

## INCIDÊNCIA DE LOMBALGIA ENTRE PACIENTES ENCAMINHADOS EM 2001 A UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DE SAÚDE PARA TRATAMENTO FISIOTERÁPICO

Renata Maria Giavarina Choratto\*  
Sandra Regina Stabile\*\*

CHORATTO, R.M.G.; STABILLE, S.R. Incidência de lombalgia entre pacientes encaminhados em 2001 a uma instituição privada de saúde para tratamento fisioterápico. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(2): 99-106, 2003.

**RESUMO:** A lombalgia é a desordem músculo-esquelética mais comum de limitação para o trabalho e a segunda razão mais freqüente da procura por consultas médicas. Considerando as alarmantes conseqüências médicas, econômicas e sociais resultantes da incidência de lombalgias e a importância do fisioterapeuta para a prática de ações preventivas, objetivou-se verificar a incidência de lombalgias entre pacientes encaminhados em 2001 a uma instituição privada de saúde para tratamento fisioterápico. Na análise das fichas dos pacientes, constatou-se que entre 100 pacientes atendidos, 43 apresentavam distúrbios comprometendo a coluna vertebral e destes 23 eram portadores de lombalgias. A idade dos portadores de lombalgia era de 31 a 80 anos. 63 pacientes eram do sexo feminino e 37 do sexo masculino sendo que entre os portadores de lombalgia a maioria era mulher. A profissão dos pacientes atendidos variou. O número total de sessões no ano 2001 foi 1940, deste 505 sessões foram destinadas ao atendimento das lombalgias. Pode-se concluir que no ano 2001 a lombalgia foi o distúrbio de maior incidência entre os atendimentos fisioterápicos realizados. Entre os portadores predominou o sexo feminino, idade superior a 52 anos e trabalhadoras domésticas. O número médio de sessões destinado ao atendimento de cada paciente foi 22, e a incidência de retorno foi maior também para os casos de lombalgia. Os dados indicam a necessidade de adoção de medidas educativas para auxiliar na prevenção e tratamento, objetivando a melhoria da saúde e a minimização de custos.

**PALAVRAS-CHAVE:** lombalgia; fisioterapia; epidemiologia; dor nas costas; prevenção.

### INCIDENCE OF LOW BACK PAIN AMONG PATIENTS SENT TO A PRIVATE HEALTH INSTITUTION FOR PHYSIOTHERAPY TREATMENT IN 2001

CHORATTO, R.M.G.; STABILLE, S.R. Incidence of low back pain among patients sent to a private health institution for physiotherapy treatment in 2001. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(2): 99-106, 2003.

**ABSTRACT:** Backaches are the most common muscle-skeletal disorder limiting people's work capacity and the second most frequent reason for medical appointments. Considering the alarming medical, economical and social consequences resulting from backaches and the physiotherapist's importance for the practice of preventive actions, we decided to investigate the low back pain incidence among patients sent to a private health institution for physiotherapeutic treatment. When analyzing the records of 100 patients, we verified that 43 presented disturbances related to the spinal cord and that 23 out of 43 had low back pain. The age of patients with low back pain ranged from 31 to 80. Sixty-three out of 100 patients were female and 37 male. Most patients complaining of low back pain were female. The patients' profession varied. The total number of physiotherapy sessions in 2001 was 1940, and 505 of these sessions were to low back pain sufferers. We conclude that the low back pain was the disturbance of highest incidence among the physiotherapeutic services rendered. The incidence was higher with females above 52 years old and working at home. The average number of physiotherapeutic sessions for each patient was 22, and the return incidence was as well higher for low back pain cases. The data indicate the necessity of adopting educational measures to aid in the prevention and treatment of low back pain, aiming at the improvement of health and minimization of costs.

**KEY WORDS:** backaches; epidemiology; low back pain; physiotherapy; prevention.

#### Introdução

No Brasil, a incidência das disfunções músculo-esqueléticas tem aumentado expressivamente nos últimos anos, gerando uma nova demanda de trabalho para a fisioterapia e aumentando os custos para os convênios de saúde.

Pesquisas recentes definem as disfunções músculo-esqueléticas como uma via fisiológica que começa com algum

tipo de relação estrutural entre carga e tolerância, progride para ocorrência de sintomas ou de adaptação e, por último, resulta em incapacidade e comprometimento. Este processo é influenciado por muitos fatores, incluindo fatores físicos e psicológicos individuais, demanda biomecânica do trabalho, fatores organizacionais e o contexto social (MARRAS, 2001).

Entre as disfunções, a lombalgia aparece como a segunda dor que aflige o ser humano e a condição mais comum

\* Fisioterapeuta aluna do curso de especialização em Morfofisiologia Aplicada à Educação e à Reabilitação Osteoarticular e Neurológica oferecido pela Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR.

\*\* Professora associado do Departamento de Ciências Morfofisiológicas da Universidade Estadual de Maringá.

**Endereço:** Sandra Regina Stabile - Universidade Estadual de Maringá, Depto. Ciências Morfofisiológicas. Av. Colombo n° 5790. 87020-900. Maringá-PR, Brasil.

nos cuidados primários de saúde (DEYO & TSUI-WU, 1987). Pelo menos 2/3 de todos os adultos experimentarão algum tipo de lombalgia em alguma época de suas vidas (DEYO, 1998).

A lombalgia é a causa mais comum de limitação de atividades em pessoas com menos de 45 anos de idade, a segunda razão mais freqüente da procura por consultas médicas, a quinta causa no "rank" de internação hospitalar e a terceira causa mais comum de cirurgia. Cerca de 2% da força de trabalho são substituídas, a cada ano, devido a lombalgia (ANDERSSON, 1999).

Segundo VAN TULDER *et al* (1997), é estimado que as lombalgias afetam de 60 a 90% de todos os adultos americanos durante suas vidas e o custo dos cuidados médicos e perdas de horas de trabalho têm sido estimados em bilhões de dólares anualmente.

Dados referentes a lombalgia em outros países são similares. Em 1987, cerca de 14,8 milhões de dias de trabalho foram perdidos na Suécia em função das lombalgias. Do mesmo modo, 8% da população conveniada a algum plano de saúde foram listados como doentes por lombalgia em alguma vez naquele ano (ANDERSSON, 1999).

Inúmeras pesquisas revelam a incidência de doenças músculo-esqueléticas ressaltando o impacto monetário sobre a sociedade (RAYMOND *et al*, 1999).

Nos Estados Unidos, o custo dos cuidados médicos diretos para o tratamento de lombalgias foi estimado, em 1990, em 24 bilhões de dólares, excluindo-se as reclamações trabalhistas e a perda de produtividade. Considerando todos os prejuízos, os custos totais podem atingir mais do que 75 a 100 bilhões de dólares por ano (BORENSTEIN, 1997).

Infelizmente no Brasil não se dispõem de estatísticas nacionais precisas sobre os números, causas dos afastamentos e a natureza das disfunções músculo-esqueléticas. No entanto, há dados parciais relativos a algumas grandes cidades brasileiras os quais indicam que o Brasil está seguindo a mesma tendência internacional (OLIVEIRA, 1991; SATO, 1993).

A patogênese da lombalgia é pouco compreendida (WILDER & POPE, 1996). Cerca de 85% das vezes uma causa precisa não pode ser determinada (DEYO *et al*, 1992). Existem evidências de relação entre lombalgia e fatores individuais como gênero e idade, lombalgia e fatores psicossociais como trabalho repetitivo e monótono e lombalgia e "design" da área de trabalho (MARRAS, 2001).

As causas mais freqüentes que levam a lombalgia são o estresse postural e lesões agudas que causam deterioração de estruturas (DEYO *et al*, 1992). Fatores psicológicos como a ansiedade, depressão, responsabilidade estressante, insatisfação e estresse mental no trabalho e imagem corporal negativa também podem levar a lombalgia (ANDERSSON, 1999).

As opções de tratamento para as lombalgias são inúmeras. Contudo, de acordo com SKARGREN & ÖBERG (1998), os médicos têm dificuldades na escolha da forma de tratamento e em predizer qual dos pacientes obterá melhora e quais desenvolverão lombalgia crônica.

Entre as formas de tratamento encontram-se a fisioterapia convencional com utilização de atividade física controlada, crioterapia ou termoterapia, técnicas quiropráticas (BORENSTEIN, 1997), acupuntura e massagem (ERNST, 1999;

WONG & DEYO, 2001) e exercício físico (KOES *et al*, 1991). BORENSTEIN (1997) cita também a injeção de drogas anti-inflamatórias e relaxante muscular e comentam que apenas em poucos casos são necessárias as intervenções cirúrgicas.

A fisioterapia tende a atuar na lombalgia usando recursos curativos e, de uma maneira geral, as iniciativas preventivas são feitas de maneira acanhada frente a dimensão do problema que se propõe a controlar. BARTLETT (1985) ressaltava que a educação do paciente é uma experiência planejada de aprendizado que usa a combinação de métodos como aulas, aconselhamentos e técnicas de modificação de comportamento que influenciam a compreensão do paciente e um comportamento saudável.

Devido a complexidade das lombalgias, é necessário pesquisar seus fatores de riscos e como eles podem interagir para causar ou prevenir as lombalgias e como podem influenciar a recuperação ou o tempo de incapacitação (FERGUSON & MARRAS, 1997).

Considerando que as disfunções músculo-esqueléticas, entre elas a lombalgia, afetam a qualidade de vida de milhões de pessoas, trabalhadores ou não, momentânea ou definitivamente, acarretando prejuízos à saúde e, indiretamente, aumento de custos financeiros para os convênios e demais sistemas de saúde, a presente pesquisa objetivou verificar a incidência de lombalgia entre pacientes atendidos na unidade de fisioterapia de um convênio privado de saúde para subsidiar propostas e ações preventivas.

### Metodologia

O trabalho foi realizado na unidade de fisioterapia da Instituição Unimed do município de Apucarana, Paraná, onde são atendidos pacientes conveniados oriundos do município e região.

A coleta de dados foi realizada por meio do estudo das fichas de 100 pacientes encaminhados para tratamento fisioterápico durante o ano de 2001 na referida unidade. O critério de elegibilidade estabelecido foi o período de avaliação e de atendimento, sendo que todos os pacientes avaliados e tratados tiveram alta no referido período.

Das fichas foram utilizados os seguintes parâmetros como variáveis: sexo, idade, profissão, tipo de comprometimento, tempo de tratamento fisioterápico e periodicidade de retorno. Do total de fichas, foram separadas para análise aquelas referentes aos distúrbios músculo-esqueléticos e articulares da coluna vertebral e destas as de portadores de lombalgias.

Os dados foram submetidos à análise estatística convencional enfatizando-se a distribuição de freqüências das variáveis listadas.

### Resultados

No total foram analisadas 100 fichas. A faixa etária dos pacientes atendidos variou entre 01 e 87 anos, tendo a maioria idade inferior a 50 anos (Tabela 1).

Entre os indivíduos de diferentes faixas etárias, 63 (63%) eram do sexo feminino e 37 (37%) do sexo masculino.

Os atendimentos realizados em 2001 foram pertinentes a diferentes patologias incluindo problemas respiratórios, articulares, ósseos, musculares, circulatórios, entre outros. A incidência maior (43%) foi de distúrbios músculo-esqueléticos pertinentes a coluna vertebral. A incidência de patologias

atendidas encontra-se apresentada na Tabela 2.

As disfunções músculo-esqueléticas relacionadas direta ou indiretamente com a coluna vertebral apresentadas pelos pacientes variaram (Tabela 3).

Foi possível verificar também que entre os 43 pacientes com distúrbios músculo-esqueléticos que comprometiam a coluna vertebral, 15 eram do sexo masculino e 28 do sexo feminino. Destes pacientes, 14 mulheres e 9 homens eram portadores de lombalgia (Tabela 3).

A faixa etária dos portadores de distúrbios músculo-esqueléticos da coluna vertebral variou entre 10 e 87 anos. A maioria (24 pacientes) apresentou idade superior a 50 anos (tabelas 4 e 5). Em relação aos portadores de lombalgia, a faixa etária variou entre 31 a 80 anos, com a maioria apresentando idade igual ou superior a 51 anos conforme exposto nas Tabelas 4 e 5.

**TABELA 3** - Distribuição de freqüência (F) e porcentagem (%) dos diferentes tipos de disfunções músculo-esqueléticas comprometendo a coluna vertebral de acordo com o sexo e encontradas entre 100 pacientes atendidos durante o ano de 2001 na unidade de fisioterapia da Unimed de Apucarana-PR.

PATOLOGIA	SEXO				TOTAL	
	Feminino		masculino		F	%
	F	%	F	%		
Cervicalgia	5	11,6	3	7	8	18,6
Cervicobraquialgia	3	7	-	-	3	7
Escoliose	6	14	1	2,3	7	16,3
Hérnia de disco	-	-	1	2,3	1	2,3
Lombalgia	14	32,5	9	21	23	53,5
Lordose	-	-	1	2,3	1	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>65,1</b>	<b>15</b>	<b>34,9</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

**TABELA 1** - Distribuição de freqüência de pacientes atendidos em 2001 na unidade de fisioterapia da Unimed do município de Apucarana-PR de acordo com a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA (anos)	FREQÜÊNCIA	FREQÜÊNCIA RELATIVA (%)
01 - 10	11	11
11 - 20	11	11
21 - 30	8	8
31 - 40	18	18
41 - 50	9	9
51 - 60	19	19
61 - 70	9	9
71 - 80	8	8
80 - 90	7	7
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**TABELA 4** - Distribuição de freqüência e porcentagem de pacientes portadores de distúrbios da coluna vertebral de acordo com a faixa etária entre os 100 pacientes atendidos no ano 2001 na unidade de fisioterapia da Unimed de Apucarana, PR.

FAIXA ETÁRIA (anos)	FREQÜÊNCIA	%
10 - 20	6	14
21 - 30	2	4,8
31 - 40	6	14
41 - 50	4	9,3
51 - 60	14	32,5
61 - 70	5	11,6
71 - 80	3	7
> 80	2	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>100</b>

**TABELA 2** - Incidência e porcentagem de patologias atendidas para tratamento em 2001 na unidade de fisioterapia da Unimed do município de Apucarana-PR, números total (Nt) e médio (Nx) de sessões despendidos no tratamento fisioterápico e respectiva freqüência (F) de retorno ao tratamento com a mesma patologia.

PATOLOGIA	FREQÜÊNCIA	SESSÕES		RETORNO
	%	Nt	Nx	F
Artrose e artrite	5	130	26	6
AVC	1	40	40	1
Bronquite e bronquiolite	5	40	8	7
Bursite e capsulite	4	99	24,8	-
Coluna vertebral	43	945	22	36
Contratura	1	20	20	-
Contusão	1	30	30	-
Distrofia muscular	1	30	30	-
Distensão muscular	3	60	20	-
Doença de Sever	1	30	30	-
Dorsalgia e metadorsalgia	2	40	20	-
Fratura	5	80	16	-
Luxação e entorse	3	85	28,3	-
Nevralgia	2	60	30	-
Paralisia cerebral	1	30	30	3
P.O. cirúrgicos	6	90)	15	5
Tendinite e ruptura de tendão	5	91	18,2	4
Sinusite	7	70	10	2
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>1940</b>	<b>194</b>	<b>64</b>

A profissão dos pacientes portadores de distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com a coluna vertebral também foi variada predominando para todos os distúrbios e para a lombalgia pacientes que desenvolviam serviços domésticos enquadradas como profissionais "do lar" (Tabela 6).

O número de sessões despendido para o tratamento dos distúrbios músculo-esqueléticos que comprometiam direta ou indiretamente a coluna vertebral foi 945. Deste total, a maior parte, ou seja 505 sessões, foi destinada ao tratamento de pacientes portadores de lombalgia. Este número representou 52,9% do total de sessões naquele período. Do mesmo modo, o número de pacientes que tiveram que retornar para repetir o tratamento em função de recidivas do quadro patológico e o número de vezes de retorno foi maior para aqueles portadores de lombalgia, representando o total de sete pacientes com 17 retornos (tabela 7).

Entre os sete pacientes portadores de lombalgia que tiveram que retornar para tratamento devido a recidiva do quadro, dois eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino. A idade dos pacientes que apresentaram recidiva era superior a 53 anos. Um paciente retornou apenas uma vez. Quatro paci-

entes tiveram que serem atendidos novamente por duas vezes e dois pacientes repetiram o tratamento por três vezes (Tabela 8).

#### Discussão

Entre as disfunções músculo-esqueléticas, a lombalgia aparece como a segunda dor que aflige o ser humano e a condição mais comum nos cuidados primários de saúde (DEYO & TSUI-WU, 1987). KERSSSENS *et al* (1999) relatam que 22% dos pacientes encaminhados anualmente para fisioterapia referem lombalgia.

Realmente, constatou-se que em 2001, entre os pacientes encaminhados para tratamento na unidade de fisioterapia analisada, 43% apresentavam disfunções músculo-esqueléticas com comprometimento da coluna vertebral e, entre estes, a maioria, ou seja, 23 pacientes (53,5%) eram portadores de lombalgia.

A predominância de lombalgia entre as patologia tratadas está de acordo com os índices de incidências mencionados para vários países (VAN TULDER *et al*, 1997). Só nos Estados Unidos, em 1990, 15 milhões de consultas médicas foram realizadas devido a lombalgia, representando o

**TABELA 5** - Faixa etária dos pacientes portadores de distúrbios músculo-esqueléticos comprometendo a coluna vertebral entre 100 pacientes atendidos em 2001 na unidade de fisioterapia da Unimed de Apucarana, PR de acordo com o tipo de comprometimento.

FAIXA ETÁRIA (anos)	PATOLOGIA						TOTAL (%)
	Cervicalgia	Cervico- braquialgia	Escoliose	Hérnia de disco	Lombalgia	Lordose	
10 - 20	-	-	5	-	-	1	14
21 - 30	1	-	1	-	-	-	4,6
31 - 40	2	-	1	1	3	-	16,3
41 - 50	2	-	-	-	2	-	9,3
51 - 60	1	2	-	-	10	-	30,2
61 - 70	-	-	-	-	6	-	14
71 - 80	-	-	-	-	3	-	7
81 - 90	1	1	-	-	-	-	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

**TABELA 6** - Distribuição de frequência e de porcentagem de tipos de distúrbios músculo-esqueléticos com comprometimento da coluna vertebral encontrados entre 100 pacientes atendidos para tratamento na unidade de fisioterapia da Unimed do município de Apucarana-PR no período de 2001 de acordo com a profissão dos pacientes.

PROFISSÃO*	PATOLOGIA						TOTAL
	Cervicalgia	Cervico- braquialgia	Escoliose	Hérnia de disco	Lombalgia	Lordose	
administrador	1	-	-	-	-	-	1
agricultor	-	-	-	-	1	-	1
aposentado	-	-	-	-	1	-	1
bioquímico	1	-	-	-	-	-	1
comerciante	-	-	-	-	3	-	3
Do lar	4	3	-	-	12	-	19
economista	-	-	-	-	1	-	1
engenheiro	-	-	-	-	1	-	1
estudante	-	-	5	-	-	1	6
farmacêutico	-	-	-	-	1	-	1
padre	1	-	-	-	-	-	1
professor	-	-	1	-	2	-	4
promoter	-	-	1	-	-	-	1
vendedor	1	-	-	1	1	-	3
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>43</b>
(%)	18,6%	7%	16,3%	2,3%	53,5%	2,3%	100%

\*A redação das denominações das profissões foram reproduzidas respeitando-se o relato do paciente

**TABELA 7** - Número de sessões e de retorno para tratamento dos diferentes tipos de comprometimentos músculo-esqueléticos da coluna vertebral entre 100 pacientes atendidos em 2001 na unidade de fisioterapia da Unimed de Apucarana-PR.

Patologia	Nº de Sessões	Nº de Retorno	Total de Sessões (%)
Cervicalgia	128	9	13,4
Braquiocervicalgia	72		7,5
Escoliose	210	12	22
Hérnia de disco	10		1
Lombalgia	505	17	52,9
Lordose	30		3,1
<b>TOTAL</b>	<b>955</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**TABELA 8** - Relação da incidência de portadores de lombalgia em relação ao sexo masculino (M) e feminino (F), idade, profissão, número total de sessões para primeiro tratamento e número de vezes de retorno ao tratamento em função de recidivas.

Ficha	Sexo M F	Idade (anos)	Profissão (tipo)	Sessões Nº total	Retorno Nº de vezes
1	x	57	professor	20	3
2	x	53	aposentado	27	3
3		x	Do lar	20	1
4		X	Do lar	10	2
5		x	Do lar	20	2
6		x	Do lar	30	2
7		x	agricultora	20	2
<b>Total</b>	<b>2 5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>147</b>	<b>15</b>

total de 2,8% de todas as consultas (HART *et al*, 1995).

ANDERSSON (1999) ressalta que a lombalgia é a segunda razão mais freqüente da busca por consultas médicas, a quinta causa de internação hospitalar e a terceira causa mais comum de cirurgia. No ano de 1987, por exemplo, na Suécia, 8% da população conveniada a algum plano de saúde foram atendidos em função de lombalgia alguma vez naquele ano.

Na presente análise, entre os 23 portadores de lombalgia, constatou-se que a maioria (19 pacientes) possuía idade igual ou superior a 51 anos e os demais se encontravam na faixa etária entre 31 a 50 anos. De acordo com MARRAS (2001), há evidências de relação entre lombalgia e idade. ANDERSSON (1999) relata que o risco de lombalgia aumenta com a idade sendo mais freqüente entre indivíduos com mais de 65 anos. Contudo, LOESER & VOLINN (1991) comentam que a prevalência anual é predominante para a idade produtiva de trabalho. Já, Praemer *et al apud* BORENSTEIN (1997) estabelecem como idade de maior incidência a faixa etária entre 45 e 64 anos e HENROTIN *et al* (2001) referem idades acima de 50 anos.

O fato da lombalgia prevalecer em indivíduos acima de 45 ou 50 anos é preocupante. Segundo HENROTIN *et al* (2001), entre os anos 1990 e 2020, o número de pessoas com mais de 50 anos de idade dobrará, o que leva a crer que a prevalência das afecções músculo-esqueléticas aumentará na mesma proporção, incluindo-se a da lombalgia.

Também constatou-se que a incidência de lombalgia foi maior nas mulheres (60,1%) do que nos homens (39,1%). Este resultado era de se esperar pois, segundo ANDERSSON (1999), a incidência de lombalgia é maior em pessoas do sexo

feminino. O referido autor acrescenta que a lombalgia também é mais freqüente em indivíduos da raça branca do que entre os da raça negra. Infelizmente, nas fichas analisadas no presente trabalho não constava a raça dos pacientes.

ANDERSSON (1999) também ressalta que a lombalgia acomete indivíduos de qualquer profissão. De fato, a profissão dos portadores de lombalgias atendidos em 2001 na unidade de fisioterapia variou. Havia vendedor, professor, economista, engenheiro, agricultor, farmacêutico, entre outras. Contudo a incidência maior foi em mulheres trabalhadoras domésticas. Dos 23 portadores de lombalgia, 12 se auto consideraram como profissionais “do lar”.

Apesar de mencionar que a lombalgia acomete todas as profissões, ANDERSSON (1999) afirma que a incidência é maior entre enfermeiros e motoristas. KELSEY & HARDY (1975), KÖHL (1975), SEIDEL & HEIDE (1986) e WILDER & POPE (1996) referem a presença de lombalgia em indivíduos de diferentes tipos de profissão.

Embora a patogênese da lombalgia seja ainda pouco compreendida (WILDER & POPE, 1996), a ponto de em 85% das vezes não se poder determinar uma causa precisa (DEYO *et al*, 1992), parece que os riscos de se vir a ter uma lombalgia crônica ou aguda estão diretamente ligados ao levantamento de cargas excessivas, inclinações e rotações do tronco, vibrações e posições estáticas (KAPANDJY, 1987). MARRAS (2001) ressalta que há evidências de relação entre lombalgia e o trabalho repetitivo e monótono e com o “design” da área de trabalho. HARREBY *et al* (1997) também relatam que um risco adicional para a lombalgia é a inatividade física que leva a perda de condicionamento e da força muscular.

Se as tarefas diárias pertinentes aos serviços domésticos forem analisadas e se for considerado o fato de que muitos dos utensílios, equipamentos e móveis disponíveis para a realização dos serviços domésticos, na maioria das vezes, não estão ergonomicamente adequados ao tipo de serviço e ao indivíduo que o realiza, fica fácil entender a alta incidência de lombalgia em trabalhadoras domésticas no presente trabalho.

No ano de 2001, para o atendimento fisioterápico de todos os pacientes foram necessárias 1940 sessões de tratamento. Destas, 945 (48,7%) sessões foram destinadas ao tratamento das disfunções músculo-esqueléticas com comprometimento para a coluna vertebral. Das 945 sessões, 53,4% destinaram-se ao tratamento das lombalgias.

WONG & DEYO (2001) comentam que o tratamento da lombalgia deve objetivar a dor e a redução do tempo de incapacidade. Os referidos autores comentam que em 85% dos casos o tratamento parece ser efetivo porque simplesmente a duração ou o curso do tratamento correspondeu ao tempo natural de cura esperado para dor aguda. Afirmam que tratamentos que utilizam técnicas de acupuntura, massoterapia e fisioterapia não são mais efetivos do que a cura espontânea sem nenhuma intervenção. Contudo, o tratamento fisioterápico tem sido amplamente recomendado (LYNE, 1986; KOES *et al*, 1991; BORENSTEIN, 1997; ANDERSSON, 1999; Yeh *et al apud* KERSSSENS *et al*, 1999; SCULCO *et al*, 2001). Inclusive, KELLER *et al* (1997) comentam que exercícios físicos, treinamento postural, treinamento das atividades da vida diária e gerenciamento do estresse e da dor são intervenções cruciais para prevenção da cronicidade da dor.

Na presente análise, o fato de um maior número de sessões ter sido destinado ao tratamento de lombalgias deve-se em parte ao número de casos atendidos ter sido superior ao de outras patologias e pela quantidade de tempo necessária para se obter melhora do quadro. O número médio de sessões foi aproximadamente 22. Por outro lado, a incidência elevada de lombalgia e o número de sessões destinadas ao tratamento explicam o impacto econômico resultante desta disfunção. Assim se justificam parte dos gastos exacerbantes despendidos anualmente com a lombalgia ressaltados por BORENSTEIN (1997), VAN TULDER *et al* (1997) e RAYMONND *et al* (1999), entre outros.

Entre os pacientes tratados de lombalgia, sete retornaram no mesmo ano com recidiva do quadro. Destes, 29% retornaram três vezes, 57% retornaram duas vezes e 19% retornaram uma vez. Todos esses pacientes apresentavam idade superior a 53 anos e a maioria (5 pacientes) era do sexo feminino.

A maioria dos pacientes com lombalgia se recupera rapidamente e sem perda funcional. No total 60 a 70% se recupera em seis semanas e 80 a 90% em 12 semanas (ANDERSSON, 1999). Ressalta que a recidiva é alta e parece fazer parte da história natural da disfunção. Contudo, as constatações no grupo estudado neste trabalho diferem das preconizadas por ANDERSSON (1999) para quem o risco de recidiva é maior em pessoas do sexo masculino e na faixa etária de 25 a 44 anos.

Deve ser ressaltado contudo, que em função do envelhecimento surgem inúmeras alterações orgânicas, inclusive no aparelho locomotor. Segundo MALDONADO & BARGER (1995), com o envelhecimento ocorrem modificações nos tecidos ósseo, cartilaginoso, muscular, adiposo e conjuntivo, tornando o organismo mais vulnerável a certas patologias. Pois bem, a idade dos pacientes atendidos com quadro recidivo de lombalgia variou de 53 a 71 anos. Por outro lado, BIGOS *et al* (1991) relatam que a incidência de lombalgia aumenta com histórias prévias desta disfunção, ou seja, se o indivíduo já apresentou lombalgia alguma vez o risco de voltar a ter é alto.

De acordo com ANDERSSON (1999), para diminuir a cronicidade, incapacitação e os custos em função da lombalgia medidas preventivas devem ser exploradas. Cuidados biomecânicos e ergonômicos podem ser úteis para prevenir a incidência precoce e, em todos os estágios de reabilitação, para reduzir o risco de exacerbação dos danos (STOKES, 1997).

Entre as medidas preventivas, ressaltam-se a educação e instrução do paciente (SKELTON *et al*, 1995). O paciente deve ser instruído sobre a anatomia, natureza e história dos distúrbios de lombalgia, os princípios de postura, os cuidados na realização das atividades diárias e sobre a importância de se adotar um estilo de vida saudável (Yeh *et al apud* KERSSSENS *et al*, 1999). BARTLETT (1985) acrescenta que a educação do paciente deve ser uma experiência planejada de aprendizado com a utilização combinada de métodos como aulas, aconselhamento e técnicas de modificação de comportamento que influenciam a compreensão do paciente e o comportamento saudável. O paciente deve saber, por exemplo, que um jeito de diminuir o impacto do estresse biomecânico é manter uma postura corporal adequada enquanto realiza as atividades da vida diária (HARREBY *et al*, 1997).

Neste sentido, o fisioterapeuta tem um papel importante na educação dos pacientes e na prevenção de lombalgias. Contudo, os esforços desses profissionais frequentemente não são muito efetivos. Segundo LYNE (1986), os fisioterapeutas têm dificuldades de atuarem como educadores pois não receberam treinamento didático específico durante o curso de graduação o que dificulta a transmissão de ensinamentos a seus pacientes.

Mas parece que não é apenas esse o problema encontrado na educação para prevenção. SKELTON *et al* (1995) relatam que, além de limitações pessoais, o êxito de um programa educacional depende também dos contextos social, econômico e político no qual está inserido o paciente.

Em alguns países existem as “escolas das costas” (“école du dos” ou “back school”) das quais participa uma equipe profissional multidisciplinar formada, geralmente, por fisioterapeuta, cinesioterapeuta, psicólogo, ergoterapeuta e, às vezes, médico (HENROTIN *et al*, 2001). De acordo com os referidos autores, após o exame médico, o paciente é encaminhado para freqüentar a escola algumas horas por semana, por um curto período de tempo, e recebe abordagens teóricas e práticas de anatomia, biomecânica vertebral, causas e tratamento das lombalgias e princípios da economia raquidiana. Também podem ser inseridos aspectos psicológicos, ergonômicos e até um programa de exercícios. Contudo, KELLER *et al* (2001) comentam que não há, ainda, evidências da eficácia dessas escolas, principalmente quando ela é oferecida como única forma de tratamento.

Considerando que as síndromes de lombalgia são um dos mais importantes problemas incapacitantes de saúde, as conseqüências médicas, industriais e sócio-econômicas dessas síndromes são alarmantes (WILDER & POPE, 1996). Portanto, há de se concordar que as soluções para as lombalgias podem fornecer benefícios sociais significativos. Do mesmo modo, tem-se que concordar com HENROTIN *et al* (2001) quanto as repercussões sócio-econômicas das lombalgias reforçando a necessidade de ações preventivas pluridisciplinares. Lembrando que na prevenção, de acordo com WEGMAN (1995), a eficácia de qualquer medida dependerá diretamente da capacidade em eliminar ou minimizar os fatores promotores da lesão, tais como: fatores biomecânicos, como repetições, força, postura; e fatores psicossociais e organizacionais.

Deve-se, entre outras medidas, adequar as dimensões de mobílias, mudar a forma de realizar trabalho, oferecer treinamento postural, troca ou ajuste de equipamentos de trabalho, ensino de técnicas para o manuseio de peso, além de alertar sobre o trabalho repetitivo (BAMMER, 1993).

### Conclusão

Pode-se concluir que entre os atendimentos realizados na unidade de fisioterapia da Unimed do município de Apucarana, Pr, em 2001:

- Predominou o atendimento a pacientes portadores de lombalgia, do sexo feminino, com idade acima de 50 anos e trabalhadoras domésticas;
- O número total de sessões para o tratamento de lombalgia foi 505;
- O número médio aproximado de sessões destinado ao atendimento da lombalgia por paciente foi 22;

- A frequência de retorno ao tratamento em função de recidivas foi maior para portadores de lombalgia e para o sexo feminino do que para outras patologias e pessoas do sexo masculino;

- Os programas preventivos para diminuir a incidência de lombalgia e minimizar os custos financeiros com o tratamento desta patologia devem ser destinados principalmente para pessoas do sexo feminino e trabalhadoras domésticas e devem incluir ações educativas e conscientizadoras.

#### Referências

- ANDERSSON, G.B. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet*, 354:581-585, 1999.
- BAMMER, G. Work related neck and upper limb disorders – social, organizational, and medical aspects. *Proceeding of the Second Latin – American Congress and 7<sup>th</sup> Ergonomics Brazilian Seminar*. Florianópolis, p. 23 – 38, 1993.
- BARTLETT, E.E. At last, a definition (editorial). *Patient Educ. Couns.*, 25:329-334, 1985.
- BIGOS, S. *et al.* A prospective study of work perceptions and psychosocial factors affecting the report of back injury. *Spine*, 16:1-6, 1991.
- BORENSTEIN, D.G. A clinician's approach to acute low back pain. *Am. J. Med.*, 102(Suppl.1A):1a-17s, 1997.
- DEYO, R.A. Low back pain. *Sci Am.*, 279:48-53, 1998.
- DEYO, R.A.; RAINVILLE, J.; KENT, D.L. What can the history and physical examination tell us about low back pain? *JAMA*, 268:760-765, 1992.
- DEYO, R.A.; TSUI-WU, Y-J. Descriptive epidemiology of low back pain and its related medical care in the United States. *Spine*, 12:264-8, 1987.
- ERNST, E. Massage therapy for low back pain: a systematic review. *J. Pain Sympt. Managem.*, 17(1):65-69, 1999.
- FERGUSON, S.A.; MARRAS, W.S. A literature review of low back disorder surveillance measures and risk factors. *Clin. Biomech.*, 12(4):211-226, 1997.
- HARREBY, M. *et al.* Low back pain and physical exercise in leisure time in 38-year-old men and women: a 25-year prospective cohort study of 640 school children. *Eur. Spine J.*, 6:181-186, 1997.
- HART, L.G.; DEYO, R.A.; CHERKIN, D.C. Physician office visits for low back pain. *Spine*, 20:11-19, 1995.
- HENROTIN, Y. *et al.* Définition, critères de qualité et évaluation d'un programme de type école du dos. Recommandations de la société belge des écoles du dos (SBED). *Rev. Rhum. (Éd Fr)* 68:185-191, 2001.
- KAPANDIJ, I. A. *Fisiologia articular: esquemas comentados da mecânica humana*. 5.ed. São Paulo: Manole, 1987. p.17-25.
- KELLER, S. *et al.* Multidisciplinary rehabilitation for chronic back pain in an outpatient setting: a controlled randomized trial. *Eur. J. Pain*, 1:279-292, 1997.
- KELLER, S. *et al.* Readiness to adopt adequate postural habits: an application of the transtheoretical model in the context of back pain prevention. *Patient Educ. Couns.*, 42:175-184, 2001.
- KELSEY, J.L.; HARDY, R.J. Driving of motor vehicles as a risk factor for acute herniated lumbar intervertebral disc. *Am. J. Epidemiol.*, 102(1):63-73, 1975.
- KERSSENS, J.J. *et al.* Educating patient educators: enhancing instructional effectiveness in physical therapy for low back pain patients. *Patient Educ. Couns.*, 37:165-176, 1999.
- KOES, B.W.; ASSENDELFT, W.J.J.; HEIJDEN, G.J.M.G. Physiotherapy exercises and exercises and back pain: a blinded review. *Br. Med. J.*, 302:1572-1576, 1991.
- KÖHL, U. Les dangers encourus par les conducteurs de tracteurs. *Arch. Mal. Prof. Trav. Secur. Soc.*, 36:145-162, 1975.
- LOESER, J.D.; VOLINN, E. Epidemiology of low back pain. *Neurosurg. Clin. N. Amer.*, 2:713-718, 1991.
- LYNE, P.A. The professions allied to medicine: their potential contribution to health education. *Physiotherapy*, 72:10-12, 1986.
- MALDONADO, A.; BARGER, M. primary care for women comprehensive assessment of common musculoskeletal disorders. *J. Nurs. Midwif.*, 40(2):202-215, 1995.
- MARRAS, W.S. Ocupacional low back disorder causation and control. *Ergonomics*, 43(7):880 – 902, 2000.
- MARRAS, W.S. Spine biomechanics, government regulation, and prevention of occupational low back pain. *Spine J.*, 1:163-165, 2001.
- OLIVEIRA, C. R.; Lesão por esforços repetidos (LER). *Rev.Bras. Saúde Ocupacional*, 73(9): 59-83, 1991.
- RAYMOND, C.W. *et al.* Indirect costs of back in the Netherlands: a comparison of the human capital method with the friction cost method. *Pain*, 80:202-201, 1999.
- SATO, A.; Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. *Rev.Bras. Saúde Ocupacional*, 79(21): 49 – 62, 1993.
- SCULCO, A.D. *et al.* Effects of aerobic exercise on low back pain patients in treatment. *Spine J.*, 1:95-101, 2001.
- SEIDEL, H., HEIDE, R. Long-term effects of whole-body vibration: a critical survey of the literature. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 58:1-26, 1986.
- SKARGREN, E.I.; ÖBERG, B.E. Predictive factors for 1-year outcome of low-back and neck pain in patients treated in primary care: comparison between the treatment strategies chiropractic and physiotherapy. *Pain*, 77:201-207, 1998.
- SKELTON, A.M. *et al.* Patient education for low back pain in general practice. *Patient Educ. Couns.*, 25:329-334, 1995.
- STOKES, I.A.F. The contribution of biomechanics to the prevention and treatment of low back pain: 1<sup>st</sup> international workshop. *Clin. biomech.*, 12(3):195-197, 1997.

VAN TULDER, M.W.; KOES, B.W.; BOUTER, L.M. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: a systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine*, 22(18):2128-2156, 1997.

WEGMAN, D. H.. Preventing occupational Disease. In: LEVY, B.S.:

WEGMAN, D.H. (Eds) *Occupational Health – Recognizing and Preventing work related disease*. Boston: Little Brown & Comp., 1995.

WILDER, D.G.; POPE, M.H. Epidemiological and aetiological aspects of low back pain in vibration environments- an update. *Clin. Biomech.*, 11(2):61-73, 1996.

WONG, E.Y.; DEYO, R.A. Acute low back pain. *Prim. Care Update Ob/Gyns.*, 8(5):171-174, 2001.

---

Recebido para publicação em: 14/01/2003.

Received for publication on 14 January 2003.

Aceito para publicação em: 03/05/2003.

Accepted for publication on 03 May 2003.