

FREQUÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS À FISIOTERAPIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL DE PÓS-OPERATORIO DE PATOLOGIAS ORTOPÉDICAS

Miriã dos Santos Nascimento¹

Marco Antonio de Araujo¹

Eduardo Filoni²

RESUMO: Atualmente na literatura encontramos diversos benefícios para pacientes que são submetidos à fisioterapia imediata após procedimentos cirúrgicos relacionados à ortopedia, com isto o objetivo deste trabalho foi verificar a frequência de pacientes ortopédicos submetidos a fisioterapia ainda no ambiente hospitalar. O índice de indicação médica para fisioterapia após alta e o intervalo entre a indicação médica e o início do tratamento junto a um fisioterapeuta. A amostra foi composta por 25 pacientes, onde foi constatado que 11 pacientes tiveram acesso a fisioterapia ainda no ambiente hospitalar, que 3 não receberam indicação médica para fisioterapia após a alta hospitalar e que o intervalo entre o procedimento cirúrgico e o início do tratamento fisioterapêutico chegava a até 125 dias, estes dados variam de acordo com o serviço de saúde procurado.

PALAVRAS-CHAVE: cirurgia ortopédica, fisioterapia, mobilização precoce, serviços de saúde.

FREQUENCY OF PATIENTS UNDERGOING HOSPITAL OUTPATIENT PHYSIOTHERAPY AND POST OPERATIVE ORTHOPEDIC PATHOLOGIES

ABSTRACT: Currently in the literature, we found several benefits for patients who are undergoing physical therapy immediately after surgical procedures related to

¹ Estudante de Fisioterapia da UMC;

² Mestre e Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela UNICAMP. Professor e Coordenador do Curso de Fisioterapia e CST de Radiologia da Universidade Mogi das Cruzes (UMC). Contato: eduardofiloni@umc.br

orthopedics, with this, the objective of this study was to determine the frequency of patients undergoing orthopedic physiotherapy still in hospital, the rate of medical indication for physiotherapy after discharge and the interval between the beginning and the medically indicated treatment from a physiotherapist. The sample consisted of 25 patients, where it was found that 11 patients who still had access to physiotherapy in the hospital environment, that 3 did not receive medical indication for physiotherapy after discharge and that the interval between surgery and the start of physical therapy reached until 125 days. These data vary according to health service sought.

KEYWORDS: orthopedic surgery, physiotherapy, early mobilization, health services.

FREQUÊNCIA DE PACIENTES SUBMETIDOS Á FISIOTERAPIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL DE PÓS-OPERATORIO DE PATOLOGIAS ORTOPÉDICAS

INTRODUÇÃO:

No contexto da biomecânica musculoesquelética, definimos lesão como o dano causado por traumatismo físico ou mecânico sofrido pelos tecidos do corpo. As lesões ortopédicas podem ser traumáticas como, por exemplo, contusões, entorses, fraturas ou as luxações. (MARCOS 2009; OLIVEIRA & BRAGA, 2010).

Um dos métodos de tratamento para as lesões traumáticas ou reumatologias é o processo cirúrgico, que consiste em uma técnica invasiva de correção ou substituição tecidual. Com o volume cirúrgico crescente em nosso serviço, deparamo-nos com o problema da demora no tempo de recuperação dos pacientes operados (VEADO & FLORA, 1994). Esta demora pode ser atribuída a complicações pós-operatórias visto que o trauma tecidual causado por procedimentos cirúrgicos, e a reação inflamatória decorrente deste processo podem causar complicações aos pacientes (FERREIRA & BELEZA, 2007).

Uma das complicações pós-operatórias mais conhecidas é a síndrome do imobilismo, esta síndrome ocorre visto que o período de recuperação pós-cirurgia ortopédica (residencial ou hospitalar) demanda um período de imobilização para recuperação e consolidação do tecido ósseo e muscular, sendo que esse imobilismo, se não receber o tratamento e os cuidados devidos podem acarretar sequelas e limitações físicas e até psicológicas ao paciente (SANTOS, 2007). Como resultado de uma lesão ou cirurgia, a imobilização proporciona alterações bioquímicas e histológicas no tecido periarticular das articulações sinovias, que podem resultar em fibrose das mesma (HUGHESTON, 1985), além disso, a diminuição do movimento articular pode gerar no tecido muscular atrofia fraqueza, além de aumentar a incidência de novas rupturas (SORRENTI, 2006). Estudos experimentais concluem que os tecidos perdem resistência rapidamente em resposta à redução da carga. A recuperação completa da resistência após a

restauração da carga é muito mais lenta e frequentemente incompleta quando indivíduos passam por longos períodos de imobilização (NEUMANN, 2006).

A literatura não indica um padrão estabelecido de método ideal para a reabilitação de pós-operatórios e iniciação de movimentos terapêuticos, visto que movimentos precoces e tardios são recomendados, com relato de sucesso em cada método, entretanto a mensuração das propriedades mecânicas do tecido músculo esquelético consiste em uma ferramenta de grande utilidade, pois por meio dela são fornecidos conhecimentos adicionais relevantes sobre as conseqüentes adaptações e alterações nas diferentes demandas funcionais (LARSON & SIMONIAN, 1995 ; CAIZZO, 2002)

Apesar de existirem poucos protocolos de fisioterapia precoce em pós-operatório ortopédico estudos demonstram diversos benéficos sobre a fisioterapia nestes indivíduos, como uso de crioterapia, termoterapia, TENS, cinesioterapia, exercícios de contrações isométricas, mobilização articular e uso de C.P.M , tendo como resultados: controle de edema, otimização da cicatrização, diminuição do período inflamatório , previne a perda de massa óssea e de massa muscular, evita o aumento da densidade do liquido sinovial, o encurtamento dos tendões , fibrose capsular , além de manter e melhorar a amplitude de movimento , promove o alinhamento correto entre as fibras de colágeno, minimiza a aderência cicatricial entre os tecidos vizinhos, entre outros benefícios que levam o individuo a retornar precocemente às suas atividades de vida diária (MARCOS, 2009; SILVA et.al. 2010; MONTEIRO, 2008; DENIS et.al. 2012 ; PER & RENSTROM, 1999; FARIAS & NETO, 2008; STADNICK & AGUIAR, 2002; MATIAS & BIAZUS, 2012)

Os benefícios adquiridos pela fisioterapia podem desenvolver independência funcional no paciente submetido a cirurgias ortopédicas ainda na fase hospitalar, além de diminuir a fase de internação (OLDMEADOW et.al. 2002), na fase domiciliar é de suma importância que o individuo procure atendimento fisioterapêutico para dar continuidade no trabalho iniciado no hospital para que haja mais sucesso no tratamento, uma vez que os tecidos biológicos reagem ao estresse mecânico que lhes é imposto e a ausência deles pode resultar em respostas adaptativas negativas para a recuperação dos mesmos (MUELLER & MALUF, 2002).

OBJETIVOS

Verificar a frequência de pacientes de pós-operatório ortopédico que tiveram acompanhamento fisioterapêutico durante a fase pós-operatória hospitalar, e após a alta médica, e quanto tempo levou para estes indivíduos iniciarem a fisioterapia ambulatorial.

Comparar o tempo de início das sessões de fisioterapia entre pacientes atendidos pelo sistema público e privado.

Verificar a satisfação dos pacientes sobre o tempo entre o intervalo da cirurgia e o início da fisioterapia ambulatorial.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo descritivo. Foram incluídos neste trabalho indivíduos que tivessem passado por cirurgias ortopédicas por trauma direto ou indireto, correção de defeito congênito, para correção articular por doenças reumatológicas ou reparação tecidual por lesão de uso excessivo, atendidos no ambulatório de fisioterapia da Universidade Mogi das Cruzes – Campos Villa Lobos - SP .

Os critérios de exclusão foram: pacientes que tenham apresentado complicações no procedimento cirúrgico ou que tenham problemas de saúde que possam ter aumentado o período de internação médica ou o período de repouso recomendado, pacientes que não soubessem dizer com precisão pelo menos o mês e o ano dos fatos questionados, questionários que não foram preenchidos na íntegra ou de participantes que não tenham assinado o termo de consentimento livre esclarecido.

Procedimentos:

Foi elaborado um questionário pelo pesquisador, composto por 13 questões, sendo três questões fechadas e nove abertas, os questionários foram distribuídos aos pacientes que tenham se submetido a cirurgias ortopédicas que atendiam aos critérios acima citados. No caso de indivíduos não alfabetizados o questionário foi

aplicado pelo pesquisador em forma de entrevista com o máximo de cuidado para que não houvesse influencia nas respostas.

Após o período de aplicação do questionário foram excluídos os indivíduos que atenderam aos critérios de exclusão, e com os demais foram avaliados e comparados os seguintes itens:

- Tipo de cirurgia
- Instituição responsável pelo procedimento (cirurgia e tratamento ambulatorial)
- Tempo de internação
- Acesso ou não á fisioterapia no período hospitalar
- Indicação médica para fisioterapia ambulatorial
- Início da fisioterapia ambulatorial

RESULTADOS:

Foram entrevistados 31 pacientes sendo que seis foram excluídos dos resultados desta pesquisa visto que os mesmos apresentaram complicações pós-operatórias (sepse, rejeição de materiais cirúrgicos e complicações cardiorrespiratórias), resultando assim em 25 pacientes (contabilizados nos resultados). A média de idade dos pacientes estudados foi de 46,72 anos, sendo 12 indivíduos do sexo feminino e 13 do sexo masculino.

Os pacientes foram divididos conforme a lesão ortopédica que resultou no processo cirúrgico, as classificações foram realizadas de acordo com o relato dos pacientes sobre o procedimento cirúrgico realizado e o membro envolvido no mesmo.

Tabela 1. Classificação de lesões relacionadas ao motivo das cirurgias.

Tipo de lesão relacionada ao processo cirúrgico	Número de pacientes
Artroplastias	5
Correções de mal formação congênitas de MMII	2
Fraturas de MMSS	2
Fraturas de MMII	6

Hérnia de Disco	2
Lesões ligamentares e meniscais de joelhos	4
S.T. C	1
Lesões musculares e ligamentares MMSS	3

Entre os pacientes foram encontradas três instituições responsáveis pelo procedimento cirúrgico (internação hospitalar, cirurgia e alta médica para iniciar fisioterapia).

Tabela 2. Instituições responsáveis pelos processos cirúrgicos.

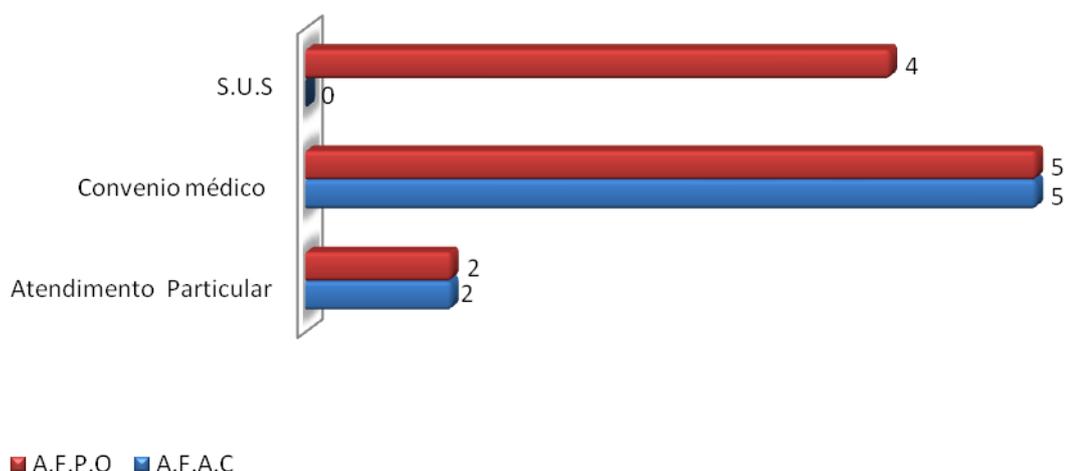
Instituição responsável pelos processos cirúrgicos	Número de pacientes
Atendimento Particular	2
Convênio médico	15
S.U. S	8

Com relação ao período de internação hospitalar para realização da cirurgia foi analisado quantos pacientes foram atendidos ou orientados por um fisioterapeuta antes ou depois do procedimento cirúrgico correlacionando com a instituição responsável pelo processo.

Conforme ilustrado no **Gráfico 1**. O índice de pacientes submetidos à fisioterapia antes e depois da cirurgia não apresenta grandes variações, com exceção dos pacientes do Sistema Único de Saúde (S.U.S.) onde nenhum paciente teve acesso ao atendimento fisioterapêutico durante a internação pré-cirúrgica, em contra partida o serviço particular apresentou o melhor atendimento onde todos os pacientes foram atendidos pela fisioterapia durante a internação antes e depois da cirurgia.

Gráfico1. Pacientes submetidos à fisioterapia durante a internação hospitalar conforme a instituição responsável pelo processo cirúrgico.

Pacientes Submetidos a Fisioterapia Durante a Internação Hospitalar



A.F.A.C. = Atendimento fisioterapêutico antes da cirurgia / A.F.P. O = Atendimento fisioterapêutico pós-operatório.

O tempo médio de internação hospitalar foi de 6,16 dias, sendo o maior período de internação o relacionado à paciente que não tiveram acesso ao atendimento fisioterapêutico durante a internação.

Tabela 3. Comparação entre o tempo médio de internação hospitalar e o acesso ao atendimento fisioterapêutico.

Atendimento fisioterapêutico	Tempo médio de Internação (dias)
Pacientes com acesso a fisioterapia hospitalar	2.3
Pacientes sem acesso a fisioterapia hospitalar	2.7

Após o período de hospitalização foi avaliado quantos pacientes apresentaram indicação médica para o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, dos

25 pacientes entrevistados quatro (16%) não tiveram indicação médica para fisioterapia.

Tabela 4. Pacientes de pós-operatório ortopédico com indicação médica para fisioterapia ambulatorial.

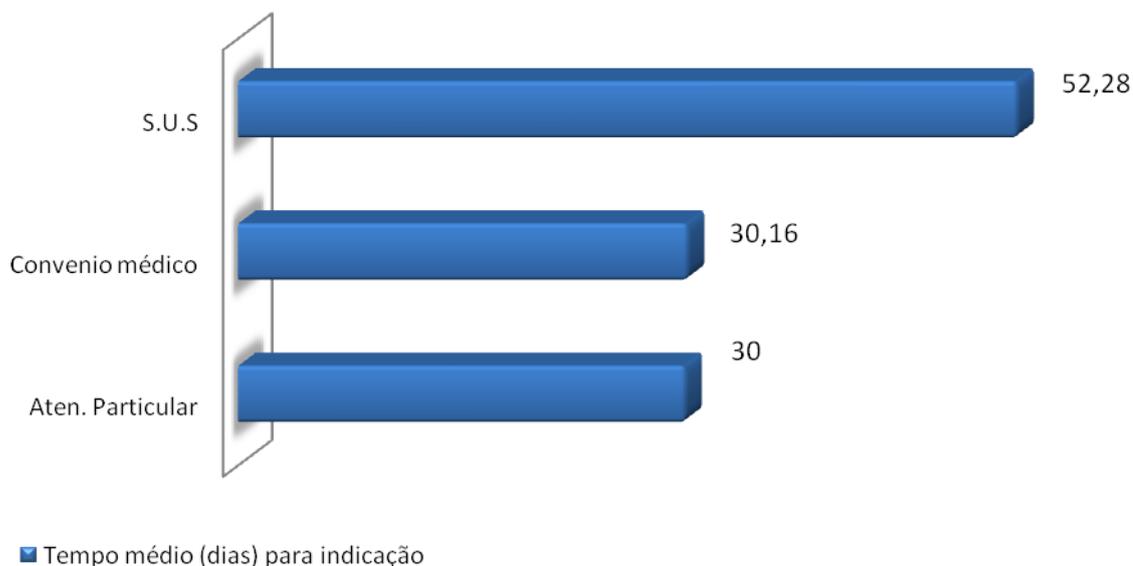
Tipo de lesão relacionada ao processo cirúrgico	Total de Pacientes	Pacientes com Indicação para fisioterapia (%)
Artroplastias	5	100%
Correções de mal formação congênitas de MMII	2	50%
Fratura de MMSS	2	50%
Fraturas de MMII	6	83%
Hérnia de Disco e espondilolistese	2	100%
Lesões ligamentares e meniscais de joelhos	4	100%
S.T.C.	1	100%
Lesões musculares e ligamentares MMSS	3	100%

Com relação aos pacientes indicados pelo médico para atendimento fisioterapêutico após a alta hospitalar, foi avaliado o tempo médio (dias) entre a realização da cirurgia e a indicação médica para iniciar o tratamento fisioterapêutico ambulatorial, a média da amostra foi de 32,12 dias de intervalo.

Os pacientes foram separados conforme a instituição responsável e foi verificado o intervalo de indicação médica equivalente a cada instituição, os resultados estão ilustrados no Gráfico 2 Onde podemos concluir que a indicação médica para tratamento fisioterapêutico no Sistema Único de Saúde é mais lenta relacionada aos outros serviços.

Gráfico 2. Média de dias após a cirurgia para indicação médica para tratamento fisioterapêutico ambulatorial.

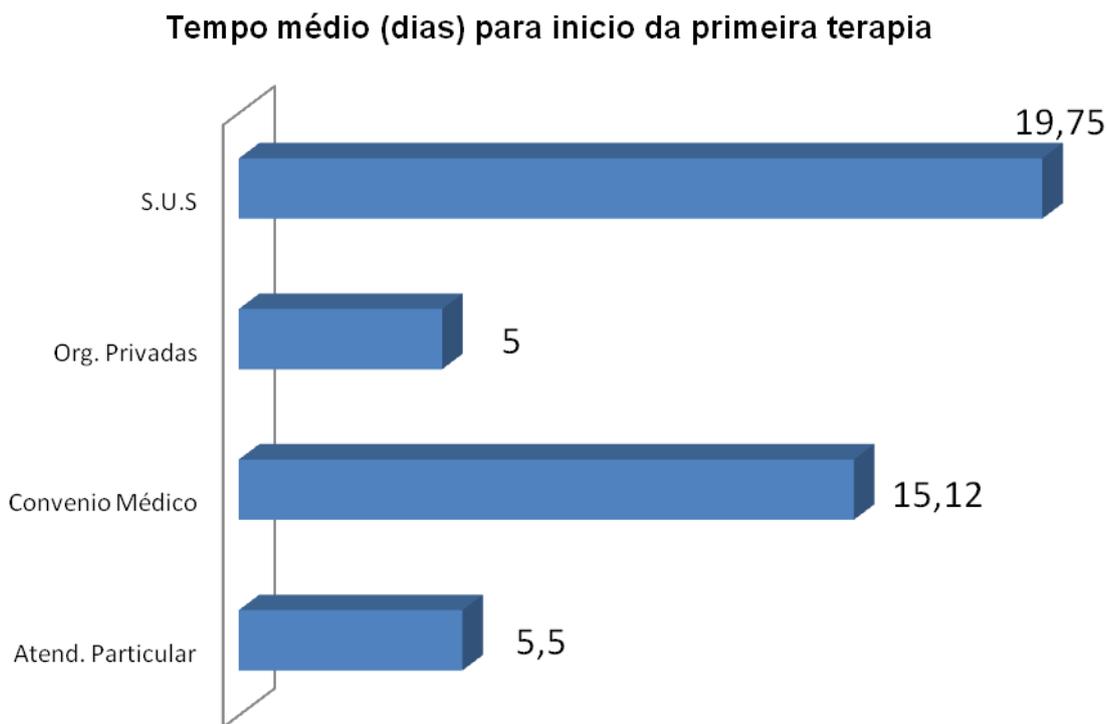
Tempo Médio (dias) para Indicação Médica para Fisioterapia Ambulatorial.



Após a indicação médica foi avaliado o tempo médio (dias) para o início da primeira sessão de fisioterapia conforme a instituição prestadora do serviço, os resultados foram ilustrados através do **Gráfico 3**.

Podemos observar que o intervalo entre a indicação médica e o início do tratamento com um fisioterapeuta foi maior entre os pacientes que buscaram atendimento junto ao Sistema Único de Saúde (S.U.S.) e que o menor intervalo foi sobre os atendimentos realizados em organizações privadas (laboratórios de universidades, atendimentos voluntários, entre outros).

Gráfico 3. Tempo médio (dias) para início do primeiro atendimento fisioterapêutico após a indicação médica conforme instituição responsável.

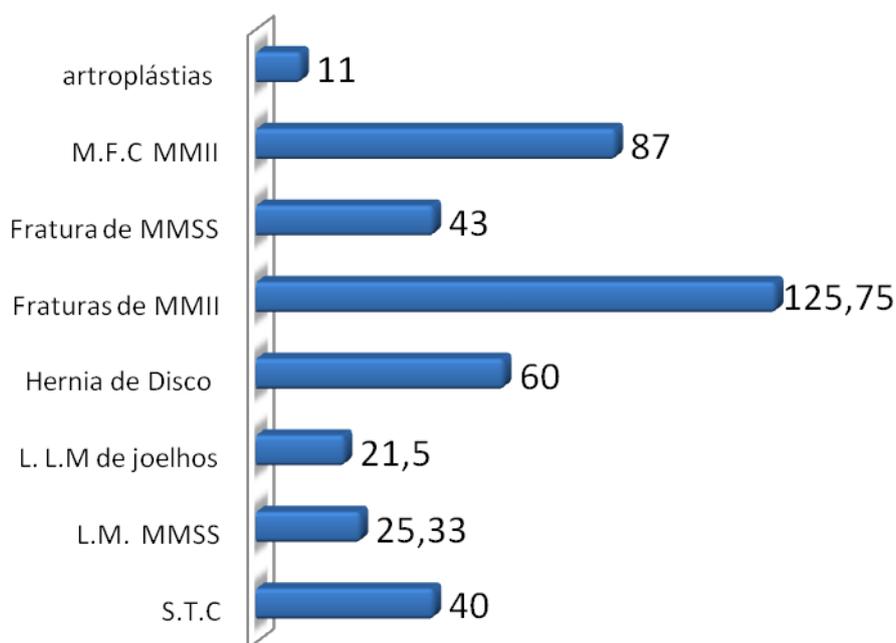


Foi calculado o intervalo total entre o procedimento cirúrgico e o início da primeira sessão de fisioterapia ambulatorial, o valor envolve o intervalo médico para indicação do tratamento fisioterapêutico e o intervalo para a primeira sessão após a indicação médica.

Os resultados foram ilustrados através do **gráfico 4**. Onde podemos observar que o maior intervalo foi o relacionado a cirurgias de fraturas de MMII (125,75 dias) e o menor intervalo encontrado foi o de pacientes submetidos a artroplastia de MMII (11 dias).

Gráfico 4. Média de dias após a cirurgia ortopédica para o início da fisioterapia ambulatorial conforme a lesão relacionada e o tipo de cirurgia.

Média de intervalo (dias) após a cirurgia ortopédica para início da Fisioterapia Ambulatorial

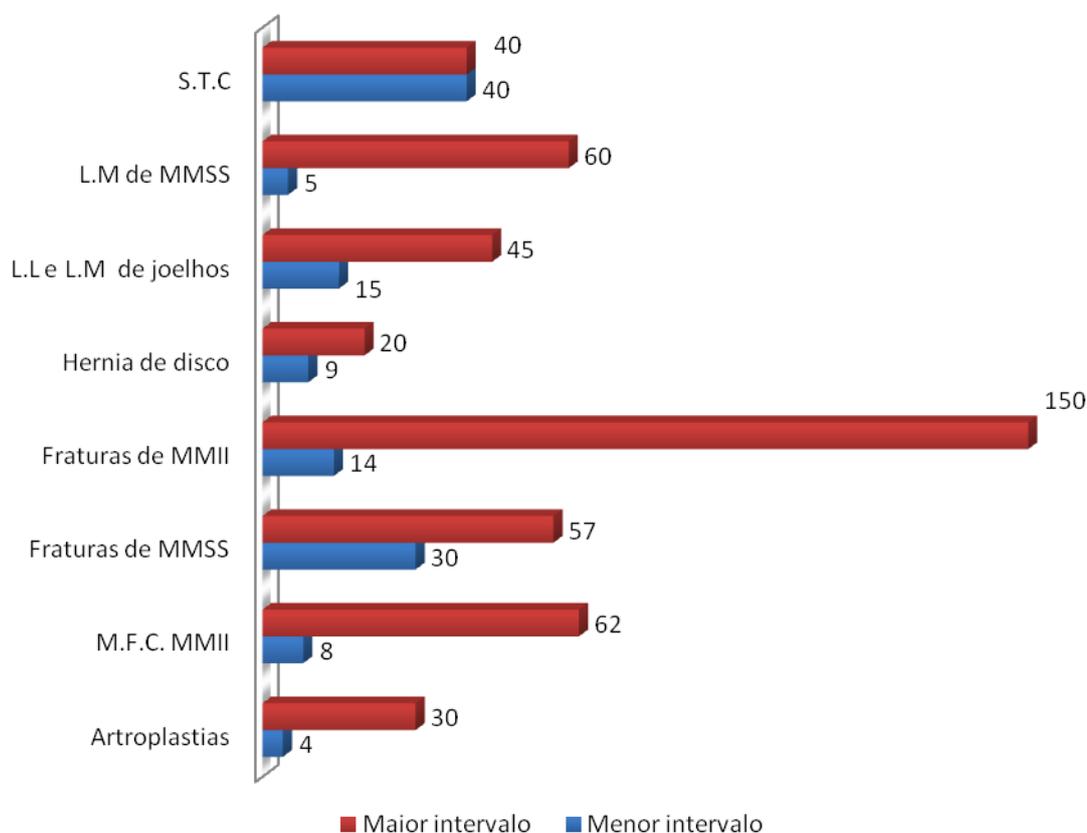


L.M = Lesão muscular / L. L.M = Lesão ligamentar e muscular/ M.F.C = Mal formação congênita

Foi verificado entre os participantes o maior e o menor intervalo correspondente a cada lesão, que pode ser verificado no gráfico 5 , onde o menor intervalo corresponde a artroplastia e o maior a um paciente de fratura de MMII.

Gráfico 5. Maior e menor intervalo (dias) entre a cirurgia e o início do tratamento fisioterapêutico.

Maior e menor intervalo (dias) após a cirurgia ortopédica para início da Fisioterapia.



L.M = Lesão muscular / L. L.M = Lesão ligamentar e muscular/ M.F.C = Mal formação congênita

Sobre a opinião dos pacientes com relação ao intervalo para o início da fisioterapia, através da ilustração do Gráfico 6. Podemos verificar que a grande maioria dos pacientes acredita não ter demorado a iniciar o tratamento fisioterapêutico ambulatorial.

Além de opinarem sobre o intervalo para intervenção fisioterapêutica os pacientes ainda deveriam justificar sua opinião através de uma pergunta aberta.

Gráfico5. Opinião dos pacientes sobre o início da fisioterapia ambulatorial com relação ao intervalo entre a alta médica e o primeiro atendimento fisioterapêutico.

Opinião dos Pacientes Sobre Início da Fisioterapia



As justificativas dos pacientes foram relatadas em um texto livre, os motivos foram classificados e ilustrados através das **Tabelas 5 e 6**.

Tabela 5. Justificativa pela qual os pacientes acreditam ter demorado a iniciar a fisioterapia ambulatorial.

Motivo pelo qual os pacientes acreditam ter demorado a iniciar a fisioterapia	Total (%)
Acredita que teria melhorado rápido se tivesse feito fisioterapia antes.	33.33%
Demorou a encontrar vagas (S.U. S).	33.33%
Estaria melhor hoje se tivesse feito fisioterapia (não recebeu indicação médica).	11.11%
Convênio médico demorou para providenciar o atendimento.	22.22%

Tabela 6. Justificativa pela qual os pacientes acreditam não ter demorado a iniciar a fisioterapia ambulatorial.

Motivo pelo qual os pacientes acreditam não ter demorado a iniciar a fisioterapia	Total (%)
Próprio paciente demorou a procurar o atendimento.	30%
Sentia muita dor.	20%
Estava engessado – imobilizado.	10%

DISCUSSÃO:

Um dos fatores que promovem o imobilismo do paciente é o tempo de internação, nos resultados de nosso trabalho constatamos que 44% dos indivíduos tiveram acesso à fisioterapia hospitalar e o tempo médio de internação dos mesmos foi de aproximadamente seis dias, ROACHE et. Al. 1998, realizou um estudo com 173 pacientes de pós-operatório ortopédico, onde os todos participantes tiveram acesso diariamente a duas sessões de fisioterapia, com duração de 15 min. de atendimento durante todo período de internação, como resultado os pacientes apresentaram melhora na mobilidade, maior índice de independência para marcha no dia da alta hospitalar e diminuição no tempo de internação.

Baseados no estudo de ROACHE et. Al. 1998, podemos considerar a possibilidade que nossa amostra provavelmente poderia ter apresentado um período de internação menor caso a frequência de fisioterapia durante a internação tivesse sido maior, e com isso os gastos com a internação e a possibilidade de complicações ortopédicas também diminuiriam.

MUNIZ et. al. 2007, relata em seu estudo um grupo de pacientes idosos hospitalizados em um hospital público com fratura proximal de fêmur onde a maior parte dos pacientes (61,80%) foi submetido à fisioterapia durante a internação, o tratamento fisioterapêutico era realizado uma vez ao dia diante de indicação médica para tal. Mediante a estes dados podemos classificar o médico ortopedista como peça principal para realização de fisioterapia no ambiente hospitalar visto que a grande maioria dos fisioterapeutas dependem do consentimento ou apoio médico para realização de suas condutas terapêuticas neste ambiente.

Ainda sobre o estudo de MUNIZ et. al. 2007, verificou-se que o volume de atendimento fisioterapêuticos durante a hospitalização foi positivo (maior que 50%), porem quando comparamos estes dados ao nosso estudo verificamos que na amostra do S.U.S durante a internação nenhum paciente recebeu atendimento de um fisioterapeuta antes da cirurgia, e após o procedimento cirúrgico somente 50% destes pacientes realizaram fisioterapia.

No estudo de SELLA et. al. 2009, sobre fisioterapia em pacientes submetidos á osteossíntese em fraturas expostas de tíbia notou-se que 96% dos ortopedistas realizavam o encaminhamento de seus pacientes para fisioterapia após a cirurgia, a liberação dos fisioterapeutas para iniciarem o tratamento com descarga parcial de peso sobre o membro operado variava entre 07 e 59 dias de P.O., no entanto na realização de nosso trabalho constatamos que a liberação médica para iniciar a fisioterapia foi de no mínimo 30 dias e que 88 % da amostra recebeu indicação para tratamento junto a um fisioterapeuta. SELLA et. al. 2009, relata que os critérios médicos para indicação da fisioterapia eram a dor do paciente, o tipo de material usado na cirurgia e os exames de imagem de P.O., e que a dificuldade da indicação era a diferença na concordância literária sobre quando inicia a descarga de peso parcial no membro operado.

Estudos como o de BARBOSA et. al. 2006, citam que a mobilização precoce e a descarga de peso imediata podem levar a não consolidação de tecidos ósseos e uma mobilização tardia pode evoluir para uma contratura ou rigidez articular, diante destas vertentes podemos considerar que o conhecimento do médico e do fisioterapeuta sobre o processo cicatricial de cada tecido é primordial para iniciar um programa fisioterapêutico imediato ao P.O, além de levarmos em conta que a descarga de peso não é a única ação á ser realizada em um P.O ortopédico imediato, deve ser observados outros princípios como o fortalecimento do membro contralateral e de outros segmentos corporais, orientações sobre posicionamentos, mobilizações passivas, orientações sobre uso de órteses e auxiliares de marcha, controle da dor e principalmente a prevenção do imobilismo (NIELSEN & KAGAMIHARA, 1992; FERNANDES & MACEDO, 2009). Conforme OLDMANEDOW et. al. 2007, a presença de um fisioterapeuta no ambiente hospitalar também promove ao paciente maior segurança sobre seu estado físico e sua recuperação futura.

Podemos considerar que o caminho do paciente até a fisioterapia ambulatorial é repleto de estágios, o paciente muitas vezes depende do retorno médico após a alta hospitalar para ser avaliado e muitas vezes ira realizar de vários retornos médicos até receber a guia com solicitação do atendimento, é acrescentado ainda o período em que o paciente irá procurar um serviço de saúde para realizar o tratamento. Conforme avaliado no nosso trabalho dependendo do serviço de saúde

o intervalo para iniciar o tratamento pode variar, sendo que no S.U. S encontramos um intervalo de 19,75 dias enquanto no atendimento particular ou atendimentos de O.N.G. o tempo era de até 5,5 dias.

O estudo de MACHADO & NOGUEIRA 2008, mostraram que a falta de vagas nos serviços públicos de saúde é um dos motivos para demora no início do tratamento junto ao fisioterapeuta, a ortopedia é o maior motivo de procura do serviço de fisioterapia público, há escassez de profissionais cadastrados para esse tipo de atendimento causa um desequilíbrio com a demanda causando filas de espera para o início do tratamento. MACHADO e NOGUEIRA 2008, constataram isso quando compararam o intervalo de espera para iniciar o tratamento entre a rede particular onde o intervalo foi de cinco dias, enquanto que na rede pública municipal e estadual foi maior, o que demonstra maior agilidade nos serviços privados o que corrobora com as informações encontradas em nosso trabalho.

Apesar de considerarmos diversas falhas no processo de recuperação dos pacientes de nossa amostra quando avaliamos a opinião dos mesmos sobre o serviço (tempo para iniciar a fisioterapia) encontramos um índice considerável de satisfação (42%) onde os indivíduos não consideraram moroso o serviço de saúde responsável por providenciar a fisioterapia, ainda encontramos indivíduos que não sabem qualificar este intervalo como demorado ou rápido (21%).

Conforme DEVEREUX et. al. 2012, em um estudo que avaliava a opinião de pacientes sobre os serviços de fisioterapia incluindo a demora para encontrar vagas, 80,6% de sua amostra estava satisfeita com os serviços prestados de fisioterapia em hospitais, sendo que quando separados por tipo de instituição, 88,5% dos pacientes dos hospitais de ensino estavam satisfeitos, em comparação a 77% dos pacientes nos hospitais públicos e 75,7% dos pacientes nos hospitais privados, logo podemos considerar que não só o serviço público de saúde apresenta indivíduos insatisfeitos mais os serviços privados também, o que também constatamos em nosso trabalho quando 22,22% dos indivíduos de serviços privados consideraram que o serviço demorou para disponibilizar atendimentos com o fisioterapeuta.

MACHADO & NOGUEIRA 2006, em seu estudo realizado com 376 pacientes selecionados em três clínicas de fisioterapia da rede particular, municipal e estadual avaliaram a satisfação dos mesmos sobre os serviços de fisioterapia e concluíram que os pacientes estavam satisfeitos (75,5%) sobre os serviços prestados incluindo

o tempo de espera para o início das terapias. Muitas vezes indivíduos do S.U. S apresentam grandes períodos de espera por uma vaga para fisioterapia (como verificado em nosso trabalho), mais pela provável falta de conhecimento sobre as complicações de um imobilismo prolongado os pacientes podem se apresentar satisfeitos simplesmente por conseguir uma vaga de atendimento independente do tempo que o mesmo tenha que aguardar.

CONCLUSÃO:

Mesmo com os diversos benefícios oferecidos pela fisioterapia precoce em pós-operatórios ortopédicos concluímos através deste trabalho que a frequência de pacientes submetidos a programas de reabilitação precoce ainda é muito pequena, principalmente quando avaliamos sistemas de saúde pública.

A quantidade de indivíduos com acesso a fisioterapia no ambiente hospitalar é pequena, e após a alta hospitalar estes indivíduos demoram a iniciar a fisioterapia ambulatorial, ao analisarmos os serviços de saúde o maior déficit foi correspondente ao S.U.S. onde alguns indivíduos aguardavam até 19,75 para conseguirem uma vaga.

Apesar da morosidade dos sistemas de saúde 42% estavam satisfeitos com o intervalo entre a cirurgia ortopédica e o início da fisioterapia.

Sugerimos, portanto maiores estudos que avaliem os motivos da demora médica para a indicação ao tratamento fisioterapêutico e a falta de atendimento no P.O imediato durante a internação.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. MARCOS, F. Reparo do ligamento da patela: efeito comparativo da mobilização precoce e da imobilização. Dissertação para Mestrado em Biologia Geral e Aplicada. **Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho**. 81f. Botucatu – SP, 2009.
2. OLIVEIRA, A; BRAGA, D. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na clínica de ortopedia da Universidade Paulista. **J. Health Sci.** Inst. Jundiaí – SP, v. 28, n.4, p. 356-8. 2010.

3. VEADO, M.A; FLÒRA, W. Reabilitação pós-cirúrgica do ombro. **Rev. Bras. Ortop.** Vol. 29, Nº 9- Setembro, 1994.
4. FERREIRA, C.H.J; BELEZA, A.C.S. Abordagem fisioterapêutica na dor pós-operatória: A eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT). **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 34 - Nº 2, Mar. / Abr. 2007.
5. SANTOS, A.C. Atuação da Fisioterapia no pós-operatório de fratura diafisária de fêmur com o uso da técnica da haste intramedular bloqueada em fase hospitalar. **Revista Digital – Lecturas: EF y Deportes.** Buenos Aires, ano 11 Nº10, 4 Janeiro, 2007.
6. HUGHESTON, J.C. Complications of anterior cruciate ligament surgery. **Orthop. Clin. North. Am.** 16: p. 237-240. 1985.
7. SORRENTI, S.J Achilles tendon rupture: effect of early mobilization in rehabilitation after surgical repair. **Foot Ankle Int.** Jun;27(6) p.407-10. 2006.
8. NEUMANN, D.A. Cinesiologia do aparelho musculoesquelético: Fundamentos para a reabilitação física. , Ed. 1º **Editora Guanabara Koogan**, Rio de Janeiro, p. 145-398. 2006.
9. LARSON, R.V; SIMONIAN, P.T. Semitendinosus augmentation of acute patellar tendon repair with immediate mobilization. **Am. J. Sports. Med.** Jan-feb ; 23(1) p. 82-86. 1995.
10. CAIZZO, V.J. **Plasticity of skeletal muscle phenotype: mechanical consequences.** **Muscle Nerve.** Dec;26(6): p. 740-68. 2002.
11. SILVA, K.N.G. IMOTO, A.M. COHEN, M. PECCIN, M.S. Reabilitação Pós-operatória dos Ligamentos Cruzado Anterior e Posterior – Estudo de Caso. **Acta Ortop Bras.** 18(3):166-9;2010.

12. MONTEIRO, C.R. Protocolo de reabilitação em pós-cirúrgico do ligamento cruzado anterior. Monografia de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Fisioterapia da **Universidade Veiga de Almeida**. Rio de Janeiro, 2008.
13. DENIS, M; MOFFET, H; CARON, F; OUELLET, D; PAQUET. J; NOLET, L. Effectiveness of Continuous Passive Motion and Conventional Physical Therapy After Total Knee Arthroplasty: A Randomized Clinical Trial. **Rev Physical Therapy** . Volume 86 . NuM. 2 August 11, 2012.
14. PER, A.F.H. RENSTROM, S. A. Lesões ligamentares do tornozelo. **Rev. Bras. Med. Esporte**. Vol. 5, Nº 1 – Jan/Fev, 1999.
15. FARIAS, S.H; NETO, W.L. Atuação da fisioterapia sobre os efeitos do imobilismo no sistema osteomioarticular. **REV. Lato & Sensu, Belém**, v. 9, n. 2, p. 47-53, nov. 2008.
16. STADNICK, E; AGUIAR, A.S.J. Efeito do exercício isométrico no período de redução fechada por tração esquelética balanceada em fraturas diafisárias de fêmur e tíbia. Trabalho para conclusão de curso de Fisioterapia da **Universidade do Sul de Santa Catarina** para obtenção do título de bacharel em fisioterapia. Tubarão-SC. UNISUL, p.15.2002.
17. MATIAS, D.A; BIAZUS, J.F. Associação de haste intramedular e cinesioterapia na reabilitação precoce de fratura da diáfise de fêmur. Disponível em: www.portaldasaudebrasil.com/artigosPSB/traum110. Acesso em 18 janeiro 2012.
18. OLDMEADOW, L.B; MCBURNEY, H; ROBERTSO, V.J. Hospital stay and discharge outcomes after knee arthroplasty: Implications for physiotherapy practice. **Australian Journal of Physiotherapy** , Vol. 48. 2002.

19. MUELLER, M.J; MALUF, K.S. Tissue adaptation to physical stress: A proposed "Physical Stress Theory" to guide physical therapist practice, education and research. **Rev Phys. Ther.** 82: 383-403.2002.
20. ROACH, K.E. ALLY, D. FINNERLY, B WATKINS, D. LITWIN, B.A. JANR-HOOVER , B.WATSON, T.CURTIS, K.A. The Relationship Between Duration of Physical Therapy Services in the Acute Care Setting and Change in Functional Status in Patients With Lower-Extremity Orthopedic Problems. **Rev Physical Therapy** . Volume 78. Number 1. January 1998.
21. BARBOSA, R.I. MARCOLINO, A.M. FONSECA, M.C.R. MAZZER,N. ZATITI,S.C. Avaliação funcional retrospectiva de pacientes com fratura proximal de úmero fixadas com placa com parafuso de ângulo fixo para região proximal do úmero. **Revista ACTA ORTOP BRAS**, VOL. 16 pag. 89-92 .2006.
22. MUNIZ,C.F. ARNAUT,A.C. YOSHIDA, M. TRELHA,C.S. Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal atendidos em hospital escola público. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.33-38, jun.2007.
23. KOTTKE , F.J. LEHMANN, J.F. Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen. Volume II quarta edição. vol. 2, 4ª ed. São Paulo: **Ed.Manole Ltda**, Pag.740-742. 1994.
24. MACHADO N.P; NOGUEIRA, L.T. Avaliação da Satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Rev Bras Fisioterapia**. São Carlos, v. 12, n. 5, p. 401-8, set./out. 2008.
25. SOUZA, A.R.B; RIBEIRO, K.S.Q.S. Rede Assistencial em Fisioterapia no Município de João Pessoa: uma Análise a Partir das Demandas da

Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 15
Número 3 Páginas 357-368, 2011.

26. MACHADO, G.L.C; FAYER, V.A. Análise do perfil do serviço de fisioterapia do setor secundário do SUS de Juiz de Fora/MG. Trabalho de Conclusão de Curso **Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora**, 63 pag. Juiz de Fora. 2008.
27. OLDMEADOW, L.B; BEDI, H.S; BURCH, H.T; SMITH, J.S; LEAHY, E.S; GOLDWASSER, M. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. **Rev MJA**, Volume 186 Number 12 , 18 June 2007.
28. SELLA; V.R.G; MACHADO, P.C.D; FERNANDES, A; LIMONGE, W.R; REIS, F.B; FALOPPA, F.A. Visão do ortopedista brasileiro sobre a descarga parcial de peso em ortostase nas fraturas expostas da diáfise da tíbia após osteossíntese. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 6, p. 514-20, nov./dez. 2009
29. FERNANDES, R.F; MACEDO, C.S.G. Eficácia da fisioterapia na funcionalidade e dor de indivíduos com lesão no joelho submetidos a procedimento cirúrgico. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 9-13, jan./abr. 2009.
30. NIELSEN, J.; KAGAMIHARA, Y. The regulation of disynaptic reciprocal inhibition during cocontraction of antagonistic muscles in man. **J Physiol**. v. 456, p. 373-391, 1992.
31. DEVEREUX ;I.C.N. JACQUERYE; A. KITTEL; F. ELSAYED; E. AL-AWA; B. Benchmarking of patient satisfaction with physical rehabilitation services in various hospitals of Jeddah. **Life Science Journal**, 9 (3).2012.

32. HARRIS; L.E. SWINDLE ; R.W. MUNGAI; S.M. Measuring patient satisfaction for quality improvement. **Med Care**.;37:1207–13. 1999.
33. MELO, A.C.R.
Avaliação de um programa de atividade física terapêutica para pacientes em tratamento conservador de fratura do membro inferior . Tese doutorado em Ciências da Saúde da **Universidade de Brasília** . Brasília, 2006.
34. FERRANDO, A.A; LANE, H.W; STUART, C.A; STREET, J.D; WOLF, R.R. Prolonged bed rest decreases skeletal muscle and whole body protein synthesis. **Am J Physiol Endocrinol Metab** April 1, 270:(4) ; 1996.