



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O
DESENVOLVIMENTO
DO RIO GRANDE DO NORTE

Relatório Técnico Supervisionado

Aluna: Daniela Alexsandra Serpa e Silva

NATAL/RN
2012

DANIELA ALEXSANDRA SERPA E SILVA

**Técnicas de terapias manuais utilizadas na abordagem fisioterápicas
nas cervicalgias de origem musculoesquelética**

Relatório técnico apresentado como
conclusão do curso de
especializaçãoem Terapia Manual
na área de Fisioterapia

Orientadora:
Lilian Lira Lisboa

NATAL/RN
2012

INTRODUÇÃO

A cervicalgia se caracteriza pela dor ao nível da coluna cervical. Konoplich (2003) ressalta que a dor na região cervical é resultante de uma agressão às raízes nervosas por inflamação, trauma, infecção, tumor ou compressão contínua ou intermitente da raiz nervosa. Ele ainda agrupa três locais de agressão do nervo: na origem medular ou nas meninges, por compressão e a compressão do feixe vâsculo-nervoso, mais à distância, na região cervicotorácica.

Conforme Merskey, (1994) e Bogduk (2003), a cervicalgia é a dor percebida na região limitada por uma linha traçada na nuca, margens do pescoço e aos arredores do processo espinhoso de T1. Bogduk (2003), ainda complementa dizendo que não implica que a origem da dor esteja nessa delimitação de área.

De acordo com Ferrari e Russel (2003), grande parte das dores cervicais não é conferida a uma lesão ou doença específica e sim classificada como reumatismo do tecido mole ou cervicalgia muscular, postural ou mecânica.

De acordo com a Sociedade Brasileira do Estudo da Dor (SBED), anualmente, a cervicalgia afeta entre 30 e 50% da população geral, 15% da população experimentarão cervicalgia crônica (>3 meses) em algum momento de suas vidas. A maior prevalência ocorre em doentes de meia idade, e as mulheres são mais afetadas que os homens. Os fatores de riscos incluem o trabalho repetitivo, longos períodos de flexão cervical, estresse aumentado no trabalho, fumo e traumatismos prévios do pescoço e ombros (OLIVEIRA, 2010).

A cervicalgia é uma síndrome dolorosa regional que acomete, ou acometerá 55% da população em algum momento. Estima-se que 12% das mulheres e 9% dos homens apresentem cervicalgia crônica. Os idosos, indivíduos tensos, trabalhadores braçais ou sujeitos que executam atividades adotando posturas prejudiciais estão mais propensos a desenvolvê-la. (TEIXEIRA, 2001). Para Pericé et al (1989) a dor na região cervical é a segunda causa de

consultas em reumatologia e medicina geral, ficando atrás somente de dores na região lombar. Entre a faixa etária de 25 a 29 anos, aproximadamente 25 a 30% da população sofre uma ou mais crises. Após os 45 anos de idade a frequência da dor cervical eleva a 50%. Essas crises duram em média de 1 (um) a 4 (quatro) dias, e geralmente não apresenta alto nível de dor (BERKOW; BEERS, 2001).

As disfunções somáticas vertebrais podem ser classificadas em lesão osteopática em FRS onde a vértebra estará em flexão, rotação e inclinação para o mesmo lado, articulação está fixa em divergência do lado oposto à posterioridade, estará fixa por um espasmo do intertransversário e do transversos espinhoso e por uma protusão do disco intervertebral. Já a lesão osteopática em ERS a vértebra estará em extensão, rotação e inclinação lateral para o mesmo lado; a faceta articular estará fixa em convergência do mesmo lado da posterioridade, a lesão está fixa por um espasmo do intertransversário e do transversos espinhoso.

Mobilização é o termo reservado a todas as manobras que consistem em mobilizar diversas vezes seguidas, de forma passiva e lenta, uma articulação ou um segmento vertebral, a partir de uma determinada posição, até alcançar um estado de tensão, isto é, até encontrar resistência ao final do movimento.

As manipulações aplica-se unicamente às manobras que utilizam uma impulsão (thrust) extremamente rápida e muito precisa sobre uma articulação ou um segmento vertebral, parcialmente bloqueado no início do estado de tensão; já as técnicas para partes moles que podem ser utilizados técnica de Jones alongamentos e pompagens.

A Fisioterapia vem encarando a questão em suas diversas formas de abordagem terapêutica na tentativa de tratar, minimizar e prevenir este problema. As algias na região cervical por ser uma região nobre com características específicas na dinâmica de seu funcionamento requerem cuidado específico nas formas de abordagem e de utilização das técnicas manuais.

Diante de tais informações, este trabalho tem o intuito de ampliar o conhecimento referente as queixas apresentada pelos pacientes, visando traçar um plano de tratamento satisfatório melhorando as suas atividades em seu ambiente de trabalho livre de dores e limitações.

ATIVIDADE PRÁTICA:

O objetivo do relatório técnico é por em prática o aprendizado das técnicas e fundamentos aprendidos no curso de pós-graduação em terapia manual.

A prática supervisionada teve a duração de um mês (setembro de 2011), realizados nas terças e quintas, das 08 às 12hs. Foram atendidos 04 militares(02 homens e 02 mulheres), no Hospital Central Cel. Pedro Germano, localizado na Av. prudente de Moraes, Bairro Tirol.

MATERIAL E MÉTODO

Foram atendidos 04 pacientes militares com queixas de cervicalgia. Foram feitas coleta de dados (anamnese, exame físico com testes específicos) e foi utilizado como base a ficha escala de desconforto corporal. Realizado inspeção estática (vista anterior, vista lateral e vista posterior), inspeção dinâmica (flexão, extensão, inclinação lateral e rotação da região cervical) e palpação das estruturas musculares e vértebras cervicais.

Paciente 1- M.S.S, sexo feminino, idade 30 anos, solteira, policial militar, enfermeirado hospital da polícia, faz musculação 2 vezes na semana. Os atendimentos foram realizados nos dias 06, 13, 20 e 27 de setembro, sessões com 40 minutos de duração. A queixa principal da paciente é cervicalgia há mais ou menos 05 anos, relatou histórico de acidente (atropelamento) no mesmo período procurou atendimento médico, porém apresentou há 02 anos atrás uma nova crise, onde foi necessário a utilização de colar cervical, medicação e fisioterapia.

No momento da avaliação levando como referencial a escala progressiva de avaliação de desconforto corporal (1- nenhum desconforto/dor, 2- algum desconforto/dor, 3- moderado desconforto/dor, 4- bastante desconforto/dor, 5- intolerável desconforto/dor). A paciente quantificou a nível de tronco intensidade 04 para o pescoço, 04 para região cervical, 04 costas-superior, 02 costas-médio, 03 costas-inferior, 03 bacia, lado esquerdo: 02 ombro, 01- braço, cotovelo, antebraço, punho, mão, coxa e perna. Lado direito: 04- ombro, 01 braço, cotovelo, antebraço, punho, mão, 02- coxa e perna. Relacionado a problemas músculo esquelético a mesma relatou que nos últimos 12 meses deixou de realizar suas atividades normais (no trabalho, em casa, lazer), por causa dos incômodos nas regiões do pescoço, ombros, costas superior. Como 08 a intensidade de sua dor (pontadas e ardência), fatores que pioram os sintomas é dirigir, melhorando quando a mesma fica em repouso.

Durante o exame físico foram observados na vista anterior inclinação da cabeça para o lado esquerdo, assimetria de clavícula, na vista lateral foram observados extensão da região cervical, elevação do queixo e aplanamento da região torácica, na vista posterior inclinação da cabeça para o lado esquerdo.

Durante a inspeção dinâmica foram observados na região cervical limitações para flexão e dor ao realizar rotação e inclinação para o lado direito, na palpação foram observados tensionamento dos músculos esternocleidomastoideo, escalenos, trapézio.

Apresentou nos testes específicos, palpação da artéria vertebral, Esclerótomo doloroso em C₃(processo espinhoso), QuickScanning, teste de Mitchel., vértebras C₃ encontravam-se em ERS a esquerda.

Conduta aplicada inicialmente técnica de inibição dos músculos tensionados (suboccipitais esternocleidomastoideo, escalenos, rombóides e trapézio, , Trurst

para vértebras cervicais C₃, encontravam-se em ERS a esquerda, manipulação da clavícula esquerda elevada, Trurst para as vértebras torácicas T₃T₈ (vértebras em extensão), alongamentos com sustentação de 60 segundo (músculos anteriores, laterais e posteriores do pescoço) e Pompagens.

Foi feito uma nova entrevista com a paciente após os atendimentos utilizando como referência a escala de avaliação de desconforto corporal (mesmo procedimento utilizado antes dos atendimentos).

Fazendo o comparativo da escala de avaliação corporal inicial com a final, a paciente apresentou diminuição da intensidade de desconforto a nível de troncointensidade 02 para o pescoço, 02 para região cervical, 02 costas-superior, 01 costas-médio, 01 costas-inferior,lado esquerdo: 01 ombro, 01-braço, as demais regiões corporais foram mantidas.

Paciente 2- A.C.S, sexo masculino, idade 42 anos, casado, policial militar, segundo grau completo, trabalha no setor de faturamento no hospital da polícia, sedentário. Os atendimentos foram realizados nos dias 08, 15, 22 e 29 de setembro, sessões com 40 minutos de duração. A queixa principal do paciente é cervicalgia há mais ou menos 10 anos, relatou histórico de enxaqueca e acidente (queda leve de moto há 06 anos atrás) procurou atendimento médico, porém apresentou há 03 anos atrás uma nova crise, não procurou atendimento e se automedicou (tomou dorflex). No momento da avaliação levando como referencial a escala progressiva de avaliação de desconforto corporal (1- nenhum desconforto/dor, 2- algum desconforto/dor, 3- moderado desconforto/dor, 4- bastante desconforto/dor, 5- intolerável desconforto/dor). A paciente quantificou à nível de tronco intensidade 03 para o pescoço, 03 para região cervical, 03- costas-superior, 02- costas-médio, 03- costas-inferior, 02- bacia, lado esquerdo: 03- ombro, 02- braço, 03- cotovelo, 03- antebraço, 02- punho, 03- mão, 02- coxa e 03- perna. Lado direito: 02- ombro, 02 braço, 01-cotovelo, 03- antebraço, 01- punho, 02- mão, 02- coxa e 02- perna. No momento da avaliação levando como referencial a escala da dor (0-10), a paciente quantificou como 07 a intensidade de sua dor (começa na nuca e vai para os ombros), fatores que pioram os sintomas são os movimentos de extensão e flexão do pescoço, melhorando quando o mesmo alonga a cervical.

Durante o exame físico foram observados na vista anterior inclinação da cabeça para o lado direito e rotação da cabeça para o lado esquerdo; assimetria de ombro (esquerdo mais elevado que o direito) na vista lateral foram observados flexão da região cervical, elevação do queixo e anteriorização da cabeça e hipercifose torácica, na vista posterior inclinação da cabeça para o lado direito.

Durante a inspeção dinâmica foram observados limitações de flexão da cervical (não consegue encostar o queixo no esterno) e inclinação para o lado esquerdo na região cervical, na palpação foram observados tensionamento dos músculos esternocleidomastóideo, escalenos, trapézio.

Apresentou nos testes específicos, palpação da artéria vertebral, Esclerótomo doloroso em C₄, T₄ e T₈(processo espinhoso),

QuickScanning, teste de Mitchel., vértebras C₄ encontravam-se em ERS a esquerda.

Conduta aplicada inicialmente técnica de inibição dos músculostensionados (suboccipitais esternocleidomastodeo, escalenos, rombóides e trapézio, manipulação da cervical alta após teste de Klein, pois o mesmo apresentava cêndilo posterior e manipulação do cêndilo posterior, Trurst para vértebras cervicais C₄, encontravam-se em ERS a esquerda, manipulação da clavícula direita elevada, Trurst para as vértebras torácicas T₄T₈ (vértebras em flexão), alongamentos com sustentação de 60 segundo (músculos anteriores, laterais e posteriores do pescoço) e Pompagens.

Foi feito uma nova entrevista com a paciente após os atendimentos utilizando como referência a escala de avaliação de desconforto corporal (mesmo procedimento utilizado antes dos atendimentos).

Fazendo o comparativo da escala de avaliação corporal inicial com a final, a paciente apresentou diminuição da intensidade de desconforto a nível de tronco intensidade 02 para o pescoço, 02 para região cervical, 02 costas-superior, 02 costas-médio, 02 costas-inferior, lado esquerdo: 01 ombro, 01-braço, as demais regiões corporais foram mantidas.

Paciente 3- G M C, sexo masculino, idade 31 anos, casado, policial militar, segundo grau completo, trabalha no setor de faturamento no hospital da polícia, pratica corrida leves(trotes) três vezes ao dia.Os atendimentos foram realizados nos dias 06, 13, 20 e 27 de setembro, sessões com 40 minutos de duração. A queixa principal do paciente é cervicalgia há mais ou menos 10 anos, relatou histórico de enxaqueca e acidente (queda leve de moto há 06 anos atrás) procurou atendimento médico, porém apresentou há 03 anos atrás uma nova crise, não procurou atendimento e se automedicou (tomou dorflex) No momento da avaliação levando como referencial a escala da dor (0-10), o paciente quantificou como 07 a intensidade de sua dor (começa na nuca e vai para os ombros), fatores que pioram os sintomas são os movimentos de extensão e flexão do pescoço, melhorando quando o mesmo alonga a cervical.

No momento da avaliação levando como referencial a escala progressiva de avaliação de desconforto corporal (1- nenhum desconforto/dor, 2- algum desconforto/dor, 3- moderado desconforto/dor, 4- bastante desconforto/dor, 5- intolerável desconforto/dor). A paciente quantificou intensidade 04 para o pescoço, 04 para região cervical, 03 costas-superior, 03 costas-médio, 03 costas-inferior, 02 bacia, lado esquerdo: 01 ombro, 01- braço, 04- cotovelo, 01- antebraço, punho, mão, coxa e 02-perna. Lado direito: 02- ombro, 01 braço, 04- cotovelo, 01- antebraço, punho, mão, 02- coxa e 02- perna. Relacionado a problemas músculo esquelético a mesma relatou que nos últimos 12 meses deixou de realizar suas atividades normais (no trabalho, em casa, lazer),

Durante o exame físico foram observados na vista anterior inclinação da cabeça para o lado direito e rotação da cabeça para o lado esquerdo; discreta assimetria de ombro (direito mais elevado que o esquerdo) na vista lateral foram observados extensão da região cervical, elevação do queixo, na vista posterior inclinação da cabeça para o lado direito.

Durante a inspeção dinâmica foram observados limitações de flexão da cabeça e inclinação para o lado esquerdo na região cervical, na palpação foram observados tensionamento dos músculos esternocleidomastoideo, escalenos, trapézio e rombóides.

Apresentou nos testes específicos, palpação da artéria vertebral, Esclerótomo doloroso em C₂ e C₃(processo espinhoso),

QuickScanning, teste de Mitchel., vértebras C₃ encontravam-se em ERS a direita.

Conduta aplicada inicialmente técnica de inibição dos músculos tensionados (suboccipitais esternocleidomastoideo, escalenos, rombóides e trapézio, manipulação da cervical alta após teste de Klein, pois o mesmo apresentava côndilo posterior e manipulação da cervical alta, Trurst para vértebras cervicais C₃, encontrava-se em ERS a direita, Trurst para as vértebras torácicas T₄T₉ (vértebras em flexão), alongamentos com sustentação de 60 segundo (músculos anteriores, laterais e posteriores do pescoço) e Pompagens.

Foi feito uma nova entrevista com a paciente após os atendimentos utilizando como referência a escala de avaliação de desconforto corporal (mesmo procedimento utilizado antes dos atendimentos).

Fazendo o comparativo da escala de avaliação corporal inicial com a final, a paciente apresentou diminuição da intensidade de desconforto a nível de tronco intensidade 01 para o pescoço, 01 para região cervical, 02 costas-superior, 02 costas-médio, 02 costas-inferior, lado esquerdo: 01 ombro, 01-braço, as demais regiões corporais foram mantidas.

Paciente 4- J D R S, sexo feminino, idade 31 anos, solteira, policial militar, terceiro grau completo, trabalha no setor de laboratório no hospital da polícia, pratica musculação duas vezes ao dia. Os atendimentos foram realizados nos dias 08, 15, 22 e 29 de setembro, sessões com 40 minutos de duração. A queixa principal do paciente é cervicalgia (pontadas e ardência) há mais ou menos 05 anos, relatou histórico de dores na região torácica (região posterior), procurou atendimento médico, feito RX da região cervical e torácica, entretanto segundo informações da paciente, o médico relatou que ela não tinha nenhuma alteração. Sua dor (começa na nuca e vai para os ombros), fatores que pioram os sintomas é ficar muito tempo no computador e ao realizar extensão da cabeça (a mesma relata um choque na região posterior do pescoço), melhorando quando a mesma fica em repouso com apoio nas costas. Durante o exame físico foram observados na vista anterior inclinação da cabeça para o lado esquerdo e rotação da cabeça para o lado direito; na vista lateral foram observados extensão da região cervical, elevação do queixo e hipercifose torácica, na vista posterior inclinação da cabeça para o lado esquerdo.

No momento da avaliação levando como referencial a escala progressiva de avaliação de desconforto corporal, (1- nenhum desconforto/dor, 2- algum desconforto/dor, 3- moderado desconforto/dor, 4- bastante desconforto/dor, 5- intolerável desconforto/dor). A paciente quantificou intensidade 03 para o pescoço, 04 para região cervical, 04 costas-superior, 02 costas-médio, 03 costas-inferior, 03 bacia, lado esquerdo: 02 ombro, 01- braço, cotovelo, antebraço, punho, mão, coxa e perna. Lado direito: 04- ombro, 01 braço, cotovelo, antebraço, punho, mão, 02- coxa e perna. Relacionado a problemas músculo esquelético a mesma relatou que nos últimos 12 meses deixou de realizar suas atividades normais (no trabalho, em casa, lazer). por causa dos incômodos nas regiões do pescoço, ombros, costas superior.

Durante a inspeção dinâmica foram observados na região cervical limitações para flexão e dor ao realizar extensão na região cervical, na palpação foram observados tensionamento dos músculos suboccipitais, esternocleidomastoideo, escalenos, rombóides e trapézio.

Apresentou nos testes específicos, palpação da artéria vertebral, teste de Klein, Esclerótomo doloroso em C₂ e C₄ (processo espinhoso), e no

QuickScanning, teste de Mitchel. Após testes específicos foram observadas cêndilo posteriorizadoa direita, vértebras C₂ e C₄ encontravam-se em ERS a direita.

Apresentou nos testes específicos, palpação da artéria vertebral, teste de Klein, Esclerótomo doloroso em C₂ e C₄ (processo espinhoso), e no QuickScanning, teste de Mitchel. Após testes específicos foram observadas cêndilo posteriorizadoa direita, vértebras C₂ e C₄ encontravam-se em ERS a direita.

Conduta aplicada inicialmente técnica de inibição dos músculostensionados (suboccipitais esternocleidomastodeo, escalenos, rombóides e trapézio, manipulação da cervical alta após teste de Klein, pois mesma apresentava cêndilo posterior, Trurst para vértebras cervicais C₂ e C₄ encontravam-se em ERS a direita, Trurst para as vértebras torácicas T₄T₈ (vértebras em flexão), alongamentos com sustentação de 60 segundo (músculos anteriores, laterais e posteriores do pescoço) e Pompagens.

Foi feito uma nova entrevista com a paciente após os atendimentos utilizando como referência a escala de avaliação de desconforto corporal (mesmo procedimento utilizado antes dos atendimentos).

Fazendo o comparativo da escala de avaliação corporal inicial com a final, a paciente apresentou diminuição da intensidade de desconforto a nível de tronco intensidade 02 para o pescoço, 02 para região cervical, 02 costas-superior, 02 costas-médio, 01 costas-inferior, lado esquerdo: 01 ombro, 01-braço, as demais regiões corporais foram mantidas.

RESULTADOS

utilizado como referência em todos os pacientes (utilizado antes e depois do tratamento), foi observado melhora significativa do quadro de cervicalgia de todos os pacientes analisados

CONCLUSÕES

As técnicas de terapia manual utilizadas apresentaram resultados e eficácia de forma precoce (pacientes relataram melhora significativa logo nas primeiras sessões. Porém essa evolução positiva necessita de manutenção, como a conscientização corporal do paciente, utilizando alguns exercícios, como o treino de estabilização segmentar e dinâmica da coluna cervical e cintura escapular vertebral, em sua vida diária.

REFERÊNCIAS:

- ADAMS, J. C.; HAMBLEN, D. L. **Manual de ortopedia**. 11. ed. Porto Alegre,RS: Artes Médicas, 1994.
- ANDERSEN, J. H; KAERGARD, A.; MIKEELSEN, S.; JENSEN, U. F.; FAALLENIN, N.; THONSM, J. F. **Risk factors in the onset of neck/shoulder pain in a prospective study of workers in industrial and service companies**. *Occup Environ Med*, v. 60, 2003. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em 22/09/ 2011
- ANDERSON, W.; ARONSON, D. D.; BERRY, D. J. **Tratamento da doenças do sistema musculoesquelético**. 6 ed. São Paulo: Manole, 2000.
- ARANHA, S. F.; PERNAMBUCO, R. A. **Diagnóstico diferencial das cervicalgias**. CERIR. Disponível em: <http://www.cerir.or.br/revistas/março2001/cervi.htm>. Acesso em outubro. 2011.
- BERKOW, R.; BEERS, M. H. **Manual Merck de medicina: diagnóstico e tratamento**. 17 ed. São Paulo: Rocca, 2001.
- BIENFAIT, M. **Os desequilíbrios estáticos: fisiologia, patologia e tratamentofisioterápico**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1995.
- BOGDUK, N. The anatomy and pathophysiology of neck pain. **Phys Med Rehabil Clin n Am** v, 14, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em 25/09/ 2011.
- FERRARI, R.; RUSSELL, A. Regional **Musculoskeletal Conditions: Neck Pain**. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, v. 17, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Acesso em 09/10/2011.
- FILHO, S. B. S.; BARRETO, S. M. **Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões dentistas de Belo Horizonte, MinasGerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios ósteomusculares relacionados ao trabalho**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, 2001.; Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/esp/v17ni/0474.pdf>>. Acesso em 09/10/2011.
- KISNER, C. **Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas**, 4 ed. Manole; 2005.
- KNOPLICH, J. **Enfermidades da coluna vertebral**. 3.ed. São Paulo: Robe editorial, 2003.

LE CORRE F & RAGEOT E. **Atlas prático de osteopatia**. Ed artmed
WWW.escoladeterapiamaneu.com.br-acesso em 22/09/2011.

MERSKEY, H.; BOGDEUK, N. **Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definition of pain terms**. IASP Press, Seattle, 2 ed, 1994. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Acesso em 26 de set. 2011.

OLIVER, J.; MIDDLEDITCH A. **Anatomia funcional da coluna vertebral**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. OMS 2005/2006. **História da medicina**. Fonte:<http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%Bade> acesso em 26 set.. 2011.

PERICÉ, R. V.; RIAMBAU, O. C.; PALOMA, S. C.; SAÑUDO TEJERO, J. R. **Órtese e prótese do aparelho locomotor: coluna vertebral**. São Paulo: Santos, 1989.

TEIXEIRA, T. B. F.; YENG, L. T.; HAMANI, C.; TEIXEIRA, W. G. J. **Cervicalgia cervicalgia**. 2001. Disponível em: http://www.revistademedicina.com.br/Artigos/80s_18.pdf Acesso em 09/10/2011.

TEIXEIRA, W. G.; J. TEIXEIRA; SANTOS; F. P. S.; ANDRADE, D. C. A.; BEZERRA; S. L.; FIGUEIRÓ; J. B.; OKADA; M. **A epidemiologia clínica da Dor músculo esquelética**. 2001. Disponível em :http://www.Revistademedicinacom.br/Artigos/80s_01.pdf Acesso em: 8 set..2011

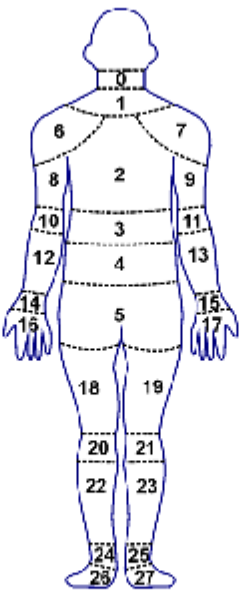
ANEXO:

Escala de avaliação de desconforto corporal

Por favor, marque a região (segmento) do diagrama do corpo humano abaixo onde você sente desconforto/dor. Em seguida, tome como base a escala progressiva de desconforto/dor (abaixo) e assinale o número que você acha correspondente ao grau de intensidade sentido deste desconforto/dor (marque com um **X** ou **✓**). Por favor, mesmo que você não tenha tido problemas em qualquer parte do corpo, marque como o grau de intensidade "1" (nenhum desconforto/dor).

Intensidade				
1	2	3	4	5
↑ Nenhum desconforto/ dor	↑ Algum desconforto/ dor	↑ Moderado desconforto/ dor	↑ Bastante desconforto/ dor	↑ Intolerável desconforto/ dor
Escala progressiva de desconforto/dor				

Tronco					
Pescoço (0) 12345			Costas-médio (3) 12345		
Região cervical (1) 12345			Costas-inferior (4) 12345		
Costas-superior (2) 12345			Bacia (5) 12345		

Lado esquerdo	Mapa de regiões corporais	Lado direito
Ombro (6) 12345		Ombro (7) 12345
Braço(8) 12345		Braço(9) 12345
Cotovelo (10) 12345		Cotovelo (11) 12345
Antebraço (12) 12345		Antebraço (13) 12345
Punho (14) 12345		Punho (15) 12345
Mão (16) 12345		Mão (17) 12345
Coxa (18) 12345		Coxa (19) 12345
Perna (20, 22, 24, 26) 12345		Perna (21, 23, 25, 27) 12345

Problemas músculo esqueléticos.

<i>Você já teve qualquer incômodo, como dor, desconforto, entorpecimento, nos últimos 30 dias, nas regiões do corpo mencionadas abaixo ?</i>	<i>Você já teve qualquer incômodo, como dor, desconforto, entorpecimento, nos últimos 12 meses, nas regiões do corpo mencionadas abaixo?</i>	<i>Nos últimos 12 meses você deixou de realizar suas atividades normais (no trabalho, em casa, lazer), por causa de incômodos nas regiões do corpo mencionadas abaixo?</i>
1. Cabeça não sim ☐ ☐	1. Cabeça não sim ☐ ☐	1. Cabeça não sim ☐ ☐
2. Olhos (ambos/cada) não sim ☐ ☐	2. Olhos (ambos/cada) não sim ☐ ☐	2. Olhos (ambos/cada) não sim ☐ ☐
3. Pescoço não sim ☐ ☐	3. Pescoço não sim ☐ ☐	3. Pescoço não sim ☐ ☐
4. Ombros não sim ☐ ☐ no ombro direito ☐ no ombro esquerdo ☐ em ambos	4. Ombros não sim ☐ ☐ no ombro direito ☐ no ombro esquerdo ☐ em ambos	4. Ombros (ambos/cada) não sim ☐ ☐
5. Cotovelos não sim ☐ ☐ no cotovelo direito ☐ no cotovelo esquerdo ☐ em ambos	5. Cotovelos não sim ☐ ☐ no cotovelo direito ☐ no cotovelo esquerdo ☐ em ambos	5. Cotovelos (ambos/cada) não sim ☐ ☐
6 Punho /mãos não sim ☐ ☐ no punho/mão direito ☐ no punho/mão esquerdo ☐ em ambos	6. Punho/mãos não sim ☐ ☐ no punho/mão direito ☐ no punho/mão esquerdo ☐ em ambos	6. Punho /mãos (ambos/cada) não sim ☐ ☐
7. Costa superior (dorsal) não sim ☐ ☐	7. Costa superior (dorsal) não sim ☐ ☐	7. Costa superior (dorsal) não sim ☐ ☐
8. Costa inferior (lombar) não sim ☐ ☐	8. Costa inferior (lombar) não sim ☐ ☐	8. Costa inferior (lombar) não sim ☐ ☐
9. Quadril/nádega não sim ☐ ☐	9. Quadril/nádega não sim ☐ ☐	9. Quadril/nádega não sim ☐ ☐
10. Uma ou ambas coxas não sim ☐ ☐	10. Uma ou ambas coxas não sim ☐ ☐	10. Uma ou ambas coxas não sim ☐ ☐
11. Uma ou ambas pernas não sim ☐ ☐	11. Uma ou ambas pernas não sim ☐ ☐	11. Uma ou ambas pernas não sim ☐ ☐

