

Revista Expressão Católica

FISIOTERAPIA NO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ: A CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE REABILITAÇÃO FUNCIONAL

Denílson de Queiroz Cerdeira
Thaís Teles Veras Nunes
Francilena Ribeiro Bessa
Josenilda Malveira Cavalcanti
Raimunda Rosilene Gadelha Magalhães
Paula Jamylle Simão de Carvalho Souza

RESUMO

Perfil clínico e sócio-demográfico caracterizar-se pela condição de saúde de uma população, considerando os fatores relacionados a ela. Foi construído um perfil clínico e sócio - demográfico dos pacientes atendidos no setor de Traumatologia e Ortopedia e Reumatologia de uma Clínica Escola de Fisioterapia no sertão central do Ceará. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e documental, agosto 2011 a junho de 2012, através da revisão dos prontuários da Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Católica Rainha do Sertão e uma revisão bibliográfica na biblioteca do referido local. Entre os 243 prontuários, 155 (63,8%) eram do sexo feminino, com média de idade de 43,7 anos. Quanto às queixas clínicas, prevaleceu o quadro algico em 185 (76,1%), sendo a coluna vertebral o mais acometido em 79 (32,5%). Ao diagnóstico cinesiológico funcional a diminuição da amplitude de movimento predominou em 82 (33,7%) e a radiografia apresentou predominância com 160 (65,8%) dos prontuários. Pode-se instituir a existência da necessidade de se realizar estudos que proporcionem o conhecimento das evidências clínicas para que a prática fisioterapêutica seja direcionada e resolutiva, contemplando o processo de reabilitação funcional, a prevenção e promoção à saúde.

Palavras-chave: Fisioterapia. Epidemiologia. Reabilitação.

ABSTRACT

Clinical and socio-demographic characterized by the condition of health of a population, considering the factors related to it. It was built a clinical and socio - demographic of patients treated at the Traumatology and Orthopaedics and Rheumatology Clinic of a School of Physical Therapy in the central interior of Ceará. This was an exploratory, descriptive and documentary, August 2011 to June 2012, by reviewing the medical records of the Clinical School of Physiotherapy, Faculty of Catholic Queen Hinterland and a literature review in the library of that site. Among the 243 records, 155 (63.8%) were female, with a mean age of 43.7 years. Regarding clinical complaints, prevailed his pain in 185 (76.1%), and the spine more affected in 79 (32.5%). Kinesiological functional diagnosis decreased range of motion prevailed in 82 (33.7%) and radiography showed dominance with 160 (65.8%) of the charts. You can establish the existence of the need to conduct studies that provide knowledge of the clinical evidence for the physical therapy practice is focused and resolute, contemplating the process of functional rehabilitation, prevention and health promotion.

Keyword: Physiotherapy. Rehabilitation. Epidemiology.

1 INTRODUÇÃO

A Fisioterapia é definida como uma ciência da saúde que estuda o tratamento e a prevenção dos distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes de alterações de etiologia traumática, adquirida ou genética. Atualmente os profissionais desta área estão aptos a atuar em diferentes especializações, por isso, o foco deste trabalho será a Traumatologia ortopedica, que se tornou uma área muito importante devido às complicações primárias e secundárias relacionadas às patologias dos sistemas ósseo, muscular e articular (COFFITO,1987; BOEMER, 1987).

O surgimento da Fisioterapia, no Brasil, está associada com a história da poliomielite, que a partir daí ocorreu o surgimento de recursos para reabilitar seqüelas dessa referida afecção (BARROS, 2008). Segundo o Chung (1996), a Fisioterapia é uma área nova que vem se desenvolvendo por meio de seus esforços. A graduação em Fisioterapia foi reconhecida em 1969; onde foi criado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) para fundar o código de ética; e os Conselhos Regionais (CREFITO), para fiscalizar os serviços prestados pela Fisioterapia, conforme a Lei no 6.316 de 17 de dezembro de 19753.

Segundo Barros (2008), a primeira Escola de Reabilitação foi a do Rio de Janeiro, sendo criada pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), em 1956; ofertando curso de graduação em Fisioterapia.

O fisioterapeuta, dentro do seu âmbito profissional, pode atuar em clínicas, hospitais, ambulatórios, consultórios, centros de reabilitação, em saúde coletiva, em educação e em indústria de equipamentos. As especialidades reconhecidas pela Fisioterapia são: Acupuntura, Quiropraxia, Osteopatia, Fisioterapia Pneumofuncional, Fisioterapia Neurofuncional e a Fisioterapia Traumatologia ortopedica Funcional entre outras (COFFITO,1987; BOEMER, 1987).

A Fisioterapia Traumatologia ortopedica Funcional tornou-se importante por conta das complicações primárias e secundárias encontradas em quase todas as patologias osteomioarticular, sendo um fator importante no tratamento fisioterapêutico não apenas na reabilitação, mas também na prevenção do tratamento de afecções relacionadas ao aparelho locomotor (BOEMER, 1987). Fomenta ainda dizendo que, todas as lesões ortopedicas e traumatológicas causam de alguma forma um grau de incapacidade funcional, seguidas de dor, causando a

diminuição das atividades da vida diária, e conseqüentemente interferindo na qualidade de vida do enfermo.

A dor pode ser considerada um dos fatores primários pela procura de pacientes ao serviço de saúde especializado, como a Traumato-ortopedia, sendo um grande determinante para que indivíduos sofram de algum grau de incapacidade funcional, obrigando-os, na maioria das vezes, a atenuar o desenvolvimento das atividades cotidianas e conseqüentemente haver a diminuição da qualidade de vida (SILVA; ROS, 2007).

O fisioterapeuta, como profissional de saúde, tem como um de seus papéis primordiais no tratamento destas dores e de outras disfunções que o paciente possa apresentar. Estas, por sua vez, deverão ser identificadas em uma avaliação para que então se possa construir um diagnóstico cinesiológico funcional (DCF) a partir dos distúrbios cinéticos funcionais percebidos e determinar-se o tratamento a ser prescrito ao paciente e assim se acompanhar a evolução durante a reabilitação (COFFITO, 1987).

Observa-se que o profissional de Fisioterapia possui vários recursos para reabilitação, dentre eles temos as mãos, que são o instrumento principal, pois através do toque cuida, reabilita, conforta e cura. O contato direto das mãos do profissional com o doente contribui muito para a relação de humanização (SILVA; SILVEIRA, 2011).

O fisioterapeuta dentro do seu âmbito profissional atua nas três fases de atenção à saúde: prevenção, diagnóstico e tratamento. Com esta nova maneira de se enxergar a saúde, os fisioterapeutas, na sua forma de “tratar a saúde”, atuam através da educação continuada, da promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis a partir da atenção básica (SANTOS *et al*, 2007).

Santos e colaboradores (2007) fomentam dizendo que no decorrer dos anos é perceptível à mudança do quadro estatístico de doenças no Brasil. Onde se vê um aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis que, em suma, decorrem principalmente do aumento da expectativa de vida da população. Relatam ainda complementando que, nos próximos anos provavelmente ocorrerá mudança em relações às patologias, observando-se um aumento das doenças crônico-degenerativas por conta do avanço da expectativa de vida da

população podendo haver um aumento no comprometimento funcional e diminuição da qualidade de vida.

Boemer (1987) relata que a epidemiologia é utilizada como recurso para apontar indicativos da ocorrência de doenças sugerindo novas possibilidades para intervir e analisar proporcionado buscar soluções.

Diante deste panorama de saúde, o fisioterapeuta deve mostrar-se como um profissional necessário na prevenção de doenças e a promoção de saúde dentro da atenção básica. Onde o mesmo deve estar preparado a aplicar técnicas terapêuticas, eliminar ou amenizar estados patológicos e até mesmo realizar orientações a partir da educação em saúde (RAGASSON, 2007).

Através desse contexto, objetivou-se caracterizar os pacientes atendidos pela Fisioterapia no setor de traumato-ortopedia e reumatologia de um ambulatório de reabilitação funcional no município de Quixadá - CE, no ano de 2011. Com isso observar, identificar a realidade de saúde de toda a população estudada, a partir das informações adquiridas nesse estudo, proporcionar novas táticas de ações preventivas e uma melhora na qualidade de vida desta população.

A relevância desta pesquisa situou-se na construção do perfil clínico e sócio-demográfico dos pacientes atendidos em um ambulatório de Fisioterapia traumato-ortopédica e Reumatológica no município de Quixadá-CE, evidenciando as principais queixas clínicas dos pacientes, identificando a localização da sintomatologia dolorosa dos enfermos e avaliando a prevalência dos diagnósticos cinesiológico funcional do publico alvo da pesquisa.

2 Materiais e Métodos

Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo, documental e quantitativo realizado na Clínica Escola de Fisioterapia Luigi Pedrollo da Faculdade Católica Rainha do sertão (FCRS) em Quixadá-CE, no setor de traumatologia, local onde são atendidos pacientes do município de Quixadá e das cidades adjacentes.

A população do estudo foi constituída pelo universo dos prontuários dos pacientes cadastrados no setor de Traumato-ortopedia e Reumatologia (TOR) da Clinica Escola de Fisioterapia da FCRS, no período de Janeiro a Dezembro de 2011. A amostra correspondeu ao número de 243 prontuários cadastrados no setor

escolhido para o estudo, sendo os mesmos selecionados aleatoriamente no referido ambulatório de TOR da FCRS. Foram incluídos no estudo todos os prontuários dos pacientes atendidos e cadastrados, independente do sexo. Foram excluídos do estudo prontuários pertencentes aos outros setores da clinica escola.

A entrada na instituição passou pela coordenação da Clínica Escola de Fisioterapia da FCRS, através do termo de solicitação para entrada no campo da pesquisa. A fonte de coleta de dados foi primária, junto aos prontuários dos pacientes cadastrados que faziam tratamento na instituição escolhida no período de Janeiro a Dezembro de 2011, seguindo os critérios de inclusão e exclusão elaborados para o inquérito.

A coleta dos dados foi obtida através da análise do prontuário dos pacientes do setor de TOR, no período de Fevereiro a Abril de 2012, sendo verificado: o perfil clinico e sócio demográfico, as principais queixas clinicas referidas, a localização da sintomatologia dolorosa referida, o diagnóstico clinico e cinético funcional dos enfermos. Todos os prontuários dos pacientes foram avaliados por um único pesquisador que seguiu rigorosamente a metodologia escolhida.

Os dados obtidos na pesquisa foram organizados, tabulados e analisados através do programa Microsoft Excel 2007 e no programa Surfer versão 08. Os resultados foram apresentados na forma de gráfico, tabelas e topografias, sendo os mesmos confrontados com a literatura existente no âmbito nacional e internacional sobre os assuntos vigentes no inquérito científico.

As informações relacionadas aos prontuários selecionados para o estudo foram colhidas após consentimento da instituição selecionada. A aceitação foi registrada através de assinatura do Termo de Fiel Depositário, sendo outorgado aos responsáveis da instituição o sigilo e o anonimato com relação aos procedimentos, objetivos e tempo de execução da pesquisa. A Clínica Escola de Fisioterapia teve o direito de não participação ou a desistência a qualquer momento do estudo sem despesa ou prejuízo.

Este projeto de pesquisa esteve de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde, em concordância com a resolução 196/96 do mesmo, e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), com o parecer de aprovação número 20120029 (BRASIL, 1996).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo a população observada correspondia a 243 prontuários, sendo 88 (36,2%) do sexo masculino, observando-se uma prevalência do sexo feminino, com uma representação de 155 (63,8%) dos prontuários, conforme tabela I referenciada abaixo.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos e clínico da amostra. Quixadá/ CE, 2011.

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES (%)
SEXO	
Masculino	88 (36,2%)
Feminino	115 (63,8%)
FAIXA ETÁRIA	
05 a 09 anos	3 (01,2%)
10 a 19 anos	22 (08,1%)
20 a 29 anos	35 (09,1%)
30 a 39 anos	40 (16,5%)
40 a 49 anos	45 (18,5%)
50 a 59 anos	51 (21,0%)
60 a 69 anos	32 (13,2%)
70 a 79 anos	10 (04,1%)
80 a 99 anos	5 (02,1%)
QUEIXAS CLINICAS	
Quadro Álgico	185 (76,1%)
Diminuição de amplitude de movimento (ADM)	23 (09,5%)
Parestesia	17 (07,0%)
Outros tipos de queixas	18 (07,4%)

Fonte: Dados da pesquisa.

O relevante número de mulheres que procuram o setor de Fisioterapia, pode ser um indicativo de que as mesmas estão mais propensas a desenvolverem afecções passíveis de tratamento ou ainda que os homens procuram menos o serviço.

Estudos sobre as diferenças de gênero na saúde, em sociedades em desenvolvimento, mencionam que embora vivam mais que os homens, as mulheres relatam mais morbidades e problemas psicológicos e utilizam mais ao serviço de saúde, assim como se constata em nossos achados. Portanto, os homens estão menos propensos a reportar queixas do que as mulheres (COUTO, 2010).

Com relação à faixa etária apresentou uma média de 43,7 anos e as idades variaram de 05 a 87 anos. A população foi dividida por faixas etárias, distribuída da seguinte forma: 05 a 09 anos, constavam 03 (1,2%) pacientes, de 10 a 19 anos correspondiam a 22 (8,14%) pacientes, de 20 a 29 foram 35 (9,1%) indivíduos, de 30 a 39 constaram 40 (16,5%) pacientes, de 40 a 49 correspondeu a 45 (18,5%) pacientes, de 50 a 59 igual a 51 (21,0%), de 60 a 69 foram 32 (13,2%), de 70 a 79 igual a 10 (4,1%), de 80 a 99 igual a 05 (2,1%), conforme tabela I.

Quanto às queixas clínicas apresentadas, observou-se uma prevalência de quadro algico em 185 (76,1%) do total de prontuários, seguido da diminuição de amplitude de movimento (ADM) com 23 (9,5%) casos, parestesia com 17 (7,0%) queixas, outros tipos de queixas com 18 (7,4%) casos, conforme tabela I.

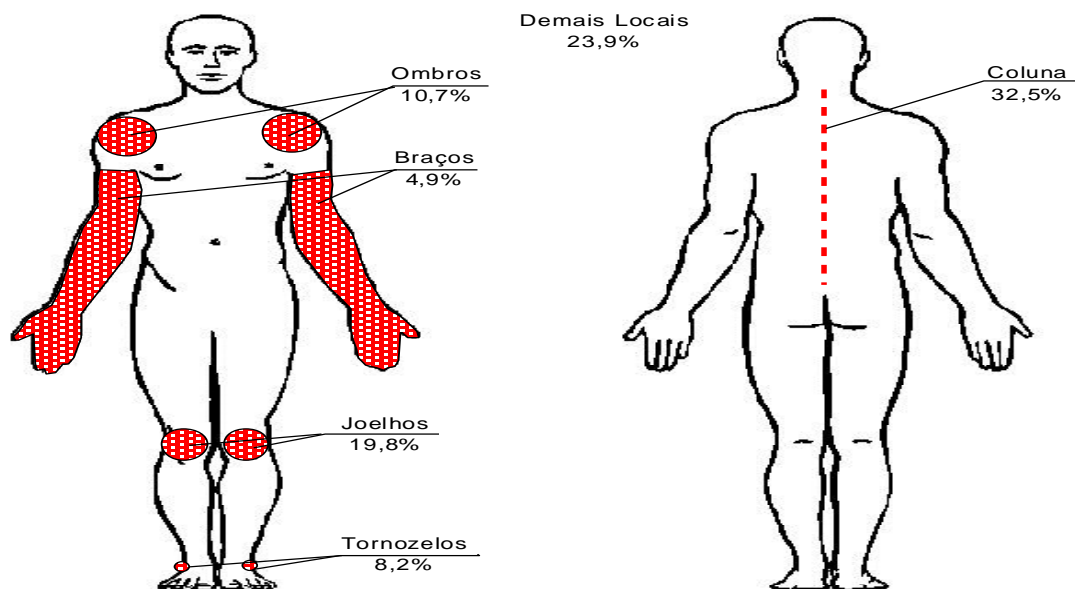
Segundo a Internacional Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida como uma experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual. Tratando-se de uma manifestação subjetiva, envolvendo mecanismos físicos, psíquicos e culturais. A dor é uma sensação desagradável que muda de intensidade e local. Manifesta-se em cada pessoa de maneira única, mesmo que ele passe por situações de injúrias semelhantes (MERSKEY; BOGDUK, 1994). Há uma limitação das funções, aumentando a agitação o risco de estresse emocional e de mortalidade, afetando parte do corpo, ou regiões, e limitando o funcionamento físico dos indivíduos (PAIVA; LINDOZO, 2004).

O alívio da dor constitui a razão primordial da busca de ajuda pelo paciente, onde às vezes os mesmos apelam a tratamentos farmacológicos. No entanto, esta nem sempre é a melhor decisão a ser tomada, quando em excesso podem

manifestar efeitos colaterais indesejáveis levando-o a sofrimentos físicos e emocionais (LEITE; GOMES, 2006).

Os principais locais de dores tiveram prevalência na coluna, somando um total de 79 (32,5%) prontuários, seguido de 48 (19,8%) referentes a dores no joelho, 58 (23,9%) para outros locais encontrados em menor número, 26 (10,7%) referentes a dores no ombro, 20 (8,2%) para dores no tornozelo e articulações e, por último 12 (4,9%) para dores no braço, conforme a figura 1 referenciada abaixo.

Figura 1 – Localização da sintomatologia dolorosa amostra Quixadá/CE 2011.



Falando a respeito das doenças da coluna vertebral, de cada 100 pessoas, 80 são acometidas pelas enfermidades. Sendo assim, ao analisarmos este elevado índice de dores na coluna, pode-se dizer que há um diagnóstico diferencial muito amplo, incluindo afecções relacionadas a posturas e movimentos corporais inadequados, como também aos aspectos de segurança e higiene do trabalho, identificados através das atividades laborativas anti-ergonômicas, sendo estas capazes de produzir algias e alterações biomecânicas na coluna vertebral (CARAVIELLO; WASSERSTEIN; CHAMLIAN, 2005).

Com relação às dores abrangentes ao joelho, na maioria das vezes, estão interligadas com alterações dos músculos envolvidos com a articulação do joelho, quando a dor está relacionada à região posterior está associada ao movimento

direto de extensão do joelho e a dor anterior ao encurtamento muscular das extremidades inferiores (FULKERSON, 2001).

Portanto, estas alterações podem estar relacionadas a múltiplos fatores como envelhecimento, obesidade, lesões ou cirurgias prévias, esforço ocupacional ou recreacional cumulativo, mau alinhamento articular e fraqueza muscular podendo ocasionar uma diminuição da função muscular sendo então um fator limitante da capacidade funcional e conseqüentemente da independência física (SHRIER *et al*, 2001).

A dor articular do joelho pode prejudicar o cotidiano do paciente, por isso é necessário que ele seja encaminhado à Fisioterapia para que se possa proporcionar uma melhora do quadro algico e, depois, um acompanhamento do paciente através de uma intervenção fisioterapêutica, com o objetivo de melhorar o desempenho funcional da articulação.

Dos diagnósticos clínicos apresentados a categoria osteófitos, osteoporose, contusão e osteopenia foi a que mais relevante, apresentando um total de 88 (36,2%) casos, dentre eles fraturas, seguido de 35 (14,4%), e em terceiro veio a osteoartrose com um total de 32 (13,2%) diagnósticos, seguido de 24 (9,9%) sem diagnóstico, 20 (8,2%) desvios posturais, 16 (6,6%) hérnia de disco, 15 (6,2%) tendinites, 3 luxação (1,2%), 2 artroplastia (0,8%), 1 lesão ligamentar (0,4%), 1 impacto do ombro (0,4%), 1 osteoartrite (0,4%), 1 esporão de calcâneo (0,4%), 1 plegia de MSD (0,4%), 1 entorse (0,4%), 1 fibromialgia (0,4%), e 1 artrite reumatoide (0,4%), conforme a tabela II referenciada abaixo.

Tabela 2 – Dados clínicos da amostra. Quixadá/ CE, 2011.

VARIÁVEIS	PARTICIPANTES (%)
DIAGNÓSTICO CLÍNICO	
Osteófitos, Osteoporose, Contusão Muscular e Osteopenia (36,2%)	88
Fraturas (14,4%)	35
Osteoartrose (13,2%)	32

Desvios Posturais (08,2%)	20
Hérnia Discal (06,6%)	16
Teninites (06,2%)	15
Luxação (01,2%)	3
Artroplastia (00,8%)	2
Lesão Ligamentar (00,4%)	1
Impacto do Ombro (00,4%)	1
Osteoartrite (00,4%)	1
Esporão de Calcâneo (00,4%)	1
Plegia de Membro Superior Direito (00,4%)	1
Entorse (00,4%)	1
Fibromialgia (00,4%)	1
Artrite Reumatoide (00,4%)	1
Sem Diagnóstico Clínico (09,9%)	24
DIAGNÓSTICO CINESIOLÓGICO FUNCIONAL	
Diminuição da Amplitude de Movimento	82 (33,7%)
Bloqueio Antalgico (21,0%)	51

Diminuição da Força Muscular (09,9%)	24
Paresia (07,0%)	17
Desvios Posturais (05,3%)	13
Déficit de Marcha (04,1%)	10
Outros (Crepitações, Joelho Valgo, Lesão Ligamentar) (11,5%)	28
Sem Diagnóstico Cinesiológico Funcional (07,4%)	18

EXAMES COMPLEMENTARES

Radiografia (RX) (65,8%)	160
Ultra-Som (09,1%)	22
Ressonância Magnética 6 (02,5%)	
Tomografia Computadorizada (02,1%)	5
Dessintometria Óssea (00,4%)	1
Sem Exames Complementares (20,2%)	49

Fonte: Dados da pesquisa.

A osteoartrose é uma doença reumática degenerativa onde atinge as articulações sinoviais, é caracterizada por exibir alterações na cartilagem articular, originando as zonas de fibrilação e fissuração. Também são observadas microfraturas, cistos e esclerose no osso subcondral e formação de osteófitos nas bordas articulares (GREVE *et al*, 1992).

Essa patologia está associada com dor e rigidez articular, deformidade e progressiva perda da função, afetando o indivíduo em nível orgânico e socialmente

(ROIMISHER, 1980). A osteoartrose possui uma prevalência alta, sendo a mesma responsável pela incapacidade laborativa de cerca de 15% da população adulta do mundo (MARGOTTI; ROSAS, 2004).

Segundo a OMS, a osteoartrose é uma doença crônico degenerativa responsável por elevados custos do serviço de saúde pública não apenas referindo-se ao tratamento medicamentoso como também, à todas as ações impostas, seja de Fisioterapia, seja de auxílio, seja de acompanhamento e suporte ao paciente (OMS, 2010). A dimensão do problema é tão amplo, que em 2000 foi lançada a Década do Osso e da Articulação pela OMS, obtendo apoio do Banco Mundial para que se desenvolvesse um programa de conscientização a população geral.

Na tabulação dos resultados referentes ao diagnóstico cinesiológico funcional a diminuição da ADM foi a que obteve mais relevância, com um total de 82 (33,7%) diagnósticos, seguido de 51 (21,0%) casos classificados como bloqueio antálgico, e em terceiro outros (crepitações, joelho valgo, lesão ligamentar com um total de 28 (11,5%) ocorrências, seguido da diminuição da força muscular com 24 (9,9%) casos, 18 (7,4%) não constaram, 17 (7,0%) com parestesia (dormência ou formigamento em segmento corporal), 13 (5,3%) com desvios posturais e 10 (4,1%) com déficit de marcha.

A ADM é a mobilidade total possível de um segmento, ou seja, é a quantidade de movimento permitida entre duas alavancas ósseas (KISNER; COLBY, 1998). Para Jammal e colaboradores (2008), alguns fatores podem reduzir a ADM, dentre eles, observamos as agressões cirúrgicas e a inatividade ou imobilização do membro. Sendo que as complicações pós-cirúrgicas são as que mais prevalecem nos encaminhamentos para o tratamento fisioterapêutico.

Segundo Dantas e colaboradores (2002), a diminuição progressiva na amplitude de movimento articular e o aumento do enrijecimento articular caracterizam o avançar da idade, ocasionando à deterioração da cartilagem, dos ligamentos, dos tendões, do fluido sinovial e dos músculos, que por sua vez isso acontece devido ao acréscimo da densidade do colágeno que, em contrapartida, leva ao declínio da flexibilidade e, por conseguinte a diminuição da amplitude de movimento do segmento corporal.

A partir da hora que o paciente é encaminhado para o setor de Fisioterapia, o mesmo passará por avaliações rotineiras, visando estimar a mobilidade articular e a

função do segmento tratado para que a partir de então seja planejado uma forma de tratamento de acordo com a particularidade de cada paciente.

Observou-se no setor de Fisioterapia da Clínica Escola, que muitos pacientes jovens são acometidos pela diminuição da ADM, e na maioria das vezes, isso acontece por conta de acidentes automobilísticos, lesões relacionadas ao esporte ou a esforços repetitivos, enquanto os paciente idosos apresentaram a queixa clínica devido as condições do envelhecimento que facilitam maiores risco de acidentes domiciliares, como por exemplo, quedas.

Entre os exames complementares apresentados pelos pacientes da Clínica Escola, a radiografia (RX) foi o exame complementar mais predominante, com um total de 160 (65,8%) exames. Sendo que 49 (20,2%) dos prontuários não apresentaram qualquer tipo de exame complementar. Já o ultra-som foi o terceiro exame mais presente, com 22 (9,1%), seguida de ressonância magnética com 6 exames (2,5%), tomografia computadorizada com 5 exames (2,1%), e por último dessintometria óssea com 1 exame (0,4%). Estes por sua vez, são um coadjuvante para determinar o diagnóstico clínico do paciente e ajudam na formação do diagnóstico cinesiológico funcional da Fisioterapia.

A radiografia é um exame que permite visualizar alterações ósseas, que proporciona ao avaliador identificar possíveis sinais que irão levá-lo a procurar mais dados para confirmar sua hipótese primária. Deve-se lembrar que em pacientes recém-traumatizados, o diagnóstico é mais confuso e difícil devido a sua incapacidade de cooperação por causa de sua condição clínica. É de fundamental importância à obtenção de exames por imagem, para ajudar no diagnóstico e o planejamento do tratamento (GENOVESE, 1996).

Segundo Vasconcelos e colaboradores (2003), para um diagnóstico clínico preciso os exames complementares, como os por imagem, delimitam a extensão da lesão traumática presente ou confirmam a sua ausência. A nitidez da radiografia é importante para que haja uma boa interpretação da área avaliada devido à sobreposição de imagens, edema e condições físicas do paciente, principalmente quando este é politraumatizado.

4 CONCLUSÃO

Concluimos que houve predominância do sexo feminino entre os prontuários dos pacientes atendidos selecionados para o estudo, mostrando que o intervalo de idade com maior prevalência foi entre 50 a 59 anos. Quanto à sintomatologia dolorosa referenciada o quadro algico foi o mais citado, tendo como pontos de referência anatômica os membros superiores, joelhos e a coluna vertebral. Osteófitos, Osteoporose, Contusão Muscular e Osteopenia foram encontrados como o diagnóstico clínico mais visualizado, seguido da diminuição da amplitude de movimento como diagnóstico cinético funcional predominante nos prontuários selecionados para o inquérito. Entre os exames complementares, a radiografia foi a mais referenciada, visto que o exame mais solicitado no âmbito da Traumatologia, Ortopedia e Reumatologia.

Esta pesquisa contempla a necessidade de realizar-se estudos epidemiológicos que proporcionem o conhecimento das evidências clínicas para que a prática fisioterapêutica realizada pelos profissionais e acadêmicos seja mais direcionada e resolutiva, abarcando não apenas o processo de reabilitação, mas também a prevenção de agravos a saúde, bem como a promoção da mesma.

Espera-se que o conhecimento dessa parcela da população possa ser válido, tanto para identificar formas mais eficientes de medidas preventivas e educativas no âmbito da Fisioterapia Traumato-ortopédica e Reumatologica quanto para localizar e/ou sugerir propostas mais acuradas de intervenção junto à problemática encontrada. São necessários estudos posteriores a fim de obter outras variáveis como comparação para os resultados.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a Direção da Clínica Escola de Fisioterapia e a Coordenação do curso de Fisioterapia pela autorização e realização desse estudo. A Faculdade Católica Rainha do Sertão – Quixadá-Ce, por apostar no desenvolvimento científico local e regional.

REFERÊNCIAS

BARROS FBM. Poliomielite, filantropia e Fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciencia & Saúde**. 2008; 13(3):941-5.

BOEMER, G. L.. **Prevalência das lesões Orto-Traumatológicas dos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS Atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina**, 1987.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 196 / 96**. Decreto Nº 93.933 de Janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Bioética, v.4, n.2, Suplemento, 1996, p.15 – 25b.

CARAVIELLO, E. Z.; WASSERSTEIN, S.; CHAMLIAN, T. R.; MASIERO, D.. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. **Rev. Acta Fisiátrica**. n. 12, v. 1, p: 11-14. Mar. 2005.

CHUNG, T. M.. Escola de Coluna – Experiência do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Rev. Acta Fisiátrica**. n. 3, v. 2, p. 13-17, 1996.
COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 80 de 09 de maio de 1987**. Dispõe sobre as atribuições do profissional fisioterapeuta no exercício da profissão. Brasília, 1987.

COUTO, M. C. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunic., Saúde, Educação**. Botucatu. Disponível em:
<<http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo174pdf>>.

DANTAS, E.H.M.; PEREIRA S.A.M.; ARAGÃO, J.C.; OTA, A.H. A preponderância da diminuição da mobilidade articular ou da elasticidade muscular na perda da flexibilidade no envelhecimento. **Fitness Performance Journal**. V. 1, N. 3, p. 12-20, abr. 2002.

FULKERSON, J.P. Patologia da articulação patelofemural. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. 7. Shrier I, Ehrmann-Feldman D, Rossingnol M, Abenhaim L. Risk factors for development of lower limb pain in adolescents. **J Reumathol** 2001; 28(3): 604-609

GENOVESE, W.J. Exames Complementares na Clínica Odontológica. Ano:1996.

GREVE, J.M.D, Plapler PG, Seguchi HH, Pastor EH, Baptistella LR: Tratamento fisiátrico da dor na osteoartrose. **Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo**, V. 47, p. 185-189, 1992.

JAMMAL, M.P.; MACHADO, A.R.M.; RODRIGUES, L.R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde**. V. 4, N. 32, p. 506-510, 2008.

KISNER, C.; COLBY, L. A. **Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas**. Editora: Manole. São Paulo, 1998.

LEITE, F.; GOMES, J.O.. Dor Crônica em um Ambulatório Universitário de Fisioterapia. **Revista Ciências Médicas**. V.3, N. 15, p. 211-221, Maio-Jun. 2006.

MARGOTTI W, ROSAS RF. **Prevalência dos dez distúrbios ortopédicos mais frequentes na clínica escola de fisioterapia da Unisul.** 2004.

MERSKEY H, BOGDUK N, editors. Classification of chronic pain. Seattle: **Internacional Association for the Study of Pain**; 1994.

PAIVA SS, LINDOZO MAP. Dor em queimaduras. In: Chaves LD, Leão ER, editores. **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem.** Curitiba: Maio, 2004. p. 219-24.

RAGASSON, C. A. P.; ALMEIDA, D. C. S.; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M. F.; GOMES, J. T. **Atribuições do fisioterapeuta no programa de saúde da família: Reflexões a partir da prática profissional.** UNIOESTE, 2007.

ROIMISHER, S. Conceito, etiopatogenia e patologia da artrose. In: Cruz Filho, A. (ed). **Clínica Reumatológica**, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980, p. 486-490.

SANTOS, F. A. S.; NETO, J. S.; LIMA, R. J. C. L.; SOARES, F. O. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa.** n.14, v. 3, p. 50-54, set. 2007.

SHRIER I, Ehrmann-Feldman D, Rossingnol M, Abenhaim L. Risk factors for development of lower limb pain in adolescents. **J Reumatol**, V. 28, N.3, p. 604-609, 2001.

SILVA, D. J. ; ROS, M. A.. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciênc. saúde coletiva** . V. 6, N.12, dez. 2007.

SILVA, I. D.; SILVEIRA, M. F. A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), p. 1535-1546, 2011.

VASCONCELOS, B.C.E.; FREITAS, K.C.M.; PONTUAL, A.A.; ANDRADE, S.S. Diagnóstico das Fraturas Zigomático-Orbitárias por Tomografias Computadorizadas ou Radiografias Convencionais - Relato de Caso Clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial.** V. 3, N. 2, p. 33-40, abr. 2003.

SOBRE OS AUTORES

Denílson de Queiroz Cerdeira

Mestre em Ciências da Educação (UTIC-PY), Orientador, Fisioterapeuta e Docente dos Cursos de Fisioterapia, Psicologia e Odontologia da Faculdade Católica Rainha do Sertão - FCRS e Fisioterapia do Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA.

E-mail: *denilsonqueiroz@fcrs.edu.br*.

Thaís Teles Veras Nunes

Mestre em Saúde Pública – UNIFOR, Co-orientadora, Fisioterapeuta e Docente dos Cursos de Fisioterapia da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS e do Instituto Superior de Teologia Aplicada - INTA.

E-mail: *fcrs0560@fcrs.edu.br.*

Francilena Ribeiro Bessa

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente – UECE, Fisioterapeuta e Docente do Curso de Fisioterapia da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.

E-mail: *francilenabessa@fcrs.edu.br.*

Josenilda Malveira Cavalcanti

Doutoranda em Biotecnologia – RENORBIO, Fisioterapeuta e Docente do Curso de Fisioterapia e Odontologia da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS, dos Cursos de Estética e Farmácia da Faculdade Metropolitana de Fortaleza – FAMETRO e dos Cursos de Farmácia, Biomedicina e Fisioterapia da Faculdade Maurício de Nassau.

E-mail: *fcrs0396@fcrs.edu.br.*

Raimunda Rosilene Gadelha Magalhães

Mestre em Saúde Pública – UFC, Fisioterapeuta e Docente e Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.

E-mail: *fcrs0437@fcrs.edu.br.*

Paula Janylle Simão de Carvalho Souza

Graduada em Fisioterapia - Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.