

AVALIAÇÃO ÁLGICA EM PROFISSIONAIS DE FISIOTERAPIA DA ÁREA DE TRAUMATO-ORTOPEDIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

Karla Cavalcante Silva Dantas Gama *

RESUMO

Os fisioterapeutas apesar de terem conhecimentos anatômicos, biomecânicos e fisiológicos de toda estrutura do corpo humano, sofrem considerável carga física pela natureza de seu trabalho e são alvos de quadros álgicos. Este estudo teve como objetivo avaliar o quadro álgico em profissionais de Fisioterapia que atuam na área de traumatologia no município Vitória da Conquista/BA. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. O universo selecionado para a pesquisa foi composto por profissionais de fisioterapia (n=30) atuantes na área de traumatologia escolhidos aleatoriamente, sendo aplicado um questionário aberto semi-estruturado, contendo o Nordic Questionnaire e a Escala Visual Analógica, no período de junho e julho de 2011. Segundo os resultados, em relação a jornada de trabalho semanal exercida pelos profissionais; 16 deles (53,33%) trabalham entre 30 e 40 horas semanais. Sobre a prática de alongamentos durante os intervalos de atendimento, onze (36,66%) profissionais não realizam. A atividade física é praticada somente por cinco (16,66%) fisioterapeutas. Quanto à prática de atividades domésticas/diárias, doze profissionais (40,00%) exercem essa função. De acordo com o Nordic Questionnaire os principais segmentos acometidos foram: parte inferior das costas (60,00%), parte superior das costas (50,00%), e pescoço (36,66%). Conclui-se que diante dos resultados obtidos, faz-se necessário programas junto aos Fisioterapeutas como forma de trabalhar a prevenção e promoção da saúde por meio da adoção de auto-cuidados com a postura, bem como a intervenção no ambiente e posto de trabalho para eliminação de fatores de risco, melhorando assim a qualidade de vida.

Palavras-chave: Avaliação Álgica. Fisioterapeutas. DORT.

* Faculdade Independente do Nordeste.
E-mail: karlinhakau@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Com pouco mais de 42 anos de legalização a Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano. Regulamentada através do Decreto-Lei nº 938/69, que estabelece o fisioterapeuta como profissional de saúde, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico cinesiológico-funcional, bem como a execução de condutas fisioterapêuticas privativas, acompanhamento evolutivo do quadro clínico funcional e as condições apresentadas para alta do serviço (COFFITO, 2010).

O fisioterapeuta é um profissional da saúde que tem como principal instrumento de trabalho o seu próprio corpo, o qual, muitas vezes, é utilizado em situações de sobrecarga, seja pela realização inadequada de um movimento ou durante o trabalho com um paciente totalmente dependente, fato esse que a médio e longo prazo poderá acarretar uma série de complicações na saúde deste profissional, estando exposto principalmente a vários fatores de risco

para o desenvolvimento de desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho/DMRT (CROMIE; ROBERTSON; BEST, 2000).

Os estudos apontam o fisioterapeuta como um dos profissionais da área da saúde que mais sofrem carga física durante suas atividades de trabalho, vários são os fatores que contribuem para essa situação: as posturas adotadas durante os atendimentos aos seus pacientes, com a intensa realização de movimentos repetitivos de membros superiores, manutenção de posturas estáticas e dinâmicas por tempo prolongado e movimentos de sobrecarga para a coluna vertebral. Os equipamentos, móveis e ambientes de clínicas e hospitais frequentemente não respeitam preceitos ergonômicos, a jornada de trabalho frequentemente é extensa, duplicada e acompanhada de plantões, o estilo de vida deste profissional, que muitas vezes em seus horários livres e de descanso se dedicam a outras atividades que reforçam o comprometimento postural ou até mesmo deixam de praticar alguma atividade física. A somatória destes fatores acaba favorecendo o surgimento de algias e disfunções musculoes-

queléticas nos diversos segmentos corporais (PERES, 2002; MASSAMBANI, 2002).

Existe a necessidade de uma maior conscientização dos estudantes e profissionais da área quanto à prevenção desses problemas, de forma primária, a fim de otimizar a atuação do fisioterapeuta em sua prática clínica.

Assim, surge o questionamento: “Realmente a prática clínica da fisioterapia traumato-ortopédica gera o surgimento de processos algicos nesses profissionais?” Portanto, este trabalho teve como objetivo geral avaliar o quadro algico em profissionais de fisioterapia que atuam na área de traumatologia em Vitória da Conquista/BA. Este foi atingido a partir dos seguintes objetivos específicos: Verificar o nível de dor relacionado às disfunções dos fisioterapeutas; Analisar quais os segmentos corporais mais acometidos por dores osteomusculares e seus fatores desencadeantes; Relacionar a questão da dor com a prática de atividade física, com a jornada de trabalho e com a questão ergonômica do ambiente de trabalho.

O material apresentado está organizado em quatro partes: 1) A

Fisioterapia; Fisioterapia Traumato-Ortopédica, 2) Doenças Osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT); Dort em profissionais fisioterapeutas, 3) Principais posturas adotadas pelo fisioterapeuta, 4) Resultados e discussão e por fim, as considerações finais.

2 A FISIOTERAPIA

No Brasil, a Fisioterapia teve início após a implantação da mesma como solução dos altos índices de acidentes de trabalho que existiam. O profissional precisava curar/reabilitar os pacientes desses acidentes para que os mesmos pudessem retornar as suas atividades no sistema produtivo, ou pelo menos, atenuar os sofrimentos ou até mesmo recuperá-lo e reabilitá-lo para suas condições anteriores (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Consiste na fisioterapia a aplicação de técnicas sistemáticas para restabelecer a integridade morfofuncional de indivíduos, passando por problemas osteomusculares e neurológicos, todas as técnicas por mais que sigam uma sistemática diferente, tem um objetivo comum. Um deles é o afastamento do

sintoma da patologia e ajustar a pessoa em suas funções (VINADÉ, 2001).

A Fisioterapia hoje, é uma ciência atuante na área de Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais presentes em órgãos e sistemas do corpo humano, adquiridos por distúrbios genéticos, traumas e doenças que ocorrem durante a vida. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (COFFITO, 2010).

O fisioterapeuta é um profissional da área da saúde, com formação acadêmica Superior, respaldado à conclusão do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua execução no paciente bem como, seu acompanhamento, sua evolução clínica funcional e plenas condições para se responsabilizar da alta do tratamento (ANDRADE; SILVA, 2006). Atividade de

saúde, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 938/69, Lei nº 6.316/75, Resoluções do COFFITO, Decreto nº 9.640/84, Lei nº 8.856/94 (COFFITO, 2010). Portanto, o fisioterapeuta é qualificado para exercer atendimento na Atenção Básica, assim como também nos âmbitos da saúde primário, secundário e terciário, atuando na promoção, prevenção e na reabilitação da saúde como num todo.

2.1 Fisioterapia Traumato-Ortopédica

A ortopedia que teve um enorme desenvolvimento nos últimos 20 anos; é uma ampla especialidade clínica e cirúrgica dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento de moléstias e lesões do sistema músculo esquelético. Seu campo de ação não está confinada aos ossos e articulações, inclui ainda os músculos, tendões, ligamentos, bolsas, nervos e vasos sanguíneos, o sistema músculo esquelético e tudo que o movimenta (MARGOTTI, 2003).

De acordo com Salter (2001), os distúrbios e lesões traumáticas do sistema músculo esquelético (SME) formam um grupo marcadamente comum. Em verdade, ficou demonstrado, através de

numerosos levantamentos na América do Norte, que do número total de pacientes assistidos por médicos, pelo menos 15% sofriam de distúrbios ou lesão traumáticas. As moléstias e lesões do SME causam dor, deformidades e perda de função. Elas limitam a atividade e causam incapacitação em maior número de pessoas que os distúrbios de qualquer outro sistema orgânico.

A doença incapacitante, vista como uma entidade clínica com características próprias, tem merecido cada vez mais uma abordagem terapêutica diferenciada, que envolve na maior parte das vezes recursos multidisciplinares e a atuação da chamada equipe de reabilitação. Neste sentido, o fisioterapeuta possui um importante papel a desempenhar no campo da reabilitação física, principalmente quando atua em conjunto com outras profissões, agindo de forma interdisciplinar (MARGOTTI, 2003).

A fisioterapia Traumato-Ortopédica atua na investigação, prevenção e tratamento das doenças dos ossos, músculos, articulações e ligamentos. Estando inserida no processo de reabilitação de fraturas, entorses ligamentares, amputações, lesões

musculares e as LER/DORTs. Inclusive evitando que estas ocorram, ou que suas repercussões funcionais sejam diminuídas, em muitos casos a atuação destes profissionais também evita a realização de um processo cirúrgico, trabalhando de forma preventiva.

2.2 Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT)

As Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT) são definidas como o aparecimento de quadros clínicos do sistema músculo-esquelético obtido pelo trabalhador contido a determinadas condições de trabalho, onde ocorre a manifestação de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, caracterizados pela presença ou não de dor, parestesia, sensação de peso e fadiga (BRASIL, 2000).

De acordo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), o termo LER/DORT foi estabelecido como síndrome, sendo assim considerada não somente quando ocorrem movimentos repetitivos, mas sim, quando há o posicionamento prolongado de um ou

mais segmentos corporais (BRASIL, 2003; SALIM, 2003; FARGUSON, 1987 apud REGIS FILHO; MICHELS; SELL, 2006).

A patologia de origem ocupacional tem característica multifatorial e sua imprecisão diagnóstica dificulta o processo de associação entre o adoecimento e o histórico profissional do trabalhador que apresenta os sintomas. Geralmente os empregos que exigem excessiva força das mãos, posturas inadequadas dos membros superiores e/ou inferiores, repetição de um mesmo padrão de movimento, compreensão mecânica das estruturas dos membros superiores e regiões anexas, trabalho muscular estático, impactos e vibrações e o tempo insuficiente para a realização de uma atividade, são fatores que ajudam a desencadear a LER/DORT (REGIS FILHO; MICHELS; SELL, 2006). Ainda, a alta concentração para realizar as atividades e a pressão imposta pela organização do trabalho, contribui para o aparecimento da síndrome (BRASIL, 2003). Os sintomas apresentados pelos pacientes com LER/DORT incluem dor, parestesia, sensação de peso e fadiga (CIARLIN et al. 2005; MERLO; JACQUES; HOEFEL, 2001).

2.3 DORT em profissionais fisioterapeutas

O Fisioterapeuta é um profissional autônomo, podendo atuar em unidades hospitalares, clínicas, ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, unidades básicas de saúde, empresas, ensino, clubes esportivos, academias de ginástica, instituições filantrópicas dentre outros (PERES, 2002). Somando-se a isso, mesmo que estes profissionais tenham conhecimento sobre ergonomia, compreendem os distúrbios e suas causas, bem como, o tratamento e prevenção das mesmas, isso não lhes garante imunidade contra os distúrbios osteomusculares, introduzido estes profissionais em um grupo de alto risco de comprometimento musculoesquelético desde o início de sua carreira profissional (CROMIE; ROBERTSON; BEST, 2000).

De acordo com o CREFITO da 7ª região, normalmente as funções dos fisioterapeutas incluem: atividades de sobrecarga para o sistema músculo-esquelético, como deambulação e transporte de pacientes dependentes, técnicas manuais que exigem força muscular, posicionamento inadequado e desconfortável no atendimento a seus

pacientes, movimentos repetitivos, e postura em pé ou sentado por tempo prolongado e posturas estáticas. Para diminuir a sobrecarga destes profissionais, o Presidente da República publicou oficialmente no artigo 1º da Lei Federal 8.856, de 1º de março de 1994, que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais devem trabalhar não mais que 30 horas semanalmente (BRASIL, 1994).

Os principais fatores de risco que mais agredem as estruturas osteomusculares em fisioterapeutas podem-se destacar o esforço físico pesado, manutenção de uma mesma postura por tempo prolongado, torção na coluna vertebral, além do levantamento e manuseio de cargas, pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo utilização de movimentos repetitivos e movimentos rotacionais, transferência de peso e o ortostatismo prolongado os quais sobrecarregam bastante a coluna vertebral (BRASIL, 2000; MASSAMBANI, 2002). Os Fisioterapeutas estão entre os profissionais que mais apresentam distúrbios posturais, apesar de ser uma profissão cuja finalidade é reabilitar,

prevenir e promover a saúde do indivíduo (SIQUEIRA; CAHÚ; VIEIRA, 2008).

Diante do tempo e da jornada de trabalho densificados, traduzido pelo alto número de pacientes atendidos em hospitais e clínicas de atendimento público e/ou particular, contribui para a grande ocorrência de distúrbios algicos nos profissionais de fisioterapia (ROMANI, 2001). No entanto, alguns profissionais desta área podem trabalhar em situações iguais de sobrecarga física e não desenvolver dores de origem osteomuscular. Isto demonstra que esses sintomas podem ser de característica multifatorial ou que variam conforme as condições físicas ou de treinamento profissional (PERES, 2002).

3 METODOLOGIA

Essa pesquisa se classifica quanto aos objetivos como descritiva¹ e exploratória², pois envolve técnicas padronizadas de coleta de dados, como questionários; e também explicativa pois, explica o porquê do fato, fenômeno,

¹ Onde o pesquisador estuda os fenômenos do mundo físico e humano, mas não os manipula (GIL, 1999).

² Uma pesquisa que serve para proporcionar uma nova visão do problema, aproxima a pesquisa descritiva das pesquisas exploratórias que visa: desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias (GIL, 1999).

processo (identificação dos fatores que determinam), coisas, visando identificar os fatores que determinam ou a forma que ocorrem. Quanto aos procedimentos técnicos se caracteriza por ser uma pesquisa de levantamento de dados. Foi realizado um estudo de natureza quantitativa³ e qualitativa, analítico, com corte transversal para seleção dos voluntários.

O estudo foi realizado em clínicas de fisioterapia da cidade de Vitória da Conquista/BA que atuam na área traumato-ortopédica. Assim, foi entregue o instrumento de coleta de dados aos fisioterapeutas que trabalham com traumato-ortopedia, selecionados pela amostra, em seu próprio local de trabalho. Os questionários⁴ foram acompanhados pelo termo de consentimento livre e esclarecido, onde foram devidamente assinados. O universo da pesquisa é composto por uma população de n = 30 profissionais da fisioterapia, dispostos em 14 do gênero feminino, representando 46,67% e 16 do gênero masculino ocupando 53,33%. O universo constituiu a amostra aleatória não-probabilística.

³ Estudo caracterizado pela objetividade.

⁴ Técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito, às pessoas, com o objetivo de conhecer as opiniões, crenças, interesses, situações vivenciadas, etc. (GIL, 1999).

A pesquisa baseou-se na aplicação de um questionário como instrumento de coleta de dados elaborado pelo pesquisador de caráter semi-estruturado contendo dados pessoais, tempo de profissão, jornada de trabalho, prática de atividade física, membro dominante no trabalho, especialidade profissional. Também foi aplicado o Standardized Nordic Questionnaire modificado, para identificação do segmento corporal atingido pela dor (PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002). Para melhor identificação do nível de dor, foi utilizado a escala analógica visual para avaliação da dor – EVA que é numerada de 0 (que significava ausência total de dor) a 10 (nível de dor máxima). Os graus leves são apresentados pelos números de 0 a 2; 3 a 7 indicam dores moderadas e dores intensas será representado de 8 a 10.

A seleção dos voluntários da amostra obedeceu aos seguintes critérios: de inclusão (profissionais fisioterapeutas da cidade de Vitória da Conquista/BA, queixa de dor em todos os profissionais e está em pleno vigor de suas atividades) e de exclusão (profissionais que exerciam suas atividades em outras cidades e o fisioterapeuta que não respondeu o

questionário adequadamente. Para o processo de análise de dados foi utilizado por meio da estatística descritiva, utilizando-se média, frequência e desvio padrão através do uso do programa Microsoft Office Excel, sendo envolvidos diversos procedimentos tais como codificação das respostas, tabulação de dados e cálculos estatísticos. Após a coleta de dados foi observada a ligação entre o resultado da pesquisa com resultados obtidos por outros autores.

Todos os sujeitos da pesquisa participaram em caráter voluntário, sendo utilizados os questionários que foram respondidos individualmente por cada fisioterapeuta. A pesquisa foi realizada no período de junho e julho de 2011. Foi assinado pelos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a resolução 196/96 do CNS. Foi realizado um estudo de campo onde foram respeitadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada com 30 profissionais de Fisioterapia atuantes na área Traumatologia-Ortopedia sendo a maioria do sexo masculino (53,33%). Quanto à faixa etária, os pesquisados se situam entre 24 e 37 anos, uma média de 28,65 anos. Segue abaixo a Tabela 1, na qual foram utilizados os dados colhidos através do questionário direcionado aos participantes da pesquisa.

Tabela 1: Dados laborais dos Fisioterapeutas atuantes na área de Traumatologia-Ortopedia no município de Vitória da Conquista/BA em 2011.

Especialização	
n =	
Saúde Pública ou Coletiva	06
Metodologia do Ensino Superior	02
Fisioterapia Traumatologia-Ortopédica	08
Fisioterapia Respiratória ou Pneumo-Funcional	04
Fisioterapia em Gerontologia	02
Terapia Manual e Postural	06
Fisioterapia Neurofuncional	02
Sexo	
Feminino	14
Masculino	16
Tempo de atuação na Fisioterapia	
Até 01 ano	07
01 – 03 anos	04
03 – 05 anos	06
05 – 10 anos	11
> 10 anos	02
Jornada de trabalho semanal como fisioterapeuta atualmente na área de traumatologia-ortopedia	
20 horas	07
30 horas	08
40 horas	08
50 horas	05
> 50 horas	02
Prática de alongamento durante os intervalos de atendimento fisioterapêutico	
Sim	05
Não	11
As vezes	14
Prática de Atividade Física	
Sim	19
Não	11
Prática de Atividade Diárias/Domésticas	
Sim	12
Não	18
Membro que utiliza para trabalhar	
Membro Superior Direito	27
Membro Superior Esquerdo	03

Fonte: Dados da pesquisa

Alguns fatores da vida diária e profissional podem interferir no aparecimento de quadros álgicos, por isso a importância de investigar alguns destes aspectos. De acordo com a Tabela 1, todos os indivíduos pesquisados possuem algum tipo de especialização, sendo a maior parte (26,66%) com especialização em Fisioterapia em Traumato-Ortopédica.

Com base na Tabela 1, houve uma maior distribuição dos fisioterapeutas (36,66%) com o tempo de profissão entre 5 a 10 anos. Assim sendo, a maior parte dos entrevistados tem considerável tempo de profissão, o que, segundo Merlo (2003), interfere diretamente no aparecimento destas lesões, neste caso, lesões osteomusculares. Neste trabalho também foi verificado a carga horária semanal exercida pelos profissionais atuantes na área de traumato-ortopedia, sendo mais frequentes as cargas horária de 20 horas (26,66%) e 30 horas (26,66%).

Vale ressaltar que, a carga horária exercida por estes profissionais em outras áreas não foi contabilizado, a exemplo de trabalhos em Clínicas, Hospitais e Centros de Estudo Superiores. Isto implica em uma maior carga horária total durante o

mês/semana e, conseqüentemente, em desgastes físicos proporcionais, principalmente na área de ortopedia. Neste sentido, Peres (2002) e Romami (2001), em pesquisa, observaram que o tempo e a elevada jornada de trabalhos intensificados, com altas demandas de pacientes, podem resultar em quadros álgicos.

Acerca dos questionamentos sobre a prática de alongamentos durante os intervalos de atendimento 46,66% dos profissionais responderam que realizam alongamentos somente as vezes, quando lembram. Segundo Betini e Sanches (2007), essa prática diminui a incidência de dor, melhora as condições de mal-estar no final do expediente e preveni a LER/DORT. Cruz e Silva (2007) também contribuem afirmando que o auto-cuidado e preparação do profissional não são levados muito a sério, e que a prática de alongamentos antes, após e durante os intervalos dos atendimentos não fazem parte da vida diária dos profissionais de saúde.

Sobre a prática de atividade física, 63,33% dos fisioterapeutas informaram que praticam. Carvalho et al. (2001) indicam que os indivíduos que praticam

algum tipo de atividade física regularmente tendem apresentar menor incidência da maioria das doenças crônicas, tais como hipertensão, obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, osteoporose, hipercolesterolemia e algumas formas de câncer, e isso se deve aos benefícios oferecidos pela prática de exercícios físicos, sendo estes fisiológicos e psicológicos. Cruz e Silva (2007) também contribuem a respeito dessa prática observando que 70,00% dos terapeutas entrevistados, em sua pesquisa, não fazem modalidade alguma de atividade física.

Quanto à prática de atividades diárias/domésticas 60,00% afirmaram que não realizam, sendo Moreno, Fischer e Rotenberg (2003), alguns ambientes domésticos apresentam fatores de risco para a saúde dos trabalhadores tais como levantamento e transporte de cargas pesadas. Consideremos que trabalhar como fisioterapeuta seja uma jornada de trabalho e realização de atividades domésticas como outra jornada de trabalho.

Sobre a dupla jornada de trabalho, os autores Lima e Farias (2005) relatam que, a dupla jornada gera estresse

emocional tais como distúrbios posturais, dores na coluna cervical, enxaquecas constantes, hipertensão arterial, depressão, fibromialgias, distúrbios da atividade sexual, infartos, insuficiências respiratórias, envelhecimento precoce e câncer e físicos, podendo ainda estes trabalhadores ser submetidos a microorganismos presentes nas instalações sanitárias e no lixo, produtos de limpeza. Quanto ao membro superior mais utilizado para o trabalho 90,00% dos profissionais relataram que utilizam o membro superior direito. Essas foram as variáveis iniciais que influenciam sobremaneira nos resultados obtidos.

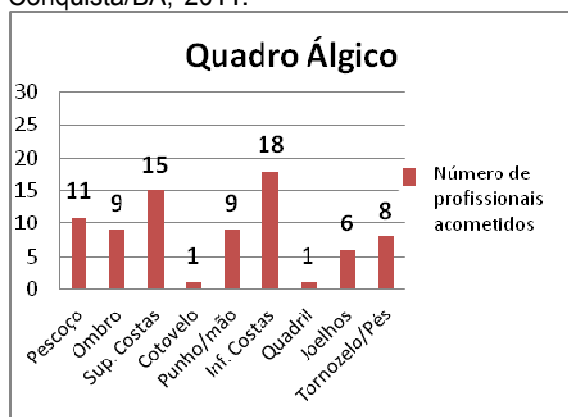
O Nordic Musculoskeletal Questionnaire (NMQ) foi desenvolvido com a proposta de padronizar a mensuração de relato de sintomas osteomusculares e, assim, facilitar a comparação dos resultados entre os estudos. Os autores desse questionário não o indicam como base para diagnóstico clínico, mas para a identificação de distúrbios osteomusculares e, como tal, pode constituir importante instrumento de diagnóstico do ambiente ou do posto de trabalho. Há três formas do NMQ: uma

forma geral, compreendendo todas as áreas anatômicas, e outras duas específicas para as regiões lombar e de pescoço e ombros. A forma geral do NMQ é a que recebe apresentação no presente estudo (PINHEIRO et al., 2002).

Dada a simplicidade do instrumento, não foram realizadas alterações quanto ao conteúdo semântico. A versão brasileira foi chamada Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO), na qual foi incluída uma seção para permitir a medida das variáveis demográficas (gênero, idade, peso, altura, preferência manual), ocupacionais (especialidade/cursos, tempo de exercício da atividade, duração da jornada de trabalho semanal, sobre o direito à férias) e hábitos e estilo de vida (exercício de atividade física, prática de alongamentos, prática de atividades diárias/domésticas). A razão de se incluir essas variáveis na análise foi permitir que os resultados do estudo pudessem ser comparados aos de outros que utilizaram o instrumento original como medida de morbidade, o que contribui para a investigação da validade de critério da escala traduzida (PINHEIRO et al., 2002).

De acordo com o QNSO utilizado com os fisioterapeutas, dos 30 profissionais pesquisados, 60,00% sentem dor em parte inferior de costas. Entretanto outros segmentos corporais também são fonte de queixas de dores seguidos por: parte superior das costas representado por 50,00% dos profissionais, pescoço representado por 36,66% profissionais, ombro representado por 30,00% dos profissionais, que coincide com mais 30,00% profissionais que responderam que sentem dor na região de punho/mão, 26,66% profissionais responderam que sentem dor em região de tornozelo/pés, 20,00% responderam que sentem dor em joelho e por fim, os locais de dor quadril e cotovelo, em cada, somente 3,33% dos profissionais responderam que sente dor no local.

Figura 1 – Gráfico que mostra a distribuição da incidência de dor de acordo os segmentos corporais através do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares. Vitória da Conquista/BA, 2011.



Fonte: Dados da pesquisa

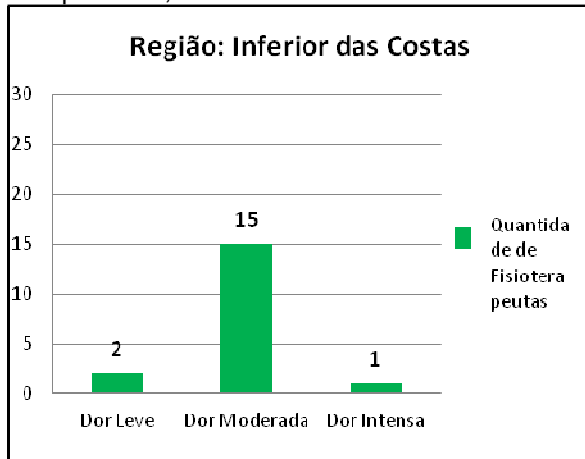
Colaborando com este estudo, Siqueira (2008) em seu trabalho, pesquisou 56 profissionais de fisioterapia, observando que a região com maior relato de queixas (78,58%) foi na parte inferior das costas. Já Pivetta (2005), em pesquisa, apontou que a maioria dos trabalhadores são acometidos por dores nas seguintes regiões corporais: pescoço (61,62% dos pesquisados), parte inferior das costas (51,16%) e ombros (48,83%). Outras pesquisas envolvendo quadros algicos em fisioterapeutas também corroboram com os já anunciados Medeiros Neto, Câmara e Rocha (2002), em pesquisa realizada com 8 fisioterapeutas se constataram que o maior índice de dor foram em coluna

inferior e joelhos. Cromie (2000), em seu estudo atesta grande incidência de sintomas em regiões de coluna cervical e torácica dos fisioterapeutas.

Durante este estudo foi avaliado a intensidade da dor através da Escala Visual Analógica da Dor - EVA, que é numerada de 0 (que significa ausência total de dor) a 10 (nível de dor máxima). Os graus leves são apresentados pelos números de 0 a 2, moderadas de 3 a 7 e intensas será representado de 8 a 10. A Escala EVA é, na maioria dos casos, utilizada para apontar o nível de dor corporal de maneira genérica, no entanto para uma melhor compreensão e aprofundamento, tal escala foi aplicada de forma mais específica, sobre cada segmento corporal indicado pelo Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares. Os segmentos corporais com maior índice de dor foram: parte inferior das costas, parte superior de costas e pescoço.

De todos os fisioterapeutas entrevistados, apenas 11,11% apresenta intensidade de dor leve na parte inferior das costas, 83,33% fisioterapeutas nível de dor moderada e 5,55% nível de dor intensa, conforme Figura 2.

Figura 2 – Gráfico que demonstra a intensidade da dor em região inferior das costas. Vitória da Conquista/BA, 2011.



Fonte: Dados da pesquisa

Referente a este resultado, podemos observar que os profissionais que adotam estas posturas errôneas estão sendo vitimados por diversos tipos de quadros álgicos e patologias. Pois, além da má postura, ainda não praticam alongamentos nem atividade física. Chama-se atenção também neste estudo que o profissional fisioterapeuta que trabalha na área de traumatologia-ortopedia adota para realização de suas condutas, três posturas básicas: sentado com flexão de coluna, em pé com flexão de coluna e ajoelhado com flexão de coluna.

Como consequência da má postura, gera sobrecarga da coluna lombar podendo estes profissionais ser acometidos pela lombalgia pelo menos uma vez na vida, sendo mais prevalente

com o passar dos anos. A lombalgia é causada por desequilíbrios musculares na pelve, como posições de sentar e levantar, caminhar, subir e descer escadas, e manter-se na postura em pé ou sentada por alguns minutos. As disfunções sacroilíacas podem algumas vezes causar dores referidas na região lombar, podendo ser por esforços repetitivos ou posturas incorretas, levando a quadros de mialgias tensionais e formação de pontos gatilhos miofasciais (TEIXEIRA; YENG; KAZIYAMA; 2008).

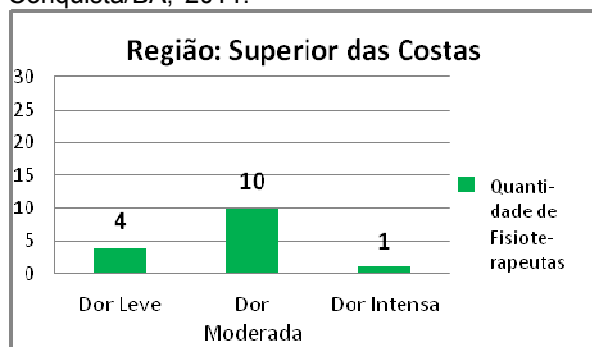
Em 1999, Hamill e Knutzen, relataram que as pressões intradisciais quando um indivíduo está sentado é 40,00% maior do que na postura em pé, pois ocorre uma inclinação para trás, uma retificação da coluna lombar e um desvio correspondente do centro de gravidade para frente, colocando assim cargas sobre os discos e estruturas posteriores dos segmentos vertebrais. A postura sentada por muito tempo sem o encosto adequado para a coluna alonga excessivamente e enfraquece os músculos eretores da espinha. Mcardle, Katch e Katch (2003), descreveram que a fraqueza muscular, a instabilidade da coluna lombar e a inflexibilidade articular são fatores que

contribuem para o aparecimento de lombalgias.

Difícilmente os indivíduos conseguem se posicionar de maneira adequada, pois, não praticam alongamentos e atividade física, fazendo com que os músculos se encurtem e ou relaxem demais, desenvolvendo más posturas por descuido pelo próprio corpo. Segundo Mcardle, Katch e Katch (2003), a atividade física orientada por um profissional habilitado, fortalece os músculos abdominais e inferiores da lombar permitindo a sustentação e proteção da coluna em toda sua amplitude de movimento.

Conforme é mostrado na Figura 3, 66,66% dos fisioterapeutas, apresentam intensidade de dor moderada em parte superior das costas.

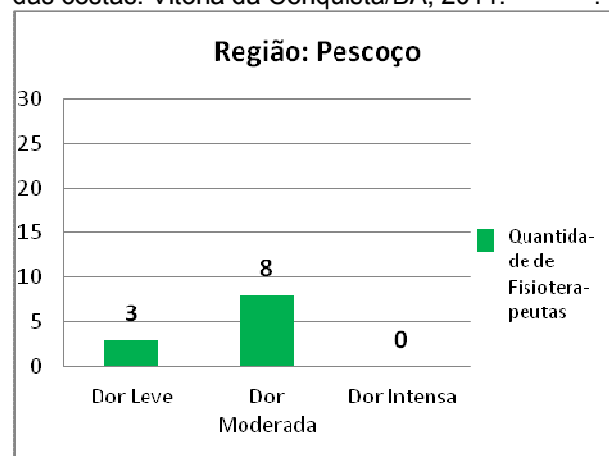
Figura 3 – Gráfico que demonstra a intensidade da dor na região superior das costas. Vitória da Conquista/BA, 2011.



Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com a Figura 4, na região do pescoço 72,72% dos fisioterapeutas apresentam dor de intensidade moderada.

Figura 4 – Intensidade da dor em Região superior das costas. Vitória da Conquista/BA, 2011.



Fonte: Dados da pesquisa

O levantamento de peso inadequado em ambiente de trabalho, traumas, esforço físico demasiado e atividade laboral em diversas posições inadequadas, constituem causas de dores na região da coluna cervical e torácica, descrito pelo estudo de Zardo (2002). Diante desses resultados, podemos notar que fisioterapeuta trabalha com carga horária maior do que o recomendado pelo seu Conselho, as posturas adotadas são altamente prejudiciais a saúde.

Esses trabalhadores necessitam de melhorias na qualidade de vida, pois segundo Julião (2001), a QV traz

benefícios tais como: redução do absenteísmo, redução e/ou eliminação da fadiga, promoção a saúde e segurança, e aumento da produtividade melhorando assim a satisfação, motivação e bom desenvolvimento no trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos pudemos observar que altas jornadas de trabalho, postos de trabalho inadequado e posturas incorretas que envolvem a flexão de tronco, dentre outros fatores, facilita no aparecimento de DORT e consequentemente quadros álgicos para estes trabalhadores.

Sendo assim, faz-se necessário programas junto aos terapeutas como forma de trabalhar a prevenção e promoção da saúde, intervenção no ambiente e posto de trabalho para eliminação de fatores de riscos, bem como, adoção de auto-cuidados com a postura, melhorando assim a qualidade de vida do paciente juntamente com a do profissional. Porém é indispensável que estudos abranjam um percentual maior de profissionais a fim de que os dados possam ser mais universalizáveis.

ABSTRACT

Physical therapists despite anatomical knowledge, biomechanical and physiological structure of the entire human body, suffering considerable physical load by the nature of their work and are targets of pain. This study aimed to evaluate his pain in physical therapy professionals working in the field of traumatology and orthopedics in the city Vitoria of Conquista/BA. It is a descriptive and exploratory, with quantitative and qualitative approach. The universe selected for the survey was composed of professional physiotherapy (n = 30) working in the field of traumatology and orthopedics at random, applied a semi-structured open questionnaire, together with the Nordic questionnaires and visual analog scale, was conducted between June and July 2011. The findings indicated that in relation to weekly working hours performed by professionals, 16 of them (53.33%) work between 30 and 40 hours weekly. About the practice of stretching during the intervals between visits, eleven (36.66%) professionals do not realize. Physical activity is practiced by only five (16.66%) physiotherapists. As for the practice of domestic / day, twelve professionals (40.00%) perform this function. According to the Nordic questionnaires major segments affected were the lower back (60.00%), upper back (50.00%) and neck (36.66%). It is concluded that considering

the results obtained, it is necessary programs together with physiotherapists to work as a prevention and health promotion through the adoption of self-care attitude, as well as intervention in the environment and workplace for elimination of risk factors, thus improving the quality of life.

Keywords: *Evaluation of Pain. Physiotherapists. DORT.*

Artigo recebido em 24/10/2011 e aceito para publicação em 29/04/2012

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, W. R.; SILVA, E. S. da. A fisioterapia brasileira e o cenário contemporâneo. **Fisiobrasil**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 77, p. 13-23, mar./abr. 2006.
- BETINI, J.; SANCHES, J. **Análise do ambiente de trabalho] e proposta de intervenção na Prevenção de ler/dort em secretárias**. SIMPÓSIO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO, 5., 2007. Disponível em: http://www.unimep.br/phpg/mostraa_cademica/anais/5mostra/4/323.pdf. Acesso: 02 jan. 2011.
- BRASIL. **Lei Federal 8856, de 1º de março de 1994**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8856.htm>. Acesso: 17 fev. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lesões por esforços repetitivos (LER), Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Brasília: [S.n.], 2000.
- BRASIL. **Instrução Normativa n. 98. Ministério da Previdência Social. Atualização Clínica das Lesões por Esforços Repetitivos (Ler) / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort)**. Brasília: [S.n.], 2003.
- CARVALHO, et al. **Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Atividade Física e Saúde**. [S.l.: s.n], 2001. Disponível em: http://www.proietodiretrizes.org.br/proieto_diretrizes/017.pdf. Acesso: 15 abr. 2011.
- CIARLINI, I. A. et al. Lesões por Esforços Repetitivos em Fisioterapeuta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [S.l.], 2005.
- CREFFITO. **Leis e Atos Normativos das profissões do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional**. [S.l.]: C.R.F.T.O., 2001.
- CRUZ, J. P.; SILVA, N. R. Identificação de fatores de riscos junto a terapeutas ocupacionais no atendimento de portadores de disfunções físicas. **Revista de Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo**, v. 18, n. 1, p. 22-29, jan/abr., 2007. Disponível em:

<<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v18n1/05.pdf>>. Acesso: 07 jun. 2011.

COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Fisioterapia: definições e área de atuação.** Disponível em: <http://www.coffito.org.br/conteudo/con_view.asp?secao=27>. Acesso em: 16 nov. 2010.

CROMIE, J.E; ROBERTSON, V.J; BEST, M.O. Work-related musculoskeletal disorders in physical therapists: prevalence, severity, risks, and responses. **Physical Therapy**, [S.l.], 2000.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA – EVA. Disponível em : <<http://www.sogab.com.br/escalavisualanalogica.doc>>. Acesso em: 12 abr. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
HAMILL, J.; KNUTZEN, K. **Bases biomecânicas do movimento humano.** 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

INSS/CGSP . **L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos. Normas técnicas para avaliação da incapacidade.** Brasília[S.n.], 1991.

JULIÃO, P. **Qualidade de Vida no Trabalho: avaliação em empresa do setor automobilístico a partir do clima organizacional e do Sistema de Qualidade baseado na Especificação Técnica ISO/TS 16/949.** 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo USP, 2009.

LIMA, A. D. F; FARIAS, F. L. R. O trabalho do cirurgião-dentista e o estresse: considerações teóricas. **Revista**

Brasileira em Promoção da Saúde-RBPS, [S.l.], 2005.

MARGOTTI, W.; ROSAS R. F. **Prevalência dos dez distúrbios ortopédicos mais freqüentes na clínica escola de Fisioterapia da UNISUL.** 2003. 120 f. Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, 2003.

MASSAMBANI, E. M. **Incidência de Distúrbios Músculo:** Esqueléticos entre Farmacêuticos – Bioquímicos e suas Repercussões sobre a qualidade de vida e de trabalho. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 2002.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MEDEIROS NETO, C. F.; CÂMARA, M. R.; ROCHA, G. C. Relação da percepção do conforto ambiental Com a incidência de dores em fisioterapeutas que atuam na área de neuro-pediatria: um estudo de caso. ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12., 2002. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2002_TR40_0658.pdf>. Acesso: 07 mar. 2011.

MERLO, A. R. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia e Sociedade**, [S.l.], 2003.

MERLO, A. R. C.; JACQUES, M. G. C.; HOEFEL, M. G. L. Trabalho de Grupo com Portadores de Ler/Dort: Relato de

- Experiência. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], 2001.
- MORENO, C. R. C; FISCHER, F. M. ; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, jan./mar., 2003.
- PERES, C. P. A. **Estudo das Sobrecargas Posturais em Fisioterapeutas: Uma Abordagem Biomecânica Ocupacional**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- PINHEIRO, F. A; TRÓCCOLI, B. T; CARVALHO, C. V. de. Validação do questionário Nórdico de sintomas osteomusculares como medida de morbidade. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.3, p.307-312, 2002. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 15 set. 2011.
- PIVETTA, A. D. et al. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas. **Revista Digital**, Buenos Aires, ano 10, n. 80, enero, 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd80/dort.htm>>. Acesso: 05 mai. 2011.
- REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.
- REGIS FILHO, G. I.; MICHELS, G.; SELL, I. **Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em cirurgiões-dentistas**. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, set. 2006.
- REVISTA COFFITO, ano 7, n. 24, dez. 2009.
- ROMANI J. C. P. **Distúrbios Músculos esqueléticos em fisioterapeutas: Incidência, causa e alterações na rotina de trabalho**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC, 2001.
- SALIM, C. A. Doenças do trabalho: exclusão, segregação e relações de gênero. **São Paulo Perspectiva**, [S.l.], 2003.
- SALTER, R. B. **Distúrbios e lesões do sistema musculoesquelético**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.
- SIQUEIRA, G. R.; CAHÚ, F. G. M.; VIEIRA, R. A. G. Ocorrência de lombalgia em fisioterapeutas da cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, [S.l.], 2008.
- TEIXEIRA, M. J; YENG, L. T.; KAZIYAMA, H. H. S. **Dor: síndrome dolorosa miofascial e dor músculo-esquelética**. São Paulo: Roca, 2008.
- VINADÉ, I. A. O fisioterapeuta: formação e atuação profissional. **Revista de Ciências Humanas**, Criciúma, v.7, n.2, p.25-32, jul./dez., 2001.
- ZANON. E., MARZIALE, M.H.P. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v.34, n.1, p.26-36, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a04.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2011.

ZARDO, E. A. Causas esqueléticas de dor torácica. Simpósio sobre diagnóstico dor torácica. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.46, n.1,2, p.21-24, jan./jun. 2002. Disponível em:<<http://www.amrias.com.br/revista/colecoes/Causas%20esquel%C3%A9ticas%20de%20dor%20tor%C3%A1tica.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2011.