

EFEITOS DA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES COM QUEIXAS DE DOR LOMBAR ASSISTIDOS PELO NASF DE ALEGRETE DO PIAUÍ

EFFECTS OF PHYSIOTHERAPEUTIC INTERVENTION IN PATIENTS WITH LOMBAR PAIN COMMISSIONS ASSISTED BY THE NASF OF ALEGRETE DO PIAUÍ

Anna Carla Leal Bezerra¹; Andrea Vieira Magalhães²

¹ Fisioterapeuta Esp. Especializanda em Saúde da Família e Comunidade

Correspondência: anna_carla15@hotmail.com

² Enfermeira Me. Tutora do curso de Pós graduação em Saúde da Família e

Comunidade pela Universidade Federal do Piauí-UFPI/UNAS SUS

RESUMO

A lombalgia é uma síndrome ou condição dolorosa e/ou rigidez localizada na região inferior do dorso entre o último arco costal e a prega glútea denominada região lombar. Esta é uma condição que pode atingir até 65% das pessoas anualmente e até 84% das pessoas em algum momento da vida, apresentando uma prevalência de aproximadamente 11,9% na população mundial, o que causa grande demanda aos serviços de saúde. Dessa forma os prejuízos na produtividade, qualidade de vida, e o afastamento do labor está cada vez mais frequente, tal comprometimento acomete ambos os gêneros e apresenta alta incidência na população economicamente ativa, incapacitando temporariamente ou definitivamente para execução das atividades laborais. Dessa forma o estudo tem como objetivo geral, Realizar intervenção Fisioterapêutica para melhora do perfil osteomuscular e funcional dos indivíduos em análise, e como objetivos específicos: Avaliar o nível de incapacidade funcional por meio de um questionário semiestruturado e autoaplicável e um Questionário de Incapacidade - Roland-Morris (QIRM), Reduzir a intensidade, recidivas e incapacidades ocasionadas pelas dores lombares; e Sensibilizar os indivíduos sobre os principais riscos e fatores que predispõem, reduzindo assim prejuízos na produtividade e melhorando a qualidade de vida. Por fim, este trabalho propôs criar um plano de intervenção simples e possível de executá-lo, de maneira que fosse viável e trouxesse benefícios à saúde dos indivíduos reduzindo suas incapacidades, ganhando funcionalidade e qualidade de vida.

PALAVRA CHAVES: Lombalgia, Fisioterapia, Saúde, Incapacidade.

ABSTRACT

The low back pain is a syndrome or a painful condition and/or rigidity localized in the lower back region between the last costal arch and the gluteal fold denominated lumbar region. This is a condition that may reach till 65% of people yearly and even 84% of people at any moment of his/her life, presenting a prevalence of approximately 11,9% in the world's population, what causes a great demand to the health services. Therefore, the losses in productivity, quality of life and the absence from work are increasingly often, such commitment effects both genres and presents high incidence in the population economically active, disabling temporarily or once for all (definitively) to the execution of work/labor activities. Thus, the study has as general objective perform physiotherapeutic intervention to the improvement of osteomuscular and functional profile of individuals under analysis, and as specific objectives: Evaluate the level of functional incapacity by means of a semistructured and self-applicable questionnaire and a incapacity questionnaire - Roland-Morris (QIRM) -; Reduce the intensity, the relapses and the incapacities caused by low back pain; and Sensitize the individuals about main risks and factors that predisposes, reducing, like this, the losses in productivity and improving the quality of life. And lastly, this work proposes to create a simple intervention plan and possible of execute it, in a viable way bringing benefits to individuals health reducing yours incapacities, gaining functionality and quality of life.

Keywords: low back pain, physiotherapy, health, incapacity.

1. INTRODUÇÃO

As lesões musculoesqueléticas, em particular a lombalgia, pela sua frequência, têm sido considerada a causa mais comum de incapacidade crónica em diversas ocupações. É, igualmente, um problema socioeconómico, pelas consequências que lhe são inerentes, e exalta reações nas diversas dimensões nomeadamente a nível laboral, emocional, cultural e cognitivo: física, psicológica, emocional, social, familiar, relacional, entre outras (1). Por ser um problema comumente encontrado na atualidade, e por sua origem multifatorial, o nível de dor e incapacidades pode ser tão intenso que vem a interferir diretamente no trabalho e nas atividades de vida diária do paciente (2).

A lombalgia é uma síndrome ou condição dolorosa e/ou rigidez localizada entre a região inferior do dorso entre o ultimo arco costal e a prega glútea denominada região lombar, decorrente de alguma anormalidade nesta região (3). O conhecimento da anatomia e fisiologia são fundamentais para compreensão dos mecanismos da dor, podendo ter origem nos elementos posteriores, nos músculos, nos discos, ou estruturas extrínsecas a coluna. Esta é uma condição que pode atingir até 65% das pessoas anualmente e até 84% das pessoas em algum momento da vida,

apresentando uma prevalência pontual de aproximadamente 11,9% na população mundial, o que causa grande demanda aos serviços de saúde (4).

Diante do exposto foram traçados os seguintes objetivos, como objetivo geral: Realizar intervenção Fisioterapêutica para melhora do perfil osteomuscular e funcional dos indivíduos em análise, e como objetivos específicos: Avaliar o nível de incapacidade funcional por meio de um questionário semiestruturado e autoaplicável e um Questionário de Incapacidade - Roland-Morris (QIRM), Reduzir a intensidade, recidivas e incapacidades ocasionada pelas dores lombares; e Sensibilizar os indivíduos sobre os principais riscos e fatores que predis põem, reduzindo assim prejuízos na produtividade e melhorando a qualidade de vida.

Sendo cada vez mais frequentes, as síndromes lombares têm acometido indivíduos na sua fase mais produtiva, tendo em vista as exigências biomecânicas às quais são submetidos diariamente, causando prejuízos na produtividade, qualidade de vida, e afastamento do trabalho, esses são achados comuns e cada vez mais frequentes dos indivíduos que sofrem com dores lombares inclusive nos serviços de Fisioterapia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF em Alegrete do Piauí. Tal comprometimento acomete ambos os gêneros e apresenta alta incidência na população economicamente ativa, incapacitando temporária ou definitivamente para execução das atividades profissionais (5-6). O que justifica a relevância desta pesquisa, tendo em vista a repercussão negativa no âmbito individual e social, vislumbrando desta forma a necessidade de investigar tal problemática.

Objetivos

Objetivo Geral:

- Realizar intervenção Fisioterapêutica para melhora do perfil osteomuscular e funcional dos indivíduos assistidos pelo Nasf de Alegrete do Piauí;

Objetivos Específicos:

- Avaliar o nível de incapacidade funcional por meio de um questionário semiestruturado e autoaplicável e um Questionário de Incapacidade - Roland-Morris (QIRM);
- Reduzir a intensidade, recidivas e incapacidades ocasionada pelas dores lombares;

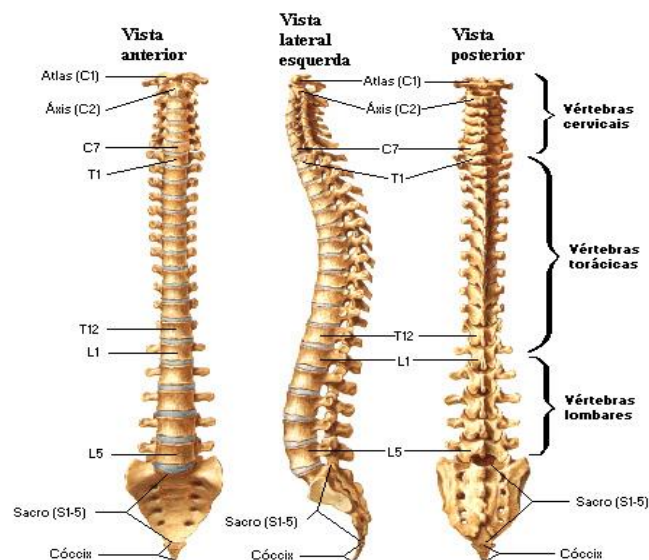
- Sensibilizar os indivíduos sobre os principais riscos e fatores que predisõem, reduzindo assim prejuízos na produtividade e melhorando a qualidade de vida;

2. REVISÃO DA LITERATURA

Anatomia da Coluna Vertebral

De acordo com a literatura o esqueleto axial é formado pela cabeça, esterno, costelas e a coluna vertebral. Esta por sua vez apresenta 24 vértebras, o sacro e o cóccix, que também recebe a denominação de espinha dorsal e vai do crânio até a pelve, responsabilizando-se por 2/5 do peso corporal total. Na composição da coluna vertebral tem-se o tecido conjuntivo e vários ossos denominados vértebras, que são sobrepostos no formato de uma coluna (7), ver Figura 1.

Figura 1: Coluna Vertebral



Fonte: <https://www.auladeanatomia.com/novosite/>

O adulto possui quatro curvaturas sagitais na coluna vertebral, sendo: cervical, torácica, lombar e sacral. As curvaturas primárias são a torácica e sacral, convexas posteriormente, pois possuem a mesma direção da coluna vertebral fetal e se diferenciam apenas pela altura entre as partes anteriores e posteriores dos corpos vertebrais. Já as curvaturas cervical e lombar apresentam-se côncavas

posteriormente, originam-se após o nascimento e se diferenciam na espessura entre as partes anteriores e posteriores dos discos intervertebrais (2).

As vértebras lombares, dão suporte a cavidade abdominal e consegue dar mobilidade entre a parte torácica do tronco e a pelve (2).

A funcionalidade da coluna lombar é proporcionar maior apoio e dar suporte ao nível superior do corpo humano. Devido a esse peso adicional que a coluna lombar suporta, têm-se as suas vértebras maiores, onde a estruturação das mesmas e o formato das facetas articulares dão limitação à quantidade de flexão, extensão, flexão lateral e rotação produzida em cada um dos níveis. A parte onde se localiza a região lombossacra acontece o maior número de flexão de tronco, ou seja, cerca de 20% a 70% da flexão na coluna acontecem na L4 e L5. As demais vértebras se responsabilizam por 5% a 10% da flexão de tronco, resultado da anatomia das facetas articulares e da região lombar estar mais limitada em sua extensão, onde é mínima a rotação da coluna lombar (8).

Lombalgia

A lombalgia é uma síndrome dolorosa e/ou rigidez em graus variados de intensidade localizada entre a região inferior do dorso entre o último arco costal e a prega glútea denominada região lombar. O conhecimento da anatomia e fisiologia é fundamental para compreensão dos mecanismos da dor, podendo ter origem nos elementos posteriores, nos músculos, no disco, ou estruturas extrínsecas a coluna (3).

A dor lombar é uma das queixas dolorosas mais frequentes na prática ambulatorial e é responsável por grandes índices de incapacidade e faltas ao trabalho, gerando alto custo para a sociedade e para os sistemas de saúde nos países desenvolvidos (9). É ainda considerada a segunda maior causa das queixas dos consultórios médicos, perdendo apenas para as doenças cardíacas, dentre as doenças crônicas, por exemplo, dentre dez pessoas, oito sofrem com a lombalgia (10).

Na prática clínica outro quadro doloroso comumente confundido com lombalgia é a fibromialgia, que se caracteriza como uma síndrome dolorosa de etiopatogenia ainda desconhecida, configurando-se por dores musculoesqueléticas em várias regiões do corpo, além de distúrbios do sono, fadiga, rigidez, sensação de edema em alguns casos parestesias (11). Por isso durante avaliação é fundamental uma anamnese eficiente e um bom exame físico, sendo exames complementares

apenas um dado para fundamentar os as evidências encontradas na avaliação pericial. A elaboração de um diagnóstico propício é essencial na indicação do tratamento e melhor conduta para paciente, a qual beneficia os portadores de lombalgia crônica e, de forma indireta, todos os serviços envolvidos com os custos gerados por esses pacientes (9).

Etiologia da dor lombar

A dor lombar possui etiologia multifatorial, e não pode ser entendida apenas no contexto de um quadro álgico isolado, fadiga ou rigidez, afinal as lombalgias podem ter origem em várias regiões, ou seja, em estruturas da própria coluna, ou ter origem vascular ou psicogênica. Podendo ser ainda proveniente de fatores socioeconômicos e demográficos (idade, sexo, renda e escolaridade), saúde, estilo de vida ou comportamento (tabagismo, alimentação, sedentarismo), ocupação (trabalho físico pesado, movimentos repetitivos) obesidade, posturas viciosas, além de exigências físicas do trabalho e fatores ergonômicos como levantamento de cargas, flexões e torções do tronco, vibrações e esforços repetidos (12).

A elevação e transporte de cargas pesadas, flexão e extensão prolongada e repetida da coluna e movimentos repetitivos estão entre os fatores de risco para o desenvolvimento de lesões e quadros álgicos (13).

As causas mais frequentes da dor lombar são decorrentes ainda de traumas que surgem de hérnia de disco e/ou fraturas; degenerativas do tipo discartrose e artrose das articulações interapofisárias posteriores, ou ossificação ligamentar idiopática; inflamatórias decorrentes de espondilite anquilosante, espondiloartropatias, artrite psoriática, artrite reativa e artrite reumatoide juvenil; infecciosas por bactérias ou micoses; tumorais do tipo metastáticas e/ou mieloma múltiplo; e metabólicas provenientes de osteoporose. Além de algumas afecções das estruturas próximas da coluna vertebral, que podem ser confundidas como uma manifestação da coluna lombar. (14).

Ainda relacionado aos fatores de risco para cronicidade e a incapacidade nas lombalgias inespecíficas, temos os quadros de história prévia de dor lombar, o absenteísmo nos últimos 12 meses, a dor irradiada para as pernas, a redução de amplitude de elevação da perna, os sinais de comprometimento neurológico, a diminuição da força e da resistência muscular do tronco, o descondicionamento físico, os sinais de depressão e de estresse, a baixa satisfação no trabalho, os problemas

personais relacionados com o uso e abuso de álcool e os problemas conjugais e financeiros (15).

Incidência e Prevalência da lombalgia

A dor lombar é uma condição que pode atingir até 65% das pessoas anualmente e até 84% das pessoas em algum momento da vida, apresentando uma prevalência pontual de aproximadamente 11,9% na população mundial, o que causa grande demanda aos serviços de saúde (4). Sendo um dos principais motivos de consultas médicas, hospitalizações e intervenções cirúrgicas, acomete comumente homens acima de 40 anos e mulheres entre 50 a 60 anos de idade, estas provavelmente em decorrência da maior prevalência e consequências da osteoporose (15). No Brasil, é uma das principais causas de fornecimento de auxílio-doença das afecções da coluna e aposentadoria por invalidez (16).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE realizada no ano de 2010, as dores da coluna (cervical, torácica, lombar e pélvica) são a segunda condição de saúde mais prevalente do Brasil (13,5%), entre as patologias crônicas identificadas por algum médico ou profissional de saúde, superadas apenas pelos casos de hipertensão arterial (14%) (17).

Algumas mudanças no perfil populacional foram observadas ao longo dos anos e devem ser levadas em consideração, como o aumento do número de idosos que hoje representam 7,4% da população total (17), aumento de hábitos sedentários entre os adultos (18) e, conseqüentemente, mudanças na composição corporal como aumento dos índices de sobrepeso e obesidade que atingem atualmente 58,4% das mulheres e 52,5% dos homens (19). Essas mudanças são fatores de risco para a ocorrência de dor lombar e o conhecimento da prevalência atual deste tipo de dor no Brasil é importante, de forma que valores de referência sejam estabelecidos para comparações futuras verificando o impacto de tais mudanças na prevalência da dor lombar (4).

Classificação da lombalgia

A dor lombar pode ser classificada segundo sua origem em desordem musculoesquelética de origem congênita, degenerativa, inflamatória, infecciosa, tumoral e mecânico-postural. A lombalgia pode ser classificada ainda em mecânica, não mecânica e psicogênica. A mecânica pode ser específica ou inespecífica. De acordo com o tempo de duração, a lombalgia pode ser aguda (início súbito e duração menor do que seis semanas), subaguda (duração de seis a 12 semanas), crônica (duração de mais do que 12 semanas) e recorrente (reaparece após períodos de acalmia). Pode ainda ser dividida em cinco categorias: viscerogênica (ex. doenças abdominais), vascular (ex. aneurisma de aorta abdominal), psicogênica (fator psicológico induzindo à dor), neurogênica (lesão em sistema nervoso) e espondilogênica (ex. hérnia de disco e osteoartrose) (20).

Já para outros autores esta patologia pode ser uma das queixas mais comuns, bem como, a dificuldade em ser diagnosticada pelos assistentes, o que geram inúmeros tratamentos muitas vezes desnecessários e invasivos, que consequentemente geram muitos atestados e afastamentos (3)

Incapacidades e Tratamento

A lombalgia é uma das causas mais frequentes de incapacidade. A prevalência dessa síndrome é de 60-85% durante a sobrevivência dos indivíduos. Em todos os momentos, entre 15 e 20% dos adultos tem lombalgia. A maioria (90%) é inespecífica e ocorre em todas as faixas etárias (21).

Para compreender o processo doença-cura-sequela, é importante lembrar que mesmo na presença de uma determinada patologia, o indivíduo pode ser considerado capaz para atuar em uma atividade específica ou ocupação, visto que pode manter condições (mesmo enfermo) de exercer o pleno desempenho desta atividade. Portanto, a incapacidade laborativa é a impossibilidade física ou mental para a realização de uma atividade profissional, decorrente de fatores fisiológicos ou patológicos de doenças ou acidentes e manifesta-se de formas e intensidades variáveis. O autor ressalta ainda que a incapacidade em pacientes com dor lombar crônica varia de 11% a 76% e essa grande variação deve-se tanto aos conceitos de incapacidade adotados quanto aos métodos diferentes utilizados para medir esse fenômeno (22).

Dentre as opções de Tratamento para lombalgia empregados encontra-se os medicamentos (anti-inflamatórios, corticosteroides, paracetamol, dipirona, tramadol, opioides, relaxantes musculares, antidepressivos, anticonvulsivantes), medidas físicas (ondas curtas, ultrassom, estimulação elétrica transcutânea, laser), infiltração, bloqueios e acupuntura (23).

A reabilitação fisioterapêutica cumpre importante papel no alívio da dor e deve ser feita por um profissional qualificado, onde se inicia com o levantamento de informações, avaliação das funções vitais e anamnese, com planejamento de meios ou técnicas que venham apresentar resultados satisfatórios (2). Entre os vários procedimentos utilizados pela fisioterapia, um dos mais utilizados é a terapia manual, que é uma das técnicas mais apropriadas para a reabilitação nos casos das dores lombares. Ela tem como maior objetivo promover o alívio das dores e, por consequência, da função biomecânica dos tecidos. Como exemplo tem-se a manipulação vertebral e as mobilizações articulares (24).

Outro recurso muito utilizado é a Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea ou Transcutaneous Electric Neural Stimulation (TENS) que consiste em uma técnica de reabilitação fisioterapêutica muito utilizada no alívio de dor. Através dela acontece a estimulação das fibras nervosas que são responsáveis pela emissão de sinais ao cérebro, onde acontece a interpretação na forma de dor pelo tálamo (25).

A TENS envia impulsos transcutâneos que estimulam as fibras A, mielinizadas, que emitem dados ascendentes proprioceptivos. Tais fibras possuem sensibilidade às ondas bifásicas e monofásicas interrompidas, que são no formato das utilizadas na TENS. O resultado da técnica segue a “Teoria das Comportas”, que foi uma pesquisa elaborada por Melzack e Wall, em 1965, onde o índice elevado das estimulações das fibras tipo A leva ao impedimento da entrada do estímulo pelas fibras tipo C nas comportas do corno posterior da medula espinhal, na parte gelatinosa e em células T, que são de transmissão. Assim a estimulação elétrica reduzirá a dor conforme os parâmetros utilizados para o tratamento (26).

3. PLANO OPERATIVO

PLANILHA DE INTERVENÇÃO

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Indivíduos-assistidos nos serviços de Fisioterapia do NASF com queixa de dor Lombar	<p>- Realizar intervenção Fisioterapêutica para melhora do perfil osteomuscular e funcional dos indivíduos em análise;</p> <p>- Avaliar o nível de incapacidade funcional por meio de um questionário semiestruturado e autoaplicável e Questionário de Incapacidade - Roland-Morris (QIRM);</p> <p>-Reduzir a intensidade, recidivas e incapacidades ocasionada pelas dores lombares;</p> <p>-Sensibilizar os indivíduos sobre os principais riscos e fatores que predisõem, reduzindo assim prejuízos na produtividade e melhorando a qualidade de vida;</p>	<p>- A aplicação dos questionários e execução do tratamento deverão ser realizadas em 2 meses (Fevereiro/2019)</p> <p>- Melhora dos pacientes com queixas de dores lombares e, assim a qualidade de vida pelo ganho funcional dos pacientes sintomáticos;</p> <p>Prazo: A partir de 6 meses após a implementação do tratamento. (Agosto/2019)</p>	<p>-Aplicação de um questionário semiestruturado e autoaplicável nos pacientes com queixas de dores lombares;</p> <p>- Aplicação do questionário de Incapacidade - Roland-Morris (QIRM).</p> <p>- Realizar o protocolo de intervenção fisioterapêutica (10 sessões, 2 vezes semanais) com (cinesioterapia, e eletroanalgesia);</p> <p>- Realização de palestras educativas e distribuição de panfletos informativos sobre a temática na UBS.</p>	<p>Anna Carla Leal-Fisioterapeuta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF, Alegrete do Piauí. Maria da Brotas-Coordenadora do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF.</p>

4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O acompanhamento do projeto será realizado trimestralmente, tendo em vista que cada intervenção durará cerca de um mês e meio, assim o acompanhamento será feito por meio de reuniões com os responsáveis pela pesquisa e a coordenação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF local onde será realizado a intervenção. Na ocasião será realizado uma análise comparativa dos questionários de Roland-Morris na versão Brasileira (Anexo), e o questionário sobre o perfil sociodemográfico, ocupacional e dos distúrbios osteomusculares (Apêndice), aplicados antes e após a intervenção, a fim de avaliar e mensurar as mudanças no que se refere as incapacidades e perfil osteomuscular nos indivíduos sujeitos à intervenção. Por meios destas reuniões todas as dificuldades na execução da intervenção, bem como os dados coletados poderão ser analisados e arquivados.

As ações planejadas terão assim acompanhamento contínuo e os resultados serão mensurados e demonstrados ao longo do tempo.

5. CONCLUSÃO

Por fim, diante de uma situação problema diagnosticada no NASF de Alegrete do Piauí, este trabalho propôs criar um plano de intervenção simples e possível de executá-lo, de maneira que fosse viável e trouxesse benefícios à saúde dos indivíduos que lá são atendidos e que sofrem com dores e/ou rigidez, reduzindo suas incapacidades que os fazem se afastarem do trabalho e, com isso, proporcionar ganho de funcionalidade e qualidade de vida.

Ademais, o estudo visa proporcionar não só o alívio do quadro sintomatológico dos sujeitos submetidos a intervenção, mas mostrar como os cuidados com a saúde, os hábitos de vida, as posturas adotadas, as ocupações, as jornadas de trabalho dentre outros fatores, predispõem e agravam a dor lombar. Verificar e corrigir esses hábitos dos pacientes assistidos no Nasf de Alegrete do Piauí com queixa de dor

lombar irá facilitar e direcionar os profissionais da área para a realização de ações educativas e preventivas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 PETIT, A., FOUQUET, N., & ROQUELAURE, Y. Chronic low back pain, chronic disability at work, chronic management issues. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 41(2),107-110, 2015)
- 2 RIGUETTO, Fernanda dos Santos. **Técnicas fisioterapêuticas no tratamento da dor lombar**. 33 f. 2017.
- 3 MOTTA, R. C. **Conceito Básicos de Perícia Médica**; Editora: Alínea e Átomo. Edição 1a . ISBN 978-85-7670-189-7. Págs.: 220. Março 2012.
- 4 HOY D, BAIN C, WILLIAMS G, MARCH L, BROOKS P, BLYTH F, et al. **A systematic review of the global prevalence of low back pain**. *Arthritis Rheum* 2012; 64:2028-37.
- 5 ALMEIDA, T. R. S. H. et al. (In: Memo) **Hérnia de disco lombar: Riscos e prevenção**, 2014.
- 6 BARROS, Suélem Silva de; ANGELO, Rita di Cássia de Oliveira, UCHOA, Érica Patrícia Borba Lira. **Lombalgia ocupacional e a postura sentada**. *Rev. dor*. 2011, vol.12, n.3, pp.226-230.
- 7 NETTER, F. H. **Atlas de Anatomia Humana**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2015.
- 8 OLIVEIRA, M. P.; BRAZ, A. G. *A importância do fortalecimento da musculatura estabilizadora da coluna vertebral na prevenção e no tratamento de lombalgias*. Artigo (Pós-Graduação) – Biocursos, Manaus, 2012.
- 9 HELFENSTEIN J. M., GOLDENFUM M. A., SIENA C. Artigo Revisão: Lombalgia Ocupacional; **Rev Assoc Med Bras**. V. 56, n.5, p. 583-9. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n5/v56n5a22.pdf>> Acesso em 11 Nov. 2018.
- 10 BARROS, S. S. de; ANGELO, R. C. o., UCHOA, É. P. B. L. Lombalgia ocupacional e a postura sentada. **Rev. Dor**. v.12, n.3, p.226-230, Mar. 2011.
- 11 OLIVEIRA, R. M. et al. Análise comparativa da capacidade funcional entre mulheres com 20 fibromialgia e lombalgia. **Rev. Dor**. v.14, n.1, p.39-43, 2013. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000100010>> Acesso em 26 Set 18.

12 SALIBA, S.A.; CROY, T.; GUTHRIE, R.; GROOMS, D.; et. al. **Differences in transverse abdominis activation with stable and unstable bridging exercises in individuals with low back pain.** North American Journal of Sports Physical Therapy, 5(2), 63-73.

13 FATHALLAH, F. A. **Musculoskeletal disorders in labor-intensive agriculture.** Appl Ergon, London, v. 46, n. 6, p. 738-743, out. 2010.

14 BASÍLIO, D. R.; PARRA, M. C. G. **Os benefícios do Pilates na reabilitação de hérnia de disco lombar: revisão bibliográfica.** Artigo (Pós-Graduação) – Biocursos, Manaus, 2012. Disponível em: <http://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/32/134_-_Os_Benefícios_do_Pilates_na_Reabilitação_de_Hérnia_de_Disco_Lombar_-_Revisão_Bibliográfica.pdf> Acesso em 11 Nov. 2018.

15 JUNIOR M.H., HELFENSTEIN J. M., GOLDENFUM M A, SIENA C. et. al., Artigo Revisão, Lombalgia Ocupacional; **Rev Assoc Med Bras.** v.56, n.5, p. 583-9, 2010.

16 MENDONÇA, E. M. T.; ANDRADE, T.M. Método Mckenzie como protocolo de tratamento em hérnia de disco lombar. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 130-137, jul. ago. set. 2016.

17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

18 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2013

19 NG M., FLEMING T., ROBINSON M., THOMSON B., et al. **Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study.** Lancet, 384:766-81. 2014

20 STANTON T.R., LATIMER J., MAHER C.G. et al. – **How do we define the condition ‘recurrent low back pain’? A systematic review.** Eur Spine J, v.19, p.533-539. Mar. 2010.

21 FERNÁNDEZ DE LAS PEÑAS C., HERNÁNDEZBARRERA V., ALONSOBLANCO C. et al. **Prevalence of neck and low back pain in community dwelling adults in Spain: a population-based national study.** Spine, v.36, n.3, p. 213-9, Out. 2011.

22 SALVETTI M.G., PIMENTA C.A.M., BRAGA P.E., CORRÊA C.F., Incapacidade Relacionada à Dor Lombar Crônica: prevalência e fatores associados; **Rev Esc Enferm USP**; v.46, n. 6, p. 16-23. Out. 2012.

23 ARTUS M., VANDER WINDT D A , JORDAN K P. et al., **Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of**

primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials.
Rheumatology (Oxford),49:2346-2356. 2010.

24 BOSEHI, S.E, LIMA, C.D. Efeitos da manipulação torácica na dor e amplitude de movimento da coluna cervical. **Revista de Iniciação Científica do Unilasalle**, v.1.n.1, p.78-91. Maio 2012.

25 SILVA, E. S.; COIMBRA, K. S.; SILVA, J.M.. Efeito da vibração e da eletroterapia na lombalgia crônica: uma revisão bibliográfica. **Anais. XVI INIC. XII EPG. VI INIC Jr.** Brasília, 2012.

26 MAIA, Francisco Eudison da Silva et al. Perspectivas terapêuticas da Fisioterapia em relação à dor lombar. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba.** v. 17, n. 4, p. 179 - 184, 2015.

ANEXO

Versão Brasileira do Questionário Roland-Morris

Instruções:

Quando suas costas doem, você pode encontrar dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz.

Esta lista possui algumas frases que as pessoas têm utilizado para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você ler estas frases pode notar que algumas se destacam por descrever você hoje. Ao ler a lista pense em você hoje.

Quando você ler uma frase que descreve você hoje, responda SIM. Se a frase não descreve você, então responda NÃO e siga para a próxima frase. Lembre-se, responda SIM apenas à frase que tiver certeza que descreve você hoje.

Frases:

1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa de minhas costas.
2. Mudo de posição frequentemente tentando deixar minhas costas confortáveis.
3. Ando mais devagar que o habitual por causa de minhas costas.
4. Por causa de minhas costas eu não estou fazendo nenhum dos meus trabalhos que geralmente faço em casa.
5. Por causa de minhas costas, eu uso o corrimão para subir escadas.
6. Por causa de minhas costas, eu me deito para descansar mais frequentemente.
7. Por causa de minhas costas, eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma cadeira normal.
8. Por causa de minhas costas, tento conseguir com que outras pessoas façam as coisas por mim.
9. Eu me visto mais lentamente que o habitual por causa de minhas costas.
10. Eu somente fico em pé por períodos curtos de tempo por causa de minhas costas.
11. Por causa de minhas costas evito me abaixar ou me ajoelhar.

12. Encontro dificuldades em me levantar de uma cadeira por causa de minhas costas.
13. As minhas costas doem quase que o tempo todo.
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa das minhas costas.
15. Meu apetite não é muito bom por causa das dores em minhas costas.
16. Tenho problemas para colocar minhas meias (ou meia calça) por causa das dores em minhas costas.
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa de minhas dores nas costas.
18. Não durmo tão bem por causa de minhas costas.
19. Por causa de minhas dores nas costas, eu me visto com ajuda de outras pessoas.
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa de minhas costas.
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa de minhas costas.
22. Por causa das dores em minhas costas, fico mais irritado e mal humorado com as pessoas do que o habitual.
23. Por causa de minhas costas, eu subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.
24. Fico na cama a maior parte do tempo por causa de minhas costas.

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, OCUPACIONAL E DOS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES

A – QUESTÕES SOBRE O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

1. NOME _____
2. GÊNERO: M () F ()
3. IDADE: _____
4. GRAU DE ESCOLARIDADE: ENSINO FUNDAMENTAL() ENSINO MÉDIO () ENSINO SUPERIOR() ESPECIALIZAÇÃO() MESTRADO() DOUTORADO() PÓS-DOUTORADO () *COMPLETO() *INCOMPLETO()

B - QUESTÕES SOBRE O PERFIL OCUPACIONAL:

1. OCUPAÇÃO: _____
2. TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL/OCUPACIONAL (ANOS): _____
3. ÁREA DE ATUAÇÃO: _____
4. CARGA HORÁRIA DE TRABALHO (HORAS/DIA): _____
5. PAUSAS NO TRABALHO: SIM () NÃO () TEMPO: _____
6. ADOTA POSTURAS ADEQUADAS DURANTE O TRABALHO: SIM () NÃO()
7. REALIZA MOVIMENTO REPETITIVOS: SIM () NÃO()
8. QUAL A POSTURA MAIS ADOTADA DURANTE O TRABALHO?

9. ADEQUAÇÃO ERGOMÉTRICA NO LOCAL DE TRABALHO: SIM () NÃO ()
10. REALIZA OUTRA ATIVIDADE LABORAL: SIM () NÃO ()
QUAL? _____
11. PEGA CARGAS DURANTE O TRABALHO: SIM () NÃO()

C - PERFIL DOS DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES:

1. HISTÓRICO DE DOENÇAS METABÓLICAS, REUMATOLÓGICAS OU ORTOPÉDICAS PRÉVIAS: SIM () NÃO () QUAIS _____
2. OCORRÊNCIA DA DOR LOMBAR ANTES DO INÍCIO DA OCUPAÇÃO ATUAL : SIM () NÃO ()
3. PRESENÇA DE DOR NA REGIÃO LOMBAR ATUALMENTE: SIM () NÃO ()

4. DURAÇÃO DOS SINTOMAS DA DOR: MENOS QUE 30 MINUTOS ()
MAIS QUE 30 MINUTOS () MAIS QUE 1 HORA ()
5. OS SINTOMAS TÊM SIDO: () CONTÍNUOS () INTERMITENTES
6. OS SINTOMAS SE EXARCEBAM COM SUA PRÁTICA OCUPACIONAL: SIM ()
NÃO ()
7. DEIXOU DE ATUAR PROFISSIONALMENTE POR CAUSA DO DISTÚRBO:
SIM () NÃO ()
8. O DISTÚRBO FOI DIAGNOSTICADO PELO MÉDICO: SIM () NÃO ()
9. TIPO DE TRATAMENTO PARA A DOR LOMBAR:
A) MEDICAMENTOS: SIM () NÃO ()
OBS: SE REALIZA TRATAMENTO MEDICAMENTOSO QUAL A RESOLUBILIDADE
EFICAZ () NÃO EFICAZ ()
B) FISIOTERAPIA: SIM () NÃO ()
OBS: SE REALIZA TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO QUAL A
RESOLUBILIDADE: EFICAZ () NÃO EFICAZ ()
10. CARACTERÍSTICA DA DOR LOMBAR: DOR EM QUEIMAÇÃO () DOR
LATEJANTE () DOR LOCALIZADA () DOR IRRADIADA PARA MMII ()
11. POSIÇÃO QUE EXACERBA OS SINTOMAS DA DOR LOMBAR: EM PÉ ()
SENTADA () DEITADA () COLUNA EM FLEXÃO () AGACHADA () EM
PRONA () EM SUPINA () DECÚBITO LATERAL () OUTRA _____
12. O REPOUSO MELHORA A SUA DOR: SIM () NÃO ()
13. VOCÊ SENTE DOR AO PERMANECER SENTADO: POR MENOS DE UMA
HORA? SIM () NÃO () POR MAIS DE UMA HORA? SIM () NÃO ()
14. VOCÊ SENTE DOR PARA SUBIR /DESCER ESCADAS? SIM () NÃO ()
15. VOCÊ SENTE DOR AO CARREGAR OBJETO (S) CUJO PESO É: INFERIOR A 3
KG? SIM () NÃO () É SUPERIOR A 3 KG? SIM () NÃO ()