupação irregular ou estrutura aparentemente duvidosa) e/ou populacional (densidade demográfica razoável).

O bairro é novo e foi loteado há apenas 12 anos, informação adquirida após entrevista com moradores mais antigos da região. A região era uma fazenda que foi loteada pela construtora Piemonte e atraiu moradores devido ao preço baixo somado à facilidade de pagamento através de financiamento.

Conselho Local de Saúde e Associação de Moradores nasceram concomitante a inauguração da UBS. Há 8 anos conseguiram 2 linhas de ônibus municipais. Tanto o Conselho quanto a Associação foram peças fundamentais para o crescimento do bairro. O asfaltamento, a construção de 3 creches, 3 escolas municipais e 1 escola estadual são algumas de suas conquistas. Está em andamento a construção de uma UPA no bairro junto a Rua da Cidadania. Hoje a região possui inúmeras igrejas, sendo as mais influentes: Igreja Nossa Senhora Perpetuo do Socorro; Igreja Universal do Reino de Deus; Igreja Quadrangular; e Igreja Assembléia de Deus. Não há praças, academia ao ar livre ou outros locais para lazer.

O problema local seria um pequeno grupo que realiza tráfico na região. A segurança regional tem muito a melhorar, queixas de assaltos a lojas e residências são frequentes.

A população apresenta uma renda média de 2 salários mínimos. Apenas 10 famílias ganham benefícios da Família Curitibana e somente 2 famílias recebem Bolsa Família. Os chefes de família possuem, predominantemente, o 2º grau completo. A comunidade apresenta saneamento básico, coleta de lixo e uso de água tratada (dados da Ficha A, abril/2015, ACS's US Rio Bonito 3).

A prevalência de hipertensos é de 41,2 casos para cada 1000 habitantes da região. Já a prevalência de diabetes melitos é de 14,2 casos para cada 1000 habitantes do local. A equipe realiza acompanhamento dos pacientes diabéticos e hipertensos conforme protocolo

do Ministério da Saúde, no qual a definição da frequência de consultas acontece de acordo com a classificação de risco da patologia. O acompanhamento no nível primário é multidisciplinar, onde podemos contar com médico, enfermeiro, educador físico, nutricionista, técnicos/auxiliares de enfermagem e psicólogo. O acompanhamento envolve o paciente como um todo e, também, conta com exames laboratoriais e eletrocardiograma anuais, em pacientes de baixo risco. Já pacientes de alto risco também recebem acompanhamento especializado.

As 5 queixas mais comuns no mês de maio/2015 em atendimentos médicos foram hipertensão arterial sistêmica descompensada, lombalgia, infecção de vias aéreas superiores, febre e, por último, dor muscular/em membros. As consultas médicas são programadas de acordo com a demanda da população, sendo a parte da manhã destinada a demandas espontâneas e a tarde demandas agendadas e cuidado continuado de acordo com a prevalência e a necessidade de consulta conforme patologias.

A lista de problemas elencadas durante o curso pela população foram: falta de segurança, falta de lazer, falta de escola Estadual, pouco atendimento médico e, por fim, ausência de asfaltamento na periferia do bairro. As que necessitariam de um plano de ação de acordo com a população seriam falta de segurança e falta de lazer. Porém estes temas fogem dos objetivos do trabalho de conclusão, já que a equipe teria uma baixa governabilidade. Tendo isto em vista, optou-se por agir em função das principais queixas dentro do consultório somado a motivação pessoal para melhorar em diagnóstico e condutas: lombalgia. Destaca-se a importância desse problema pois é uma queixa relacionada com diversos fatores como estilo de vida urbano e sedentário, obesidade, doenças ocupacionais, aumento de sobrevida média da população e as alterações degenerativas associadas, como cita o Duncan. Ainda de acordo com o Duncan, os distúrbios de coluna são a maior causa de limitação funcional em pessoas com menos de 45 anos, e a doença mais onerosa por faltas ao trabalho e aposentadoria por invalidez. Assim sendo, teria um grande impacto ao educar a população, reduzindo demandas no serviço de saúde devido a redução da recorrência dos sintomas, minimizando gastos com tratamentos medicamentosos desnecessários e pedidos de exames excessivos, além de poder ser trabalhado de forma multiprofissional contando com a participação do NASF, principalmente fisioterapia.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ações com a equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde Rio Bonito 3 para reduzir as queixas de lombalgia na população de Campo de Santana, em Curitiba-PR.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar práticas de saúde que contribuam na melhora da conscientização corporal e educação postural dos pacientes com queixas de lombalgia.
- Estimular a realização de atividades de lazer pela população de Campo de Santana.
- Sistematizar o fluxo de atenção às queixas de lombalgia no sistema de referência e contra-referência.
- Melhorar a qualidade de vida da população com queixas de lombalgia.

3 Revisão da Literatura

O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto. Um indivíduo não existe sozinho, isolado. Todo homem é resultado das relações que estabelece (CAMPOS, 2003).

A coluna vertebral é formada de vértebras, discos e ligamentos sendo constituinte da parte subcranial mais importante do esqueleto axial. Composta por 33 vértebras, conta-se 5 lombares, 5 fusionadas do sacro e mais 4 ou 5 irregulares no cóccix. A região lombar apresenta uma curvatura anatômica convexa, denominada cifose sacra, e outra côncava, que é a lordose lombar (LÓPEZ; LAURENTYS-MEDEIROS, 2004).

De acordo com o Duncan, Schmidt e Giugliani (2004) a dor lombar pode ser originada de diversas estruturas da coluna sensíveis a dor o que inclui ligamentos, anel fibroso do disco intervertebral, articulações interapofisárias, periósteo, musculatura e fáschia paravertebral, vasos sanguíneos e raízes nervosas. O quadro que perdura por mais de 3 meses é considerado crônico e ainda coloca que os quadros agudos geralmente são autolimitados.

A dor lombar acompanha o homem desde que assumiu a postura ereta. Duncan, Schmidt e Giugliani (2004) entram em consenso ao afirmar que lombalgia é uma das queixas mais comuns da prática clínica. Relatam que a lombalgia ocorrerá em cerca de 80% dos indivíduos em algum momento de sua vida, sendo as causas mecânicas (92%) como lombalgia inespecífica musculoligamentar (72%) e osteoartrose lombar (10%) são as principais causas em jovens; já em pacientes com mais de 65 anos a proporção da causa mecânica reduz devido ao aumento do número de causas como neoplasia, fraturas osteoporóticas, estenosa espinhal e aneurismas aórticos.

A dor crônica já é considerada um problema de saúde pública em função da alta prevalência, do alto custo e do impacto negativo que pode causar na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. A dor lombar é observada sempre como primeira ou segunda maior causa de dor crônica, sendo que de 15 a 37% dos casos são dores incapacitantes (ANDRADE, 2014)(SILVA; MARTINS, 2014).

Cecil, Goldman e Ausiello (2005) indicam que 85% das avaliações dos pacientes não chegam a um diagnóstico definitivo. Ainda este autor enfatiza que os paciente observam a dor lombar pela manhã, comumente após uma atividade incomum.

A lombalgia crônica geralmente tem curso benigno, por isso a busca exaustiva de uma causa anatômica específica, além de ser dispendiosa, não resulta em benefício para o indivíduo, diz UFSC. Porém Duncan, Schmidt e Giugliani (2004) referem que, na avaliação, é importante descartar as causas graves que necessitam de intervenção específica como: trauma importante; idade maior que 50 anos; história pregressa de câncer ou dor que piora ao repouso; perda de peso inexplicável; febre por mais de 48h, uso de drogas injetáveis,

infecção ativa; déficit neurológico grave ou progressivo; e dor com duração superior há 1 mês, sem resposta ao tratamento.

A Equipe Telessaúde Rio Grande do Sul considera que no tratamento da maior parte das lombalgias agudas o manejo é ambulatorial e é coordenado pelo médico da Atenção Primária à Saúde e objetiva aliviar a dor, reduzir o espasmo muscular, melhorar a amplitude e força dos movimentos e, em última análise, melhorar o estado funcional do paciente. O tratamento é composto de orientações gerais (repouso relativo, evitar levantar peso), medicação e terapia física. Já [Summaries \(2015\)](#) expõe que a acupuntura, por pelo menos 10 sessões em até 12 semanas, está indicado no manejo da lombalgia crônica.

Qualquer dor gera grande ansiedade ao paciente, envolvendo não só o sistema sensório, como também o emocional. O tratamento dessa condição pode ser um desafio ao médico assistente, que tem que dispor de grande tempo para os pacientes, que se encontram abalados emocionalmente ([ANDRADE, 2014](#)). Assim, além de ser uma das causas mais frequentes, a lombalgia torna-se relevante pois pode se tornar um problema crônico em uma parcela considerável de pacientes, resultando em grande sofrimento pessoal e sérias repercussões socioeconômicas ([DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004](#)).

Contudo, [Mata, Costa e Souza \(2011\)](#) referem que a dor e a incapacidade funcional são elementos subnotificados pela atenção básica em saúde no Brasil, uma vez que não são registradas especificamente nas unidades básicas de saúde. Por isso é necessária a identificação de necessidades locais, no caso problemas osteoarticulares, que contribua para uma política de atenção em que se considere a integração dos níveis de assistência, sobretudo o que se propõe a ser mais resolutivo, com menor custo e com maior afinidade com as famílias e indivíduos. Desta forma, os profissionais de saúde realmente aproximarão-se da população coberta, ouvindo seus anseios e necessidades, já que muitos deles não estão sendo identificados pelo sistema de saúde para planejamento, monitoramento e avaliação das ações, como é o caso da saúde osteoarticular.

4 Metodologia

A população alvo será aquela economicamente ativa, ou seja, homens e mulheres entre 20 e 50 anos, residentes no território da Unidade Básica de Saúde do Rio Bonito 3, situada em Curitiba/PR. A seguir serão descritas algumas estratégias multiprofissionais necessárias para a implementação da proposta, uma vez que o apoio dos colegas do NASF torna-se essencial.

Em um primeiro momento será realizado um levantamento durante as consultas realizadas pela médica, enfermeira da equipe e também através do acompanhamento realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACSs) dos pacientes que relatam dor lombar. Serão selecionados aqueles pacientes que relatam dor lombar há pelo menos 6 meses. Para tal, o levantamento será iniciado no segundo semestre de 2016, no mês de agosto, e deverá durar cerca de 3 meses inicialmente e deverá ser um processo contínuo na unidade.

Os pacientes identificados pelos ACSs serão convidados a comparecer a unidade para pesar e medir sua altura, já os identificados durante consulta, deverão ser medidos e pesados no ato. Destes, os que apresentarem o índice de massa corpórea maior que $30\text{kg}/\text{m}^2$ será convidado a iniciar um plano terapêutico de perda de peso junto à nutricionista e ao educador físico, ambos do NASF. O agendamento ocorrerá de forma simples, sendo que qualquer membro da equipe poderá fazê-lo em acesso ao sistema do E-Saude presente em nossa unidade, onde se encontram a agenda dos profissionais do NASF. Caso o plano terapêutico não funcione, questionaremos aos paciente qual a possível falha deste método para que possamos intervir.

Serão programadas reuniões bimestrais para todos os pacientes queixosos de dor lombar há 6 meses ou mais com o fisioterapeuta do NASF na própria unidade básica de saúde, onde existe um pátio bem espaçoso e seria um local de fácil acesso à população e será um território neutro, para que aprendam uma rotina de exercícios para fortalecimento da musculatura para vertebral e alongamentos musculares em geral de forma que repitam em casa rotineiramente. O local poderá ser variado de acordo com a vontade dos paciente e benefícios conforme o profissional responsável julgar, por exemplo, para caminhadas, a alteração deverá acontecer sempre em comum acordo com os envolvidos. Essas reuniões acontecerão, preferencialmente, fora do horário comercial. Poderão acompanhar o fisioterapeuta, os ACSs e os técnicos de enfermagem. Os demais membros da equipe que se interessarem também poderão participar.

Realizar acompanhamento de saúde mental àqueles que demonstrarem labilidade emocional, humor deprimido, nervosismo e/ou ansiedade. Nesse momento poderá ser necessário o auxílio da psicóloga do NASF, cujo agendamento de consulta seguirá o mesmo fluxo dos profissionais do NASF explicitado acima. [Duncan, Schmidt e Giugliani \(2004\)](#) colocam que conflitos psicossociais podem amplificar ou perpetuar os sintomas e não podem

ser descartados.

Os pacientes que apresentarem persistência dos sintomas e/ou sinais de gravidade deverão passar por consulta médica imediatamente para conduta terapêutica adequada a cada caso.

Os profissionais do nível superior da equipe irão orientar de forma continuada os ACSs a sempre perguntarem aos pacientes acerca da rotina de exercício, alongamento e adesão ao plano terapêutico indicado a cada caso. Os ACSs deverão realizar visita domiciliar aos pacientes participantes do projeto mensalmente.

A equipe da estratégia de saúde da família fará uma carta à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba solicitando apoio junto a este projeto, solicitando um melhor acesso à mão-de-obra especializada nos casos relevantes após avaliação multidisciplinar assim que este projeto estiver em prática.

5 Resultados Esperados

A dor lombar acompanha o homem desde que assumiu a postura ereta. [Duncan, Schmidt e Giugliani \(2004\)](#) entram em consenso ao afirmar que lombalgia é uma das queixas mais comuns da prática clínica. Relatam que a lombalgia ocorrerá em cerca de 80% dos indivíduos em algum momento de sua vida, sendo as causas mecânicas (92%) como lombalgia inespecífica musculoligamentar (72%) e osteoartrose lombar (10%) as principais causas em jovens; já em pacientes com mais de 65 anos a proporção da causa mecânica reduz devido ao aumento do número de causas como neoplasia, fraturas osteoporóticas, estenosa espinhal e aneurismas aórticos.

A previsão orçamentária para este projeto é insignificante, pois será trabalhada apenas a logística dos profissionais já existentes na equipe de saúde da família e na equipe de apoio, o NASF. Isso torna o método de fácil aplicação e governabilidade. Agora é avaliar a adesão da população alvo.

Como resultado, espera-se ter uma população economicamente ativa com melhor postura e uma maior consciência corporal. Que a atividade física e os alongamentos passem a ser um lazer e que o paciente tenha menos alterações emocionais somado a um alto índice de adesão ao plano terapêutico. O [Duncan, Schmidt e Giugliani \(2004\)](#) colocam que conflitos psicossociais podem amplificar ou perpetuar os sintomas e não podem ser descartados. Almeja-se, ainda, que o paciente compreenda quando procurar atendimento para a dor lombar e que multiplique tal informação a seus vizinhos/conhecidos. Assim, será alcançado a redução significativa do número de pacientes que se queixam de lombalgia e com respectiva melhora da qualidade de vida.

Referências

ANDRADE, R. M. Q. de. Dor crônica na atenção primária: um problema de saúde pública. Juiz de Fora, n. 22, 2014. Curso de Faculdade de Medicina., Departamento de Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais.. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 569–584, 2003. Citado na página 13.

CECIL, R. L. F.; GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. *Tratado de Medicina Interna*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2005. Citado na página 13.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência*. Porto Alegre: Artmed, 2004. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 15 e 17.

LÓPEZ, M.; LAURENTYS-MEDEIROS, J. de. *Semiologia Médica: As bases do diagnóstico clínico*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2004. Citado na página 13.

MATA, M. de S.; COSTA, F. A. da; SOUZA, T. O. de. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 221–230, 2011. Citado na página 14.

SILVA, A. N.; MARTINS, M. R. I. Dor, cinesiofobia e qualidade de vida de pacientes com dor lombar. *Revista Dor*, v. 15, n. 2, p. 117–120, 2014. Citado na página 13.

SUMMARIES, N. C. knowledge. *Back pain – low (without radiculopathy)*. 2015. Disponível em: <<http://www.cks.nhs.uk/home>>. Acesso em: 10 Set. 2015. Citado na página 14.

WIKIPÉDIA, A. enciclopédia livre. *CAMPO DE SANTANA (CURITIBA)*. 2015. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Campo_de_Santana_\(Curitiba\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Campo_de_Santana_(Curitiba))>. Acesso em: 31 Mai. 2015. Citado na página 9.