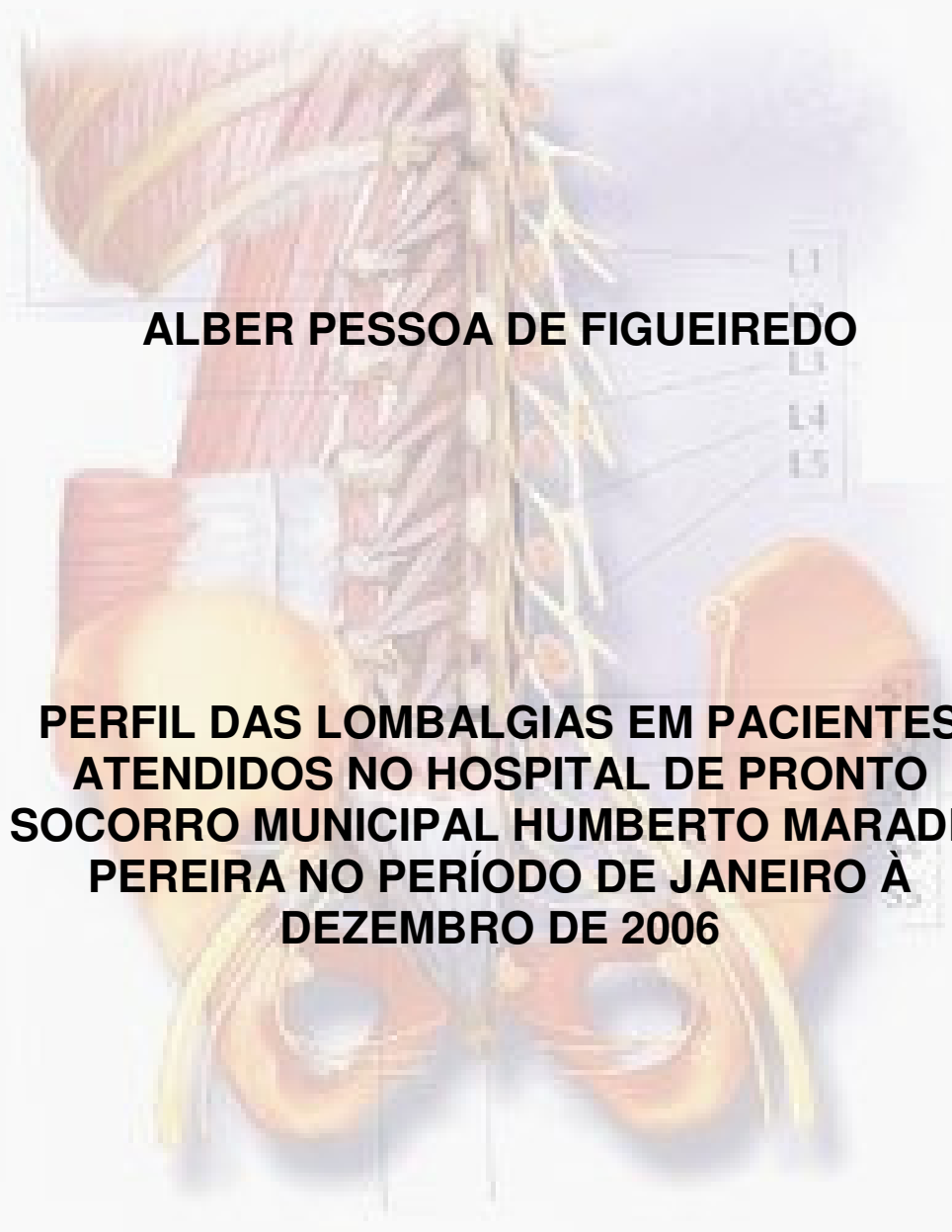


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA



ALBER PESSOA DE FIGUEIREDO

**PERFIL DAS LOMBALGIAS EM PACIENTES
ATENDIDOS NO HOSPITAL DE PRONTO
SOCORRO MUNICIPAL HUMBERTO MARADEI
PEREIRA NO PERÍODO DE JANEIRO À
DEZEMBRO DE 2006**

BELÉM – PA
2007

ALBER PESSOA DE FIGUEIREDO

**PERFIL DAS LOMBALGIAS EM PACIENTES ATENDIDOS
NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
HUMBERTO MARADEI PEREIRA NO PERÍODO DE
JANEIRO À DEZEMBRO DE 2006**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado para
obtenção do grau em
Medicina pela Universidade
Federal do Pará.
Orientador: Prof. Dr. Fernando
Mendes Paschoal

BELÉM – PA
2007

ALBER PESSOA DE FIGUEIREDO

**PERFIL DAS LOMBALGIAS EM PACIENTES ATENDIDOS
NO HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL
HUMBERTO MARADEI PEREIRA NO PERÍODO DE
JANEIRO À DEZEMBRO DE 2006**

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado para
obtenção do grau em
Medicina pela Universidade
Federal do Pará.
Orientador: Prof. Dr. Fernando
Mendes Paschoal

BANCA EXAMINADORA

Julgado em: ____/____/____

Conceito: _____

BELÉM – PA
2007

Para meus amados pais (Izabel e Alberto), meus irmãos (Albertinho e Aldo) e minhas irmãs (Tame e Teca) pelo carinho e apoio a mim dispensados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de poder intervir entre a vida e a morte, mesmo sabendo que a última palavra será sempre Dele.

Aos meus pais, Alberto e Izabel, pelos conselhos, esforço e toda dedicação vindos sempre com muito amor, por me darem e ensinarem tudo que tenho e sou hoje. Vocês foram fundamentais na realização desse sonho... Meus mentores e heróis.

Aos meus irmãos, Aldo e Albertinho, pelo convívio familiar e incentivo nos momentos mais difíceis de minha vida pessoal e acadêmica.

Às minhas irmãs, Teca e Tame, que mesmo longe me acompanharam e me apoiaram de maneira inestimável.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e principalmente meu avô, pelo incentivo a minha carreira e pela valiosa companhia em vários momentos felizes de nossas vidas.

À minha amiga Vanessa, sempre a disposição nos momentos mais complicados e cujo empenho e a preocupação na realização desta obra em muitos momentos superaram os meus. Por todo seu apoio sou eternamente grato.

À Graciela, com quem pude aprender muito. Pelos ensinamentos pessoais e profissionais, muito obrigado.

Aos meus amigos, Oscar, Adriano, Anderson, Hemanoel, Jota, Lendl, Kilevison, Marcos e Fernando, pelos momentos que passamos juntos que corroboraram para que a passagem pela faculdade fosse o mais agradável possível. Muito obrigado a todos vocês amigos.

Ao Prof. Fernando Paschoal que contribuiu gentilmente para a realização deste trabalho através da sua indispensável orientação.

Ao Hospital de Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira, pela permissão e contribuição para realização desta obra.

Ao Rui, responsável pelo arquivo do hospital, por seu auxílio e instrução na realização da coleta de dados para este trabalho.

O homem que sou hoje e o que serei amanhã

é o resultado do amor, carinho, dedicação

e respeito que recebi

durante toda minha vida.

Alber Figueiredo.

RESUMO

A lombalgia representa hoje uma das maiores queixas nos consultórios médicos, tanto por parte dos sedentários como dos atletas de diversas modalidades esportivas. Com mais ou menos intensidade, em algum momento da vida a maioria das pessoas um dia acaba convivendo com ela e geralmente no melhor da vida produtiva, entre 20 e 39 anos. Esta pesquisa foi desenvolvida a partir dos prontuários de pacientes atendidos no Hospital Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira no ano de 2006 com queixa de dor lombar. Observou-se um predomínio do sexo masculino na fase adulta entre os indivíduos atendidos. As principais queixas foram dores lombares e trauma lombar. O tratamento mais indicado foi antiinflamatórios não esteroidais e analgesia.

Palavras-chave: Lombalgia, dor e trauma lombar.

ABSTRACT

The low back pain today represents one of the biggest complaints in the medical doctor's offices, as much on the part of the sedentary ones as of the athletes of diverse sports' modalities. With more or less intensity, at some moment of the life the majority of the people one day finishes generally coexisting it and in optimum of the productive life, between 20 - 39 years. This research was developed from handbooks of patients taken care of in the *Hospital Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira* in the year of 2006 with complaint of lumbar pain. A predominance of the masculine sex in the adult phase between the taken care of individuals was observed. The main complaints had been lumbar pain and lumbar trauma. The indicated treatments more were nonsteroidal antiinflammatory drugs and analgesia.

Key-words: Low back pain, pain and lumbar trauma.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Incidência por sexo dos atendimentos por lombalgia no HPSMHMP em 2006.....	25
Figura 2: Incidência por faixa etária dos pacientes atendidos no HPSMHMP por lombalgia em 2006.	25
Figura 3: Incidência de Queixas na Admissão dos Pacientes com Lombalgia Atendidas no HPSMHMP em 2006.	26
Figura 4: Diagnóstico dos Pacientes Atendidos com Lombalgia no HPSMHMP em 2006.....	27
Figura 5: Conduta Instituída nos Pacientes com Lombalgia Atendidos no HPSMHMP em 2006.....	28
Figura 6: Solicitação de exames Complementares nos Casos de Lombalgia Atendidos no HPSMHMP em 2006.	29
Figura 7: Hérnias Disciais. Em 1: subligamentar. Em 2: migrada. Em 3: extraligamentar. Em 4 e 5: exclusiva.....	43
Figura 8: Estenose do canal lombar	43
Figura 9: Trajetos radiculares dos membros inferiores.	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Patologias periarticulares simulando dor lombar (FONTE: YOSHINARI; BONFÁ, 2000).....	20
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AINE→ Anti-inflamatório não hormonal

DLB→ Dor Lombar Baixa

EUA→ Estados Unidos da América

HPSMHMP→ Hospital Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira

RM → Ressonância Magnética

RX ou Raio X → Radiografia

TC → Tomografia Computadorizada

UNIFESP→ Universidade Federal do Estado de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 GERAL.....	14
2.2 ESPECÍFICOS.....	14
3 REVISÃO DA LITERATURA	15
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 LOCAL.....	23
4.3 PERÍODO DA PESQUISA.....	23
4.4 COLETA DE DADOS	23
4.5 ESPECIFICAÇÃO DA AMOSTRA	23
4.6 PROCEDIMENTOS	23
4.7 VARIÁVEIS.....	24
4.8 ANÁLISE DE DADOS	24
5 RESULTADOS.....	25
6 DISCUSSÃO	30
7. CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A: CARTA DE ACEITE	39
APÊNDICE B: CADASTRO DO ORIENTADOR.....	40
APÊNDICE C: INSCRIÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	41
ANEXO A: DECLARAÇÃO DO HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL HUMBERTO MARADEI PEREIRA.....	42
ANEXO B: FORMAS ANATÔMICAS DE HÉRNIA DISCAL / FORMAS ANATÔMICAS DE ESTENOSE DO CANAL LOMBAR	43
ANEXO C: TOPOGRAFIA DAS RADICULOGIAS DOS MEMBROS INFERIORES	44

1 INTRODUÇÃO

A lombalgia é uma entidade nosológica de grande importância clínica, social e econômica. Caracteriza-se por uma dor na região lombar, mais precisamente entre a última costela e o início da nádega, podendo ser classificada em dois tipos: aguda e crônica. A lombalgia aguda, que geralmente dura menos de três meses, é uma dor de início súbito, quase sempre causada por lesões nos ligamentos ou músculos da coluna, devido, muitas vezes, a movimentos bruscos ou quedas, ou ainda, a lesões nos discos intervertebrais. Já a lombalgia crônica tem como marco a duração superior a três meses, tem períodos de melhora e piora e pode ser causada por doenças inflamatórias, infecciosas, metabólicas, tumores, enfraquecimento da musculatura ou por problemas de postura. O fumo e a obesidade também estão relacionados com o maior risco para desenvolvimento de lombalgia crônica (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

No Brasil, a lombalgia (dor lombar) é o segundo motivo que mais leva o paciente ao consultório do clínico geral, superado apenas pela dor de cabeça. Quatro em cada cinco brasileiros têm ou terão uma dor digna de atenção na coluna, e esse problema já é a principal causa de afastamento temporário do trabalho no Brasil. Setenta por cento dos especialistas pedem a realização de exames logo na primeira consulta de pacientes, apesar desta não ser a medida recomendada pela literatura especializada (RUBIN, 2006).

A lombalgia é um grande problema médico. Por todo o mundo, de 60 a 80% das pessoas terão durante a vida e, de 2 a 5% terão em qualquer tempo determinado. Nos Estados Unidos (EUA), a lombalgia é um dos problemas mais frequentes pelos quais as pessoas consultam um médico e é a causa mais comum de incapacidade abaixo dos 45 anos (WOODWELL, 1997).

O custo anual total nos EUA em assistência médica por dor lombar e em perda de produtividade é de aproximadamente 100 bilhões de dólares. Entretanto, somente 10% dos pacientes são responsáveis por 90% do custo.

Assim, o manejo e o impacto causados na mão-de-obra americana em função das lombalgias é um grande ônus econômico, mostrando que a abordagem a esta doença deve ser mudada (ROSENTHAL, 2006).

Nos tempos modernos, o estresse configura-se como um componente inevitável dos seres humanos trazendo consigo conseqüências indesejáveis como as dores lombares. A lombalgia devido ao estresse pode ser causada pela fadiga ou contração generalizada, devido à permanência numa mesma posição por um tempo prolongado, como trabalhar sentado por horas. O estresse pode deixar a pessoa mais tensa e criar tensão muscular, que é fator de risco para a ocorrência de lombalgia (ROSENTHAL, 2006).

Diante de um paciente com queixa de dor lombar a investigação clínica deve ser completa, e quando necessário, a radiológica serve de complemento. Mesmo em unidade de pronto socorro deve-se estar alerta para patologias com apresentação aguda de dor lombar, mas que podem progredir para uma limitação motora de maior proporção (VAN DER LINDEN et. al., 1984).

O diagnóstico diferencial é uma estratégia muito útil para diferenciar as patologias que podem envolver as dores lombares, tais como: espondilite anquilosante, tumores na coluna e adjacências, dor essencialmente muscular, artrose de coluna, osteomielite, fratura de vértebra lombar, bácia de bacia, hérnia de disco, contusão lombar, entorse lombar, cólica renal, dor lombar de origem postural e osteófitos em vértebras lombares (APPEL et. al., 2002).

O diagnóstico da patologia é o fator determinante do prognóstico do indivíduo, sendo a peça chave para o tratamento adequado deste paciente no atendimento de urgência quando se faz a triagem dos casos que necessitam de acompanhamento para as unidades de referência (PASCHOAL, 2006).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Apresentar o perfil dos pacientes que procuram atendimento de urgência devido a quadro de dor lombar.

2.2 ESPECÍFICOS

Analisar os achados clínicos e radiológicos dos pacientes anotados nos boletins de entrada do Hospital Pronto-Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira(HPSMHMP).

Avaliar a idade e o sexo para análise epidemiológica das lombalgias no município de Belém a partir da amostra de pacientes atendidos no HPSMHMP no período deste estudo.

Comparar a terapêutica empregada nos casos atendidos no HPSMHMP com o que há descrito na literatura.

Detectar se houve triagem dos casos com características mais graves para seguimento ambulatorial em unidade de referência.

Avaliar o uso de exames complementares no diagnóstico de lombalgias no serviço de traumatologia do HPSMHMP em 2006.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A dor lombar é um problema bastante comum, afetando mais pessoas que qualquer outra afecção, à exceção do resfriado comum. Entre 65% e 80% da população mundial desenvolve lombalgia em alguma etapa de sua vida, mas a maioria dos episódios não é incapacitante. Mais da metade de todos os pacientes com lombalgia melhora após uma semana; 90% apresentam melhora após oito semanas; e o restante 7% a 10% continua a apresentar sintomas por mais de seis meses (BORENSTEIN, 1995).

A lombalgia representa hoje uma das maiores queixas nos consultórios médicos, tanto por parte dos sedentários como dos atletas de diversas modalidades esportivas. Com maior ou menor intensidade, em algum momento da vida a maioria das pessoas um dia acaba convivendo com ela e geralmente no melhor da vida produtiva, em torno dos 45 anos, quando os adultos costumam ser surpreendidos pela dor. Entre os idosos inativos figura entre as três principais ocorrências de dor. Até as crianças do mundo moderno não escapam, em função da associação da inatividade física e o excesso de carga ao transportar mochilas pesadas para a escola (CECIN, 2000).

Uma dor generalizada na extensão da coluna lombar pode ser devido a estiramento do músculo, a trauma nas costas ou a estresse mecânico. A maioria dos pacientes com esta afecção desenvolve quadro álgico decorrente do uso excessivo das estruturas dorsais, síndrome clínica denominada de lombalgia mecânica comum. É a forma mais freqüente de dor lombar baixa (DLB), sendo geralmente unilateral, com irradiação para região sacral e nádegas. As investigações laboratoriais e radiológicas não costumam estar alteradas. Os portadores de DLB devem ser advertidos que quase sempre ocorre melhora em algumas semanas e as atividades habituais devem ser logo reiniciadas (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

Existem diferentes causas para o desenvolvimento de dores no segmento lombar da coluna, com ou sem irradiação pelo trajeto do nervo ciático, que do ponto de vista evolutivo são divididas em agudas e crônicas

ou primárias e secundárias. A lombalgia mecânica comum é a forma mais encontrada. Outras causas estão listadas a seguir:

Traumática	Neoplásica
Degenerativa	Infecciosa
Congênita	Metabólica
Inflamatória	Fibromialgia
Visceral	Psicossomática

Lombalgia aguda é dor que está presente por menos de três meses, sua lista de tratamentos é bastante abrangente. A maioria dos pacientes tratados apresenta uma taxa de sucesso em torno de 90%. Entretanto, a muitas pessoas com lombalgia aguda não complicada evolui com regressão do quadro algico no prazo de um mês. Entretanto, há casos de recuperação espontânea no intervalo de três meses (autolimitada). Este é um dos motivos pelo qual muitos tratamentos para dor lombar respondem com uma boa eficácia, mesmo os que não apresentam comprovação científica (métodos da sabedoria popular) (BIGOS et. al., 1994).

Uma vez que a maioria dos casos de dor lombar baixa é autolimitada, o diagnóstico por imagem raramente é necessário. Um cuidadoso levantamento no histórico do paciente é a ferramenta diagnóstica mais importante nestes casos. Os fatores que levam ao início da dor, bem como a natureza e a duração da dor, propiciam importantes pistas para a busca da provável causa (PASCHOAL, 2006).

Um trauma severo ou diversos pequenos traumas na coluna podem lesar estruturas do disco intervertebral, levando ao aparecimento da hérnia de disco, que cursa com dor lombar aguda. A hérnia discal surge quando o núcleo do disco intervertebral migra de seu local, no centro do disco para a periferia, em direção ao canal medular ou nos espaços por onde saem as raízes nervosas. Se a lesão do disco intervertebral ou das estruturas musculares e ligamentares da coluna for muito severa, o repouso no leito com as pernas apoiadas sobre um banco é indicado para aliviar a dor e o desconforto. Pesquisas científicas sobre o tema, provaram que o excesso de

repouso é mais prejudicial que benéfico. Sendo assim, o paciente deve fazer repouso intercalado com movimentos leves e fisioterapia (APPEL, 2002) (Figura 7; Anexo B).

Já a lombalgia crônica é um problema mais complexo. Este tipo de dor lombar comumente é relacionado ao estresse, mas pode também ser causada por trauma, como queda ou acidente automobilístico, um impacto importante pode provocar fratura de coluna e dor, tumores ou infecções podem também causar quadro álgico lombar. De tal sorte que pessoas com histórias de câncer, perda de peso, infecção recente, febre, dor que piora quando está em pé ou à noite devem ter uma avaliação mais detalhada. O grande objetivo dessa avaliação é o encontro dos sinais de alerta ou *red flags* (bandeiras vermelhas), que estão enumerados a seguir (BONFIGLIOLI, 2006):

- Idade de início abaixo dos 20 anos ou acima dos 55 anos;
- Recente história de trauma;
- História de doença maligna;
- Dor inflamatória;
- Uso prolongado de corticóide;
- Abuso de drogas, imunossupressão ou HIV;
- Perda inexplicável de peso;
- Queixas sistêmicas;
- Sintomas neurológicos (cauda eqüina, claudicação neurogênica);
- Deformidade estrutural;
- Febre;
- Acordar à noite com dor.

A adoção de posturas erradas leva, ao longo do tempo, a lesões das articulações vertebrais. A osteofitose aparece decorrente da protrusão progressiva do anel fibroso do disco intervertebral, dando origem à formação de osteófitos cujos efeitos são agravados pela desidratação gradual do disco

intervertebral, causando a aproximação das vértebras, o que comprime a raiz nervosa e causa dores (APPEL, 2002).

A compressão de raízes lombares foi descrita a partir de 1991, quando se mostrou que a osteoartrose poderia causar compressão neural. Em 1931, foram descritas a presença do ligamento amarelo espessado e as alterações osteoartrósicas. Em 1954, Verbiest descreveu casos de estenose lombar devido a anomalias de desenvolvimento, chamando a atenção para esta doença (HEBERT; XAVIER et. al., 2003).

A síndrome do canal lombar estreito pode ser definida como qualquer tipo de estreitamento do canal medular que resulte em compressão das raízes nervosas ou da cauda equina. Configura uma situação muito comum com o avançar da idade, podendo ser classificada em congênita ou degenerativa (REVEL; AMOR, 1992) (Figura 8; Anexo B).

Uma boa postura protege as estruturas de suporte contra traumas, assim como, exige menor esforço muscular. Os desvios posturais tais como a lordose cervical, cifose dorsal, lordose lombar e escoliose podem levar ao uso incorreto de outras articulações, tais como as dos ombros, braços, articulações têmporo-mandibulares, quadris, joelhos e pés. Manter posturas erradas por tempo prolongado pode acarretar alterações posturais ocasionando enrijecimento das articulações vertebrais e encurtamento dos músculos. Esses defeitos estruturais causam alterações das curvaturas normais da coluna vertebral tornando-a mais vulnerável as tensões mecânicas e traumas (KLIPPEL; DIEPPE, 1998).

A maioria desses desvios da coluna causa pinçamento de nervos que partem de dentro da coluna. O mais famoso é o nervo ciático (vulgarmente chamado de dor ciática). Um dos principais motivos da dor lombar no ser humano, reside no fato da coluna ainda não ter se adaptado à postura ereta, ou seja, o ser humano ainda não se adaptou totalmente à posição bípede. O tempo de evolução da raça humana é relativamente curto para a adaptação à “nova postura”. Associado a isto, diversos fatores, tais como: dormir em

posição incorreta, excesso de carga, posturas inadequadas e movimentos bruscos convergem para uma sobrecarga na coluna vertebral(APPEL, 2002).

O termo lombociatalgia corresponde a um tipo especial de lombalgia, que consiste na irradiação para regiões bem determinadas do membro inferior (geralmente na região posterior e lateral), atingindo as pernas e pés. Se for acompanhada de alterações da sensibilidade cutânea ou da força muscular, indica que há um comprometimento funcional de uma raiz nervosa lombar. Este problema é popularmente conhecido como "pinçamento de nervo" (YOSHINARI; BONFÁ, 2000) (Figura 9; Anexo B).

A seleção de diagnósticos diferenciais frente ao quadro álgico lombar deve destacar patologias como a espondilite anquilosante. Esta entidade nosológica acomete as articulações da coluna vertebral, principalmente as sacroilíacas e num grau variável o restante da coluna, assim como, com menor freqüência, artrite periférica e manifestações extrarticulares ocorrem, precedendo ou acompanhando o quadro articular. Sua distribuição quanto ao sexo, raça e idade, ainda não é uniforme, porém sabe-se ser mais freqüente entre os caucasianos, sendo três vezes maior no sexo masculino e ocorre principalmente a partir dos 20 anos de idade, podendo se iniciar na quinta ou sexta década, e naqueles pacientes que na adolescência manifestaram artrite crônica juvenil pauciarticular tipo II. Há muito tempo, se reconhece a baixa incidência de espondilite anquilosante em pacientes não caucasianos. A possível razão é hoje aparentemente conhecida, devido a menor freqüência do HLA-B₂₇ nas populações de raça amarela e negra e a sua interação neste espectro de doenças. É freqüente o envolvimento familiar, sendo dez vezes maior a susceptibilidade de desenvolver a patologia na população HLA-B₂₇ positivo (GONÇALVES et. al., 2007).

Ainda quanto ao diagnóstico diferencial de dor lombar baixa os problemas psicogenéticos e viscerais deveriam ter regras. Diversas patologias viscerais podem cursar com dor referida na região lombo-sacra, são elas: aneurisma aórtico, endometriose, gravidez tubária, calculose renal, prostatite, pancreatite, úlcera péptica e câncer de cólon. A lombalgia raramente é o único sintoma dessas patologias, porém, dor com ritmo

próprio que não melhora com repouso deve ser investigada a dor referida (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

Num grupo ortopédico, as distinções devem ser feitas entre condições vertebrais e não vertebrais. Dentre as patologias que afetam a coluna, os grupos mais importantes são os que têm uma atividade relacionada ou condições mecânicas. Existe um grande grupo de pacientes com condições não relacionadas às atividades, mas juntando todos, eles afetam um menor número de pacientes. Futura diferenciação é possível entre o conceito ligamentoso (síndrome postural e síndromes disfuncionais, por ex: lesões de faceta articular, lesões sacrílicas, lesões ligamentosas), o conceito de estenose (estenose do canal e estenose do recesso lateral) e o conceito dural. O último inclui as interações disco-dural e interações disco-radicular, tanto primária como secundária (BISSCHOP et. al., 2007).

Outro aspecto importante é o diagnóstico diferencial das patologias periarticulares simulando dor lombar, as principais causas são:

Alterações osteoarticulares	Doenças neurológicas
Quadril: artrose, osteonecrose, artrite, periartrite	Neuropatia periférica
Sacroileíte	Lesões tronculares
Gonartrose	Dor talâmica
Fraturas da bacia	Dor de origem cordonal posterior
Osteíte	Doenças vasculares
Doenças viscerais	Insuficiência arterial periférica
Doenças geniturinárias	Flebite
Hérnia inguinal	Aneurisma de aorta
Tumores do retroperitônio	Tumores pélvicos

Tabela 1 – Patologias periarticulares simulando dor lombar (FONTE: YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

Quando surge a dor, o mais importante é a investigação da etiologia, onde o paciente deve optar por médicos que não poupem esforços no sentido de detectar a origem. Da mesma forma, o paciente não deve ocultar nenhuma informação, por mais insignificante que possa parecer. Atualmente, a Medicina dispõe de muitos recursos e exames que diminuem muito as chances de erros de diagnósticos tais como radiografia, mielografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, cintilografia óssea,

eletroneuromiografia entre outras. A opção por um ou vários exames esta baseada na presença de um ou mais sinais de alerta (*red flags*). Muitas são as origens da dor e os sintomas podem levar a uma interpretação errada se não forem esgotadas todas as possibilidades de diagnóstico preciso (YOSHINARI; BONFÁ, 2000).

A terapêutica da lombalgia crônica é direcionada ao tratamento da etiologia, que podem incluir perda de peso, exercícios para melhorar a postura, o tônus e a resistência muscular. Os analgésicos podem ser utilizados para aliviar a dor, porém o uso crônico de narcóticos opióides deve ser evitado. A injeção nos tecidos moles com corticosteróides e anestésicos locais pode propiciar alívio da lombalgia crônica associada à síndrome miofacial ou fibromialgia. Em alguns casos, a cirurgia pode ser necessária para aliviar a dor intratável ou a dor conseqüente a anormalidades estruturais (WHITE et. al., 2007). Alguns pacientes podem se beneficiar da fusão de duas vértebras, entretanto, decidir quais é extremamente difícil, requer testes mais extensivos e tomada de decisão mais complexa (ROSENTHAL, 2006).

Há outros fatores que contribuem para a dificuldade na abordagem das lombalgias e lombociatalgias, tais como: incompatibilidade entre os achados clínicos e os exames de imagem; dificuldade em se determinar o local que deu origem à dor, em parte decorrente da complexidade da inervação da região; contraturas musculares que não se acompanham de uma lesão demonstrável ao exame histológico; dificuldade na interpretação dos fenômenos dolorosos (CECIN, 2000).

Por tanto, é fundamental conscientizar o paciente dos fatores de risco que podem promover dor na coluna, entre estes quais destacamos os principais: idade; estilo de vida (vida sedentária e tabagismo); exercícios inapropriados ou a não realização dos mesmos; sobrepeso e obesidade; desobediência às regras básicas de postura; já ter apresentado dor previamente. A recorrência é comum e estudos demonstraram que após um ano de tratamento apenas 21% dos pacientes se apresentavam em remissão. Os outros, em sua maioria, não seguiram as orientações quanto

aos fatores de risco, apresentaram problemas relacionados ao trabalho ou psicológicos, particularmente a depressão (ANDRUSAITIS, 2006).

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O desenho deste estudo foi observacional e retrospectivo delineado de forma transversal através da análise dos registros de pacientes atendidos no Hospital Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira (HPSMHMP), no setor de Traumatologia.

4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada no Hospital Pronto Municipal Socorro Humberto Maradei Pereira, no município de Belém – Pará.

4.3 PERÍODO DA PESQUISA

O trabalho de pesquisa foi realizado em um período médio de cinco meses, o que se estendeu de outubro de 2006 a fevereiro de 2007.

4.4 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir do banco de dados do HPSMHMP, do qual foram extraídas informações dos pacientes atendidos com lombalgia, sendo os dados quanto à data de admissão, idade, sexo, queixa clínica, diagnóstico e conduta adotada foram classificados como de alta relevância para o traçado do estudo.

4.5 ESPECIFICAÇÃO DA AMOSTRA

A população investigada neste trabalho foi selecionada a partir dos boletins de entrada do HPSMHMP com queixa principal de dor lombar no ano de 2006.

4.6 PROCEDIMENTOS

Foi realizada a coleta de dados a partir do banco de registro de atendimentos do HPSMHMP, os quais foram catalogados para análise estatística.

4.7 VARIÁVEIS

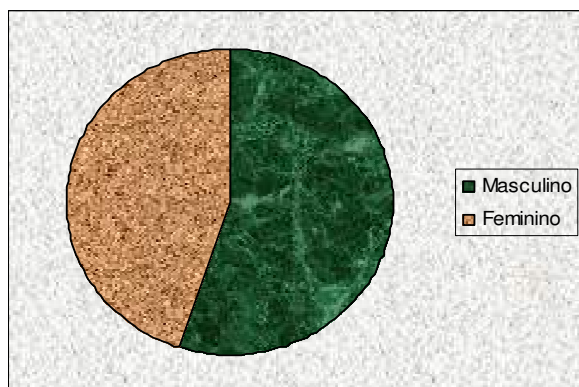
As variáveis que nortearam o estudo foram os achados clínicos, idade, sexo, diagnóstico, a conduta e solicitação de exames complementares, sendo que estes dados foram comparados com dados encontrados na literatura.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados obtidos foi feita através de estudo retrospectivo no período de janeiro a dezembro de 2006, sendo desenhado a partir dos casos registrados de lombalgia no HPSMHMP. Para isso, faz-se uso do *software* Microsoft Office Excel 2003, versão 10.0 como ferramenta.

5 RESULTADOS

A pesquisa foi feita através da análise de 144 (cento e quarenta e quatro) prontuários dos pacientes que deram entrada no serviço de Traumatologia do HPSMHMP no ano de 2006 com queixa de dor lombar.

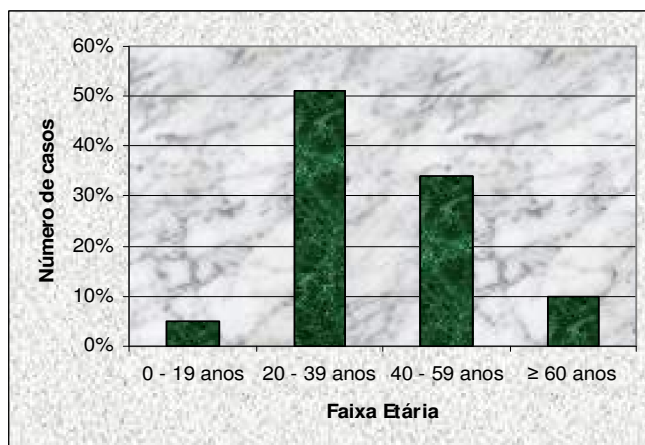


FONTE: HPSMHMP, 2006.

Figura 1: Incidência por sexo dos atendimentos por lombalgia no HPSMHMP em 2006.

Observou-se que houve um relativo equilíbrio entre os sexos, mas prevaleceu o sexo masculino com 55% dos casos, entre os indivíduos atendidos com queixa de lombalgia (Figura 1).

A divisão por grupos etários foi utilizada para facilitar a análise dos dados obtidos, sendo os grupos assim dispostos em: 0-19, 20-39, 40-59, ≥ 60 anos de idade.

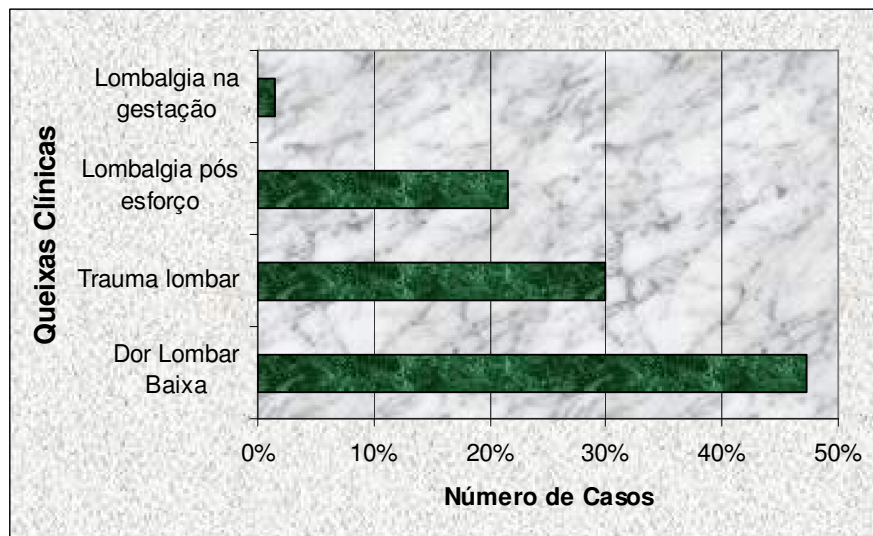


FONTE: HPSMHMP, 2006.

Figura 2: Incidência por faixa etária dos pacientes atendidos no HPSMHMP por lombalgia em 2006.

Em relação à idade mais acometida com o desconforto lombar predominou a faixa etária entre 20 e 39 anos seguida do grupo etário entre 40 a 59 anos. Os indivíduos acima de 60 anos estiveram em terceiro lugar entre os mais atendidos com a queixa de lombalgia. Os mais jovens envolveram o intervalo etário entre 0 – 19 anos foram os que apresentaram o menor número de ocorrências de dor lombar (Figura 2).

As queixas clínicas na admissão ajudaram a separar a amostra de pacientes para o trabalho, sendo possível assim classificá-las em grupos para melhor interpretação dos dados encontrados.

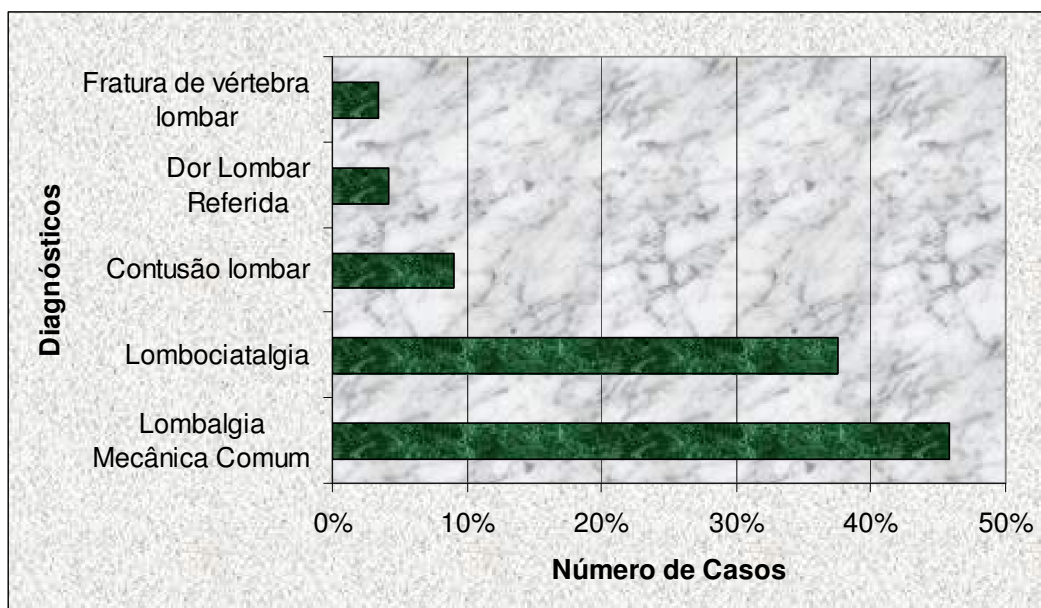


FONTE: HPSMHMP, 2006.

Figura 3: Incidência de Queixas na Admissão dos Pacientes com Lombalgia Atendidos no HPSMHMP em 2006.

A amostra analisada mostrou seqüencialmente como queixa admissional: dor lombar baixa (47%), trauma lombar (30%), lombalgia pós-esforço (22%) e lombalgia na gestação (1%) (Figura 3).

O diagnóstico dado para os casos com queixa inicial de lombalgia, atendidos no HPSMHMP em 2006 no serviço de Traumatologia, também foi usado como resultado desta pesquisa.

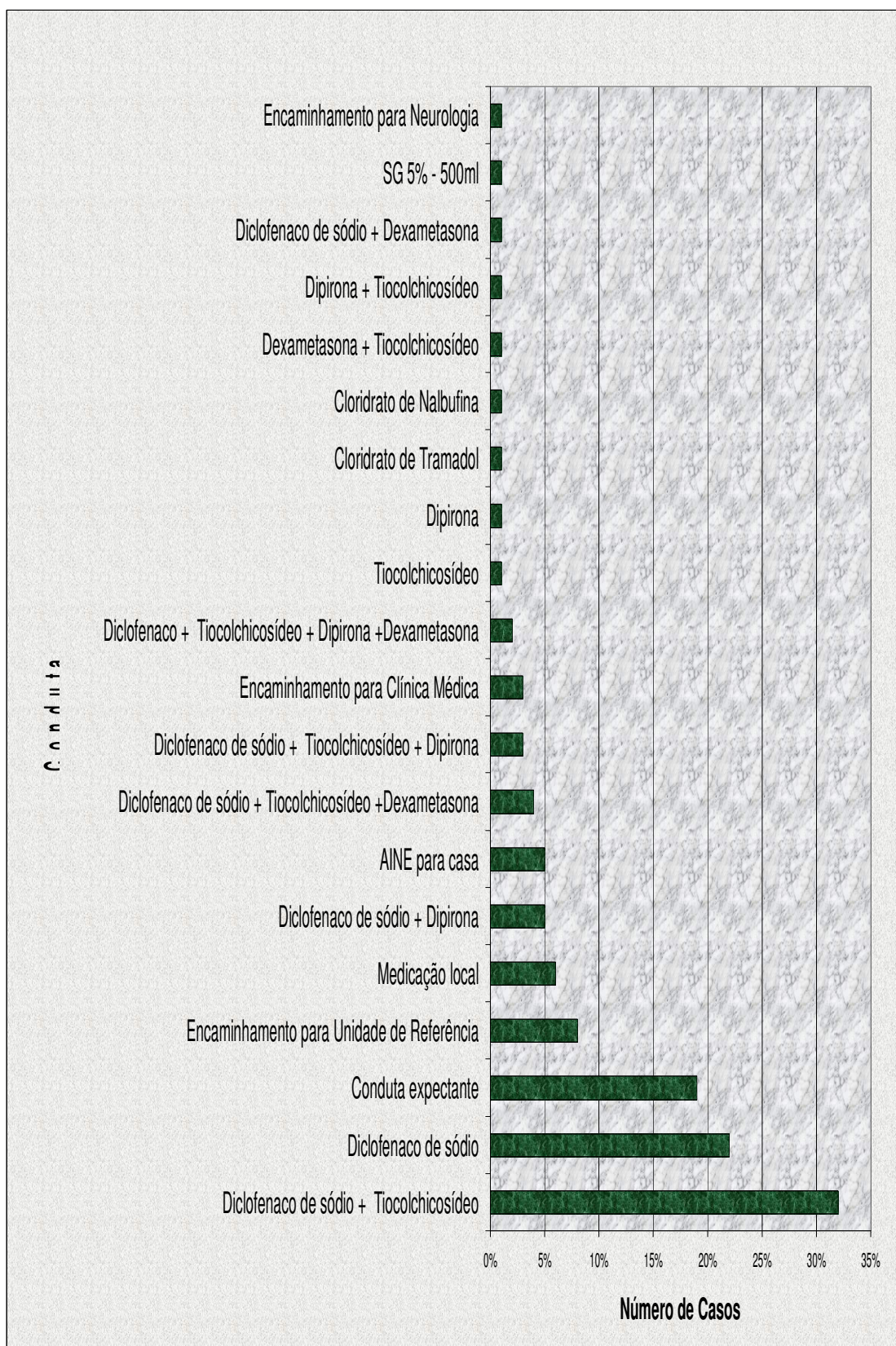


FONTE: HPSMHMP, 2006.

Figura 4: Diagnóstico dos Pacientes Atendidos com Lombalgia no HPSMHMP em 2006.

Foi observado que a maioria dos diagnósticos fornecidos foi de dor lombalgia mecânica comum (46%) e lombociatalgia (38%). Outros diagnósticos foram dados, mas em menor escala: contusão lombar (9%), dor lombar referida (4%) e fratura de vértebra lombar (3%) (Figura 4).

A conduta adotada para os casos de lombalgia, atendidos no serviço de Traumatologia do HPSMHMP em 2006, foi outro dado relevante neste estudo.

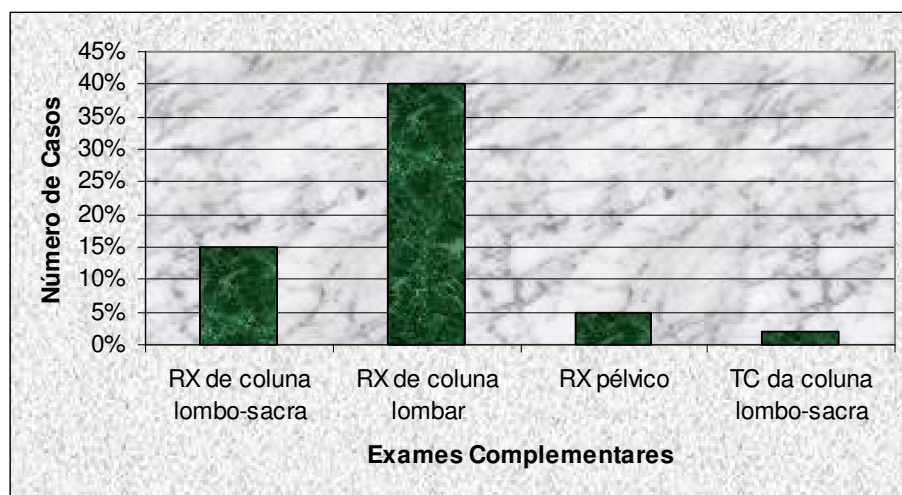


FONTE: HPSMHMP, 2006

Figura 5: Condução Instituída nos Pacientes com Lombalgia Atendidos no HPSMHMP em 2006.

Destacou-se como a conduta mais utilizada no atendimento de pacientes com lombalgia o uso da associação Tiocolchicosídeo e Diclofenaco de sódio, mas observou-se uma variedade de associações medicamentosas baseadas em anti-inflamatório não hormonal (AINE), relaxante muscular, corticóide e analgésico na grande maioria dos casos (Figura 5).

Outro parâmetro usado nesta pesquisa foi a solicitação de exame de imagem durante a investigação diagnóstica dos casos de lombalgia.



FONTE: HPSMHMP, 2006.

Figura 6: Solicitação de exames Complementares nos Casos de Lombalgia Atendidos no HPSMHMP em 2006.

A solicitação de estudo radiológico esteve presente no atendimento destes pacientes, sendo que houve predominância de pedidos de RX de coluna lombar (40%), seguido de RX de coluna lombo-sacra (15%). Houve ainda solicitação de estudo radiológico pélvico (5%) e tomografia computadorizada de coluna lombo-sacra (2%) (Figura 6).

6 DISCUSSÃO

A prevalência do sexo feminino entre os pacientes atendidos com queixas de dores lombares descrita nos trabalhos de Dziedzinski et. al. (2005) não esta de acordo com os dados encontrados nesta pesquisa ocorrida em uma unidade de pronto socorro na cidade de Belém, que revela um relativo equilíbrio entre os sexos, mas com discreto predomínio da população masculina entre os atendimentos realizados no ano de 2006.

A lombalgia é uma entidade nosológica comum entre os adultos, mas também pode ocorrer nos adolescentes e em menor proporção nas crianças. É muito freqüente entre os distúrbios dolorosos que acometem o homem com prevalência menor apenas que a cefaléia. A incidência é de aproximadamente 5 % ao ano, sendo que, em alguma fase da vida 80% dos indivíduos cursam com dor lombar como Andrusitis et. al. (2006) mostraram em seus estudos, dados que, concordam com os achados deste trabalho, sendo observada uma predominância dos casos entre indivíduos adultos nos intervalos etários: 20-39 anos e 40-59 anos.

Outros estudos sobre a prevalência das dores lombares de acordo com a idade destacam a terceira e quarta década como a época em que mais ocorre lombalgia como nos estudos de Dziedzinski et. al. (2005). A amostra aqui estudada obteve maior incidência nas faixas etárias adultas agrupadas neste trabalho em dois grupos: 20-39 e 40-59 anos, resultados que corroboram com os achados de Dziedzinski et. al. (2005).

Marinzeck et. al. (2007) descrevem como principais queixas na admissão de pacientes com lombalgia: dores lombares baixas sem causa específica, trauma lombar, dores lombares após esforço físico exagerado e dores no dorso. Os resultados encontrados nesta amostra de pacientes concordam com os dados da literatura havendo predomínio dos casos admitidos por dor lombar baixa, trauma lombar e lombalgia pós-esforço.

A lombalgia devido ao estresse pode ser causada pela fadiga ou contração muscular generalizada, devido à permanência em uma mesma

posição por um tempo prolongado, como trabalhar sentado por horas. O estresse pode deixar a pessoa mais tensa e criar contratura muscular exagerada, que é fator de risco no desenvolvimento de lombalgia (DELCLOS et. al., 2003). Andrusaitis et. al. (2003) em estudo epidemiológico recente falam sobre a relação entre dor lombar e a ocupação de caminhoneiros no município de São Paulo que está presente em cerca de 80% desta população devido aos maus hábitos posturais. Os fatores de risco analisados nestes estudos estão em concordância com os dados prévios da literatura.

Uma causa freqüente de dor lombar é a lombalgia de origem visceral referida na coluna lombar. Outra causa não menos importante de lombalgia é a dor lombar da gravidez no qual ocorre uma acentuação da curvatura lordótica da coluna pelo aumento do volume uterino (MELHADO et. al., 2004). Nesta pesquisa um pequeno percentual dos casos estudados mostrou como causa da lombalgia a associação a tais condições.

Bisschop et. al. (2007) em seus estudos destaca a importância do diagnóstico diferencial na investigação de uma dor lombar, o que possibilita uma terapia precoce em casos de doenças progressiva que causam limitação funcional progressiva como a espondilite anquilosante. Entretanto, observou-se que os resultados encontrados na amostra de prontuários levantada nos arquivos do HPSMHMP em Belém – Pará no ano de 2006, não houve o cuidado da equipe em citar no prontuário diagnóstico diferencial, talvez por ser um serviço de urgência e emergência, o que de forma alguma justifica a ausência de uma seqüência semiológica correta.

Os trabalhos de Facchini et. al. (1991) destacam a dor lombar baixa e a lumbago com ciática como os principais diagnósticos entre os pacientes atendidos em unidades de pronto socorro com queixa de lombalgia. Dados que concordam parcialmente com os achados deste trabalho, que destacam também a contusão lombar entre os diagnósticos mais encontrados.

Por outro lado, os estudos de Amaral et. al. (2006) enfatizam como principal diagnóstico de lombalgia nos hospitais de pronto socorro, causas mecânicas (trauma) dados que discordam do que foram encontrados na

amostra estudada nesta pesquisa, uma vez que esta foi apenas a segunda queixa clínica na admissão.

Bisschop et. al. (2007) indicam em seus trabalhos a analgesia como a primeira opção de tratamento da dor lombar o que possibilita inclusive uma investigação mais apurada das causas desta dor. A conduta adotada no grupo de pacientes estudado concordou com a postura adotada por Bisschop et. al. (2007), sendo embasada na premissa de melhorar o estado geral do paciente como dor através do uso de analgésicos e selecionar os casos que necessitam de acompanhamento em unidades de referência ou de avaliação de outras especialidades.

Em algumas situações a conduta adotada no serviço de traumatologia do HPSMHMP em 2006 concordou com as recomendações de Bonfiglioli (2006) que diz que o tratamento depende da causa. Na maioria das vezes, não há necessidade de repouso, pois este pode piorar o quadro. O tratamento para contratura por estresse inclui técnicas de relaxamento, alongamentos e exercícios moderados. Nas primeiras 24 horas após o trauma podem-se aplicar compressas frias por 20 a 30 minutos várias vezes por dia. Após o primeiro dia, aplicam-se compressas quentes 20 a 30 minutos várias vezes por dia. Um antiinflamatório não hormonal pode também ajudar no alívio das dores.

De acordo com Siqueira et. al. (2006), milhões de reais são gastos anualmente no Brasil com exames desnecessários para diagnosticar lombalgias – ou dores nas costas – que poderiam ser eliminadas apenas com a indicação de antiinflamatórios para os pacientes. Dados que condizem com o presente estudo, haja vista que se observou que a maioria dos casos atendidos no serviço de traumatologia do HPSMHMP no ano de 2006 eram casos que necessitavam apenas de conduta medicamentosa para alívio da dor. Ainda que um pequeno percentual tenha necessitado de acompanhamento em unidades de referência e em outras especialidades.

Uma tese de mestrado apresentada em maio na Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP) mostra que 70% dos especialistas

solicitam exames logo na primeira consulta de pacientes com sintomas de lombalgia aguda simples, apesar de a medida não ser recomendada pela literatura especializada. Os resultados encontrados nesta pesquisa confirmam o que foi citado nos estudos de Siqueira et. al. (2006), pois houve a requisição de exames complementares em muitos casos que somente o exame clínico diagnosticaria. Entretanto, há uma compensação pela inabilidade de se manter uma boa relação médico-paciente com pedidos de exames infundados e de necessidade questionável para que haja confiança por parte do paciente, caso contrário haverá insatisfação.

Todavia, a melhor divulgação do consenso de lombalgia (2000), em especial dos sinais de alerta, como indicativos da necessidade de solicitação de exames complementares, reduziria exponencialmente os gastos na rede de saúde pública, com tal patologia tão freqüente.

7. CONCLUSÃO

- A maioria dos pacientes atendidos com lombalgia no HPSMHMP no período de janeiro a dezembro de 2006 foi do sexo masculino no intervalo etário entre 20 e 39 anos.
- O diagnóstico das lombalgias na maioria dos casos foi clínico e em casos selecionados foi solicitado exame radiológico complementar, o qual coincidiu com os achados clínicos iniciais.
- A terapêutica adotada foi específica para cada caso, mas prevaleceu o uso de AINE, relaxante muscular, corticóide e analgésico.
- Casos selecionados foram encaminhados para seguimento em unidade de referência.
- A avaliação clínica sistematizada dos pacientes com dor lombar baixa pode permitir o reconhecimento de patologias de caráter evolutivo e limitante.
- A solicitação de exames complementares em muitos casos ocorreu somente para fortalecer o elo de confiança médico-paciente.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A.B. et. al. **Vida e Saúde**. Disponível em: <http://bemstar.globo.com/index.php?modulo=colunistas_mat&url_col=Dr.+Adriano+Borges+Amaral>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2007.

ANDRUSAITIS, S. F. et. al. **Study of the prevalence and risk factors for low back pain in truck drivers in the state of São Paulo, Brazil**. Clinics 61(6):503-10. 2006.

APPEL, F. **Coluna Vertebral: Conhecimentos Básicos**. 1ª Edição. Porto Alegre: Age, 2002, p. 44-56; 93-98; 133-142.

BIGOS, S.J. et. al. **Acute Low Back Pain Problems in Adults. Clinical Practice Guideline No. 14**. AHCPR Publication Nº. 95-0642. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy & Research, 1994.

BISSCHOP, P.; OOTEGHEM, P.V. **Dor lombar: evidência clínica para “conceito dural”**. Disponível em: <<http://www.terapiamanual.net/visualiza.asp?id=403>>. Acesso em: 10 de março de 2007.

BONFIGLIOLI, R. **Lombalgia**. Seminários em Reumatologia 3 da Sociedade Brasileira de Reumatologia. São Paulo: EPM, 2006.

BORENSTEIN, D.G. **Epidemiology, etiology, diagnostic evaluation and treatment of low back pain**. Curr. Opin. Rheumatology. 7(2): 141-146, 1995.

CECIN, H. **Comitê da Coluna Vertebral**. 1º Congresso Brasileiro de Lombalgia e Lombociatalgia da Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2000.

CECIN, H.A.. **Anatomicofunctional reserve in the spinal canal, as an interference factor in the psicopathology of low-back pain and mechanicodegenerative lumbo**. Rev. Assoc. Med. Brás., São Paulo, v. 43, n. 4, 1997.

DELCLOS G.; BETANCOURT O.; MÁRQUEZ F.; TOVALIN H. **Globalización y salud laboral.** Arch Prev Riesgos Labo;(6):3-8, 2003.

DZIEDZINSKI, A.T.; JOHNSTON,C.; ZARDO, E. **Perfil epidemiológico dos pacientes com dor lombar que procuram o serviço de traumatologia e ortopedia do HSL-PUCRS.** Disponível em: <http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/traumato/dor_lombar.htm>. Acesso em: 25 de janeiro de 2007.

FACCHINI, L.A.; WEIDERPASS, E.; TOMASI, E. **Modelo operário e percepção de riscos ocupacionais e ambientais: o uso exemplar de estudo descritivo.** Ver. Saúde Pública 25(5): 322 – 326, 1991.

GONÇALVES, C. R. et. al. **Espondiloartropatias.** Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/departamento/clinmed/reumatologia/espond.php>>. Acesso em: 10 de março de 2007.

HEBERT, S.; XAVIER, R. et. al. **Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática.** 3ª Edição. Porto Alegre: ARTMED, 2003, p. 150.

INSTITUTO DE REUMATOLOGIA DE MATO GROSSO. **Dor Lombar.** Disponível em: <www.iremt.com.br/info_paciente/lombalgia.htm>. Acesso em 10 de fevereiro de 2007.

KLIPPEL, J.H.; DIPPE, P.A. **Low Back Pain.** Cd-rom Rheumatology. 2ª Edição. London: Mosby, 1998.

LOEWENSON R.; BIOCCA M.; LAURELL A.C.; HOGSTEDT C. **Participatory approaches in occupational health research: a review.** Méd. Lav.(86):263-71, 1995.

LOMBALGIA. Disponível em: <<http://www.agendasauade.com.br/enciclo.asp?mostrar=Lombalgia>>. Acesso em 23 de dez de 2006.

MARINZECK, F.T.; PHTY, M. et. al. **Avaliação e tratamento de um paciente com dor lombar neurogênica: mobilizando o tecido neural.**

Terapia Manual. Disponível em:
<<http://www.terapiamanual.com.br/br/artigos.php?v=1&pg=artigos/lombarneurolog.htm>>. Acesso em: 05 de fev de 2007.

MELHADO, S.J.C. et. al. **A Lombalgia na Gravidez: Análise entre Gestantes no Último Trimestre da Gestação.** Rev. Femina. 32(8): 647 - 652, 2004.

PASCHOAL, F.M. **Lombalgias.** Disponível em:
<www.cultura.ufpa.br/ortraum>. Acesso em: 08 de dezembro de 2006.

REVEL, M.; AMOR, B. **Les Sciatiques en dehors de la hernie discale.** Ver. Prat. Paris. 42(5):549-553, 1992.

ROSENTHAL, M. **Lombalgia Aguda.** Disponível em:
<<http://www.geocities.com/quackwatch/lbp.html>>. Acesso em 23 de dezembro de 2006.

RUBIN, R. **A dor da grande maioria.** Disponível em:
<<http://www.unifesp.br/comunicacao/sp/ed08/reports2.htm>>. Acesso em 23 de dezembro de 2006.

SEKIMPI D.K.; TESTA-TAMBELLINI A.M.; TRUNG L.V. **The global economy and occupational health.** Int J Occup Environ Health;(1):76-9, 1995.

SIQUEIRA, A. et. al. **Pesquisa aponta excesso de recursos de diagnóstico e terapêuticos no tratamento de lombalgias agudas.** Disponível em: <<http://www.unifesp.br/comunicacao/jpta/ed133/pesqui0>>. Acesso em 09 de março de 2007.

TOVALIN, H. et. al. **Un Estudio, Basado en la Comunidad, de las Condiciones de Salud Ocupacional en Seis Actividades Industriales.** Ciencia & Trabajo (18), out - dezembro 2005, p. 132 – 139.

VAN DER LINDEN,S.; VALKENBURG,H.A. et. al.**Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis.** Arthritis Rheum, 1984, 27:361.

WHITE, W.B. **Risk of Cardiovascular Events in Patients Receiving Celecoxib: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials.** Am J Cardiol 2007;99:91–98.

WOODWELL, D. **National Ambulatory Medical Care Survey: 1996** Summary. Advance. 295, dez 1997.

YOSHINARI, N.H.; BONFÁ, L.S.D.O. **Reumatologia para o Clínico.** 1ª Edição. São Paulo: Roca, 2000, p. 197.

APÊNDICE A: CARTA DE ACEITE

Eu, **FERNANDO MENDES PASCHOAL**, aceito orientar o Trabalho de Conclusão de Curso – T.C.C do curso de medicina da UFPA, intitulado **“PERFIL DAS LOMBALGIAS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL HUMBERTO MARADEI PEREIRA NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2006”**, que será desenvolvido pela doutorando **ALBER PESSOA FIGUEIREDO**, comprometendo-me a dedicar o tempo mínimo de 2 (duas) horas semanais para o acompanhamento de cada doutorando sob minha orientação, assim como, de participar da defesa do trabalho como membro convidado, devendo presidir a banca examinadora.

Informo também, ter ciência que a orientação deverá estar de acordo com o manual das orientações para apresentação do TCC (disponível na biblioteca do C.C.S/UFPA) e que, na eventual ocorrência de algum fato que prejudique o processo de orientação, o mesmo deverá ser formalmente comunicado a coordenação do TCC.

Belém, 14 de janeiro de 2007.

Assinatura

APÊNDICE B: CADASTRO DO ORIENTADOR

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: Fernando Mendes Paschoal Sexo: Masculino
Profissão:Médico Data de nascimento: 15/03/44
Endereço Residencial: Av. Vinte e Cinco de Setembro, 1485
Bairro: Marco CEP: 66093-000
Cidade: Belém Fone:3236-2111
E-mail: paschoal@ufpa.br Celular:8119-9107
Local de trabalho: Universidade Federal do Pará
Função: Servidor Público Cargo: Professor Associado
Endereço: Av. Generalíssimo Deodoro, praça Camilo Salgado - CCS
Bairro:Umarizal CEP: 66000-000 Cidade: Belém
Fone: 3201-6837

II – FORMAÇÃO ACADÊMICA:

1 – Graduação: Medicina Ano: 1972 IES: UFPA
2 – Residência Médica: Ortopedia e Traumatologia Ano: 1975 IES: Hosp. dos
Servidores do RJ
3 – Mestrado: Bioengenharia Ano: 1990 IES: USP-RP
4 – Doutorado: Ortopedia e Traumatologia Ano: 1999 IES: USP-RP

III - ÁREA DE CONHECIMENTO E/OU PESQUISA:

Ciências da Saúde

Belém, 14 de janeiro de 2007.

Assinatura: _____

Coordenação: _____

APÊNDICE C: INSCRIÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Título: PERFIL DAS LOMBALGIAS DOS PACIENTES ATENDIDOS NO HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL HUMBERTO MARADEI PEREIRA NO PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2006

Autor(es):	Matrícula
Alber Pessoa Figueiredo	0104011801

Orientador (es):	Instituição
Fernando Mendes Paschoal	UFPA

Área do conhecimento onde será realizado o TCC:
Ciências da Saúde

Local/instituição onde será desenvolvido:
Hospital Pronto Socorro Municipal Humberto Maradei Pereira

Belém, 14 de janeiro de 2007.

Assinatura:

Aprovado em reunião da Comissão de TCC realizado em ____/____/____

Coordenação: _____

**ANEXO A: DECLARAÇÃO DO HOSPITAL PRONTO SOCORRO
MUNICIPAL HUMBERTO MARADEI PEREIRA**

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO MUNICIPAL - HMP
COORDENAÇÃO DE GESTÃO DO TRABALHO E DE PESSOAS
SETOR DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

Memo nº 006 / 2007 HPSM-HMP

Belém, 19 de janeiro de 2007

**DE: SETOR DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO / HPSM-HMP
PARA: CONTAS MÉDICAS**

Conforme deliberação da Direção deste HPSM-HMP estamos encaminhando pedido de autorização para a coleta solicitada pelo discente de Medicina da UFPA, Alber Pessoa de Figueiredo, sobre a coleta de dados para elaboração de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado **PERFIL DAS LOMBALGIAS ATENDIDAS NO HPSM DO GUAMÁ, NO PERÍODO DE NOVEMBRO DE 2006 A MAIO DE 2007**, orientado, pelo Prof. Dr. Fernando Mendes Pascoal. Informamos que o acadêmico em questão precisa ter acesso aos dados dos Boletins de Emergência deste hospital no período acima mencionado.

Na certeza de sua colaboração, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,


Elizabete Morais Carnivale
Coordenadora de Gestão de Pessoas


Laércio Augusto e Silva
Diretor de HPSM - HMP
CIC: 237.766.502-06



Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA
Rua São Miguel 100 - Guama - CEP 66075-250 - Belém-PA
Fone: (91) 326-4000 - Fax: (91) 326-4001 e 326-4002
postar@saude.belem.pa.gov.br

ANEXO B: FORMAS ANATÔMICAS DE HÉRNIA DISCAL / FORMAS ANATÔMICAS DE ESTENOSE DO CANAL LOMBAR

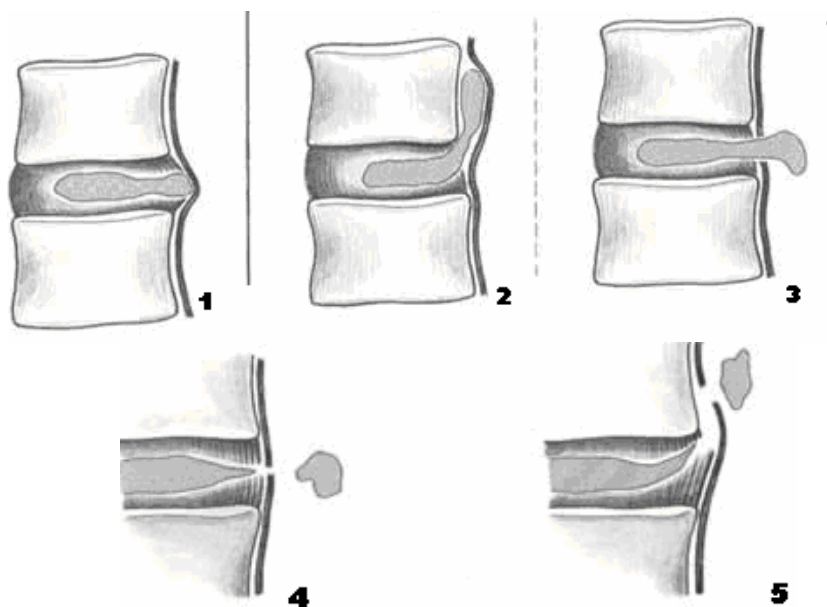


Figura 7: Hérnias Discais. Em 1: subligamentar. Em 2: migrada. Em 3: extraligamentar. Em 4 e 5: exclusiva.

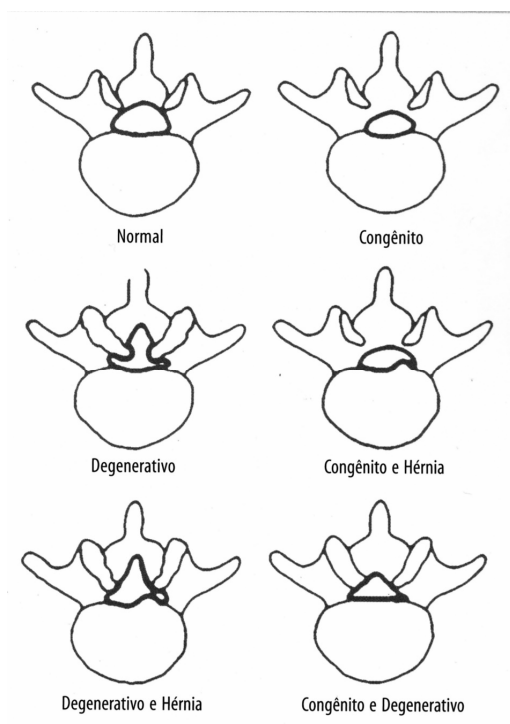


Figura 8: Estenose do canal lombar

ANEXO C: TOPOGRAFIA DAS RADICULOGIAS DOS MEMBROS INFERIORES

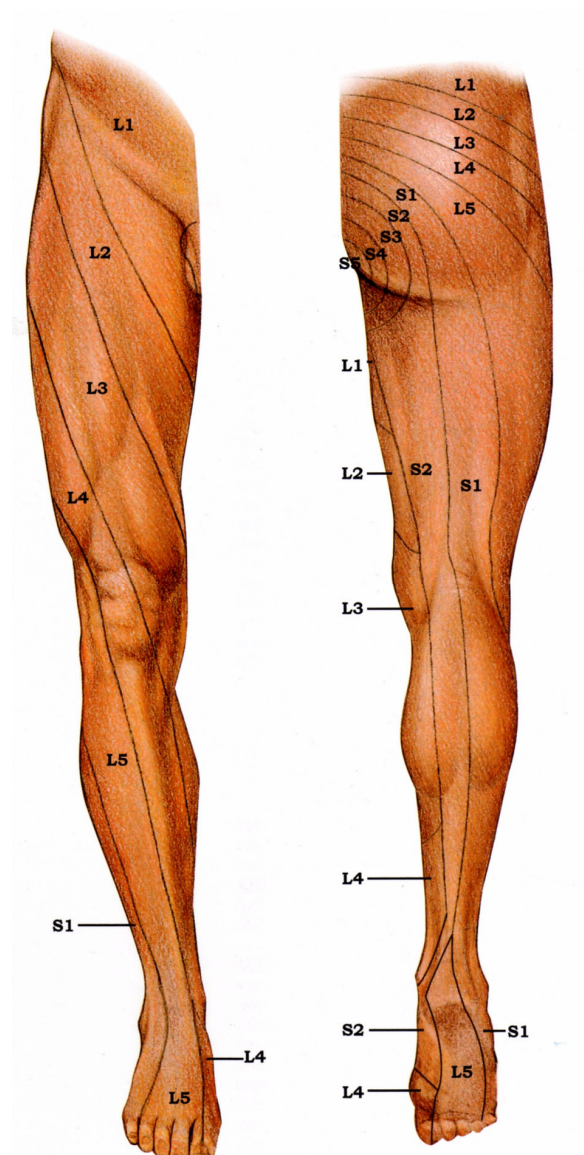


Figura 9: Trajetos radiculares dos membros inferiores.