

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ATENDIMENTO A PACIENTES LOMBÁLGICOS

O relatório foi realizado na Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, localizada na Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Tirol Natal-RN. Os autores desse foram:

Dilza Oliveira de Mendonça Lima. Discente do Curso de terapia Manual III – FARN. Alameda das Mansões, 218, apto. 1103, torre Nova Iorque, Candelária – Natal/RN. Fisioterapeuta. *

Lílian Lira Lisboa Fagundes Galvão. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. **

*Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Potiguar – UnP. E-mail: dilza_oliveira@hotmail.com

**Professora da [Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN](#) - FARN: Mestre em ciências da saúde e fisioterapeuta especialista em Saúde Pública com formação em Uroginecologia masculina e feminina. E-mail: lisboa.lilian@gmail.com

RESUMO

A lombalgia é uma afecção comum entre a população mundial, independente do tipo de trabalho ou classe social. Atualmente alguns autores vêm associando a dor lombar as alterações da articulação sacro-ilíaca, chegando a afirmar que alterações nesta articulação seria a principal fonte de dor ciática. Dando conclusão ao curso de pós-graduação em Terapia Manual, os alunos foram submetidos a um estágio supervisionado que ocorreu nas instalações da clínica escola da FARN, nos períodos de 5 a 26 de março de 2010 e 31 de maio a 21 de junho de 2010. Neste relatório foi descrito o atendimento de três pacientes com queixas de lombalgia submetidos a técnicas da terapia manual. Foi constatado melhora significativa no quadro algico dos pacientes, porém existe a necessidade de uma manutenção destes resultados.

Palavras-chaves: Dor; Lombalgia; Terapia-manual

Abstract

Low back pain is a common condition among the world's population, regardless of the type of work or social class. Currently, some authors have associated backache changes in the sacroiliac joint, getting to say that changes in this joint would be the main source of sciatica. Giving to the completion of postgraduate course in Manual Therapy, students underwent a supervised training that occurred at the premises of the school clinic FARN in the period 5 to 26 March 2010 and May 31 to June 21, 2010 . This report described the treatment of three patients with complaints of low back pain who underwent manual therapy techniques. It was found significant improvement in pain status of patients, but there is a need to maintain these results.

keywords: pain; low back pain; manual therapy

INTRODUÇÃO

Lombalgia é o nome que se dá ao que é conhecida como dor nas costas na região lombar. Muitas pessoas sofrem com essas dores e elas são causas de incapacidade funcional e morbidade. O tipo mais conhecido de lombalgia é a de origem mecânica-degenerativa, caracterizada por distúrbio e/ou alteração funcional, sendo que a dor por um problema mecânico é causada pelo encurtamento dos músculos posteriores, ou seja, os músculos da região lombar, músculos posteriores da coxa e os músculos da perna¹.

A lombalgia é uma afecção presente em grande parte da população, sendo a causa mais comum na busca de atendimento em clínicas e serviços de fisioterapia. É comum na população independente do tipo de trabalho e classe social, e nos países industrializados, sua prevalência é estimada em torno de 70%. Aproximadamente 10 milhões de brasileiros ficam incapacitados por causa desta morbidade e pelo menos 70% da população sofrerá um episódio de dor na vida ².

Atualmente diversos autores associam a dor lombar às alterações existentes na articulação sacro-ilíaca (ASI), chegando a afirmar que essa articulação seria a principal fonte de dor ciática. Além do trauma, a influência de uma postura errada, movimentos anormais e a adaptação lombo-pélvica aos fatores extrínsecos foi reconhecida como parte integral da etiologia da descompensação ^{3,4}. Essa articulação, embora alguns a considerem imóvel, possui um grau de mobilidade restrito, cerca de 1 a 3 mm, movimentos difíceis de medir, porém em casos de lesões ligamentares nessa articulação, em condições inflamatórias, são fontes importantes de lombalgia ⁴.

Como a ASI é uma articulação ricamente innervada tanto por nociceptores (receptores dolorosos) quanto por proprioceptores (receptores de movimento) e baroreceptores (receptores de pressão) sua sintomatologia dolorosa pode ser agravada pelos movimentos de inclinação, sentar, levantar, movimentos rápidos, de força, virar-se na cama e dificuldade em elevar quando sentado, sendo que seu alívio pode ser conseguido com repouso, ficar de pé ou caminhar. Essa rica inervação (plexo sacral e lombar) pode se dar pelo fato dessa articulação ser responsável por monitorar o movimento e a posição da cintura pélvica, contribuindo dessa forma, para manter o corpo equilibrado e ereto ^{3,5}.

Pode-se afirmar que alterações na mobilidade da articulação sacro-ilíaca exercem importante influência na mobilidade das vértebras lombares, provocando uma hipermobilidade ou hipomobilidade dessas e conseqüentemente dor lombar^{5,6}.

Dentre os diferentes tipos de tratamentos fisioterápicos para a dor lombar encontramos exercícios, massagem, recomendações ergonômicas, eletroterapia, manipulação e mobilização. Atualmente, porém, estudos randomizados têm demonstrado maior eficácia da manipulação articular e mobilização articular em reduzir a dor ⁶.

A manipulação articular é definida como uma técnica de terapia manual envolvendo o movimento de deslizamento de uma superfície articular, através de uma mobilização passiva. O movimento é realizado em pequena amplitude, alta velocidade e normalmente no final da amplitude de movimento. Para aplicação da manipulação, o local é escolhido levando em consideração a apresentação clínica do paciente, bem como as preferências de tratamento do terapeuta ⁷.

Diante disso o presente relatório descreve o atendimento de três pacientes lombálgicos realizados durante o estágio supervisionado do curso de pós-graduação em Terapia Manual da FARN.

PRÁTICA CLÍNICA

Dando conclusão ao curso de Pós-Graduação em Terapia Manual e tendo a necessidade de uma prática clínica onde aplicamos grande parte dos fundamentos aprendidos durante as aulas teóricas, nos foi proporcionado um estágio supervisionado durante a disciplina de Neurodinâmica Clínica, sendo de grande importância esse contato direto com um paciente “real” e suas necessidades, bem como treino das técnicas que nos foi apresentada no período da especialização.

O estágio supervisionado teve duração de 40 horas, divididas em duas etapas de 20 horas cada e a turma foi dividida em grupos compostos por quatro alunos. A primeira etapa ocorreu do dia 05 a 26 de março de 2010, sempre as sextas-feiras, com carga horária semanal de 5 horas aulas. Foram atendidos pacientes encaminhados a clínica escola da FARN e na última hora de estágio eram realizadas reuniões para discussões de casos clínicos e apresentação de artigos. A segunda etapa ocorreu do dia 31 de maio a 21 de Junho de 2010, seguindo a mesma metodologia anterior.

Os atendimentos iniciavam às 14 horas e os pacientes eram apresentados aos alunos pelo professor orientador, junto com o prontuário individual. Cabia a cada aluno a responsabilidade de buscar seu paciente na recepção da clínica, conduzi-lo ao box de atendimento individual, coletar seus dados através da anamnese e exame físico de acordo com os conhecimentos adquiridos durante o curso de especialização em terapia manual.

A cada novo atendimento o paciente era submetido a uma breve reavaliação, buscando analisar a evolução do quadro e em alguns casos, realizar as devidas alterações na conduta. Os pacientes também eram questionados com relação a dor durante o período entre os atendimentos.

MATERIAL E MÉTODO

Foram atendidos 3 (três) pacientes do sexo masculino que se queixavam de lombalgia e procuraram atendimento fisioterapêutico na clínica escola de fisioterapia da FARN. No primeiro atendimento foram colhidos dados pela anamnese e exame físico, preenchendo a ficha de avaliação de Terapia Manual padrão da clínica escola da referida Faculdade. Na anamnese foi colhida a história da doença atual (HDA), antecedentes pessoais (AP) e hábitos de vida (HV). No exame físico foi avaliada a postura estática e dinâmica (flexão, extensão, inclinação lateral e rotação de tronco) e palpação dos músculos.

Paciente 1- M.M.S., do sexo masculino, 44 anos, casado, 2º grau completo, sedentário. Tem como queixa principal a dor lombar. Os atendimentos foram realizados entre os dias 05 e 26 de Março de 2010, com duração de aproximadamente 1 hora, sempre as sextas-feiras. O paciente relatou que há seis meses começou a sentir dores na região lombar, em pontada e sem irradiação, na musculatura paravertebral, que surgiram após o uso de um sapato. As dores pioram ao permanecer muito tempo de pé e melhoram com o repouso na postura sentada com apoio nas costas. Essa dor foi graduada em oito (0–10). Disse também que há dois dias sentiu dores fortes, não fez uso de medicação. Esse paciente já vinha sendo tratado neste mesmo serviço e relatou melhora após atendimentos anteriores.

Na avaliação postural foi observado na vista anterior que o paciente apresentava a cabeça inclinada e rodada para a esquerda; na vista lateral ele apresentava retificação cervical, aumento da lordose lombar e abdome protuso; e na vista posterior a crista ilíaca esquerda encontrava-se mais elevada, em relação à direita.

Durante os movimentos ativos de tronco foi observada restrição do movimento de inclinação lateral à direita por dor, zona plana e quebra de curvatura lombar, além de restrição para a extensão cervical.

Na palpação muscular o músculo psoas esquerdo apresentou-se encurtado, apresentava fraqueza muscular do quadrado lombar esquerdo e os músculos espinhais tensionados.

Durante os testes específicos foram encontradas alterações durante o Quick Sacanning nas vértebras L₂, L₄ e L₅, sendo que no teste de Mitchel L₂ e L₅ estavam em ERS a direita e L₄ em ERS à esquerda. Durante o teste de Gillet o íliaco direito estava fixo em braço menor (posterior).

A conduta proposta inicialmente foi técnica de Trust para correção de ERS a direita de L₂ e L₅ e ERS à esquerda para L₄, Stretching dos músculos quadrado lombar e espinhais, inibição do músculo psoas esquerdo utilizando a técnica de Jones, treino da contração dos músculos multífidos e transversos do abdome, e estabilização segmentar da coluna lombar associando a contração dos músculos multífidos e transversos do abdome.

Paciente 2- R.A.S., do sexo masculino, 40 anos, solteiro, superior completo, professor e praticante de musculação com frequência de cinco vezes semanais. Sua queixa principal eram episódios de dor lombar. O atendimento foi realizado entre os dias 05 e 19 de Março de 2010, com duração de aproximadamente 1 hora, sempre as sextas-feiras. Relatou que há dois anos passou por crise de dor lombar e após essa crise passou a realizar aulas de Pilates e RPG. Depois disso as dores se tornaram eventuais graduando-as como seis (0-10), em pontada e às vezes em queimação, principalmente no período da manhã, sem causa aparente e que pioram ao permanecer muito tempo sentado. Durante a noite não consegue dormir em decúbito lateral e faz uso de relaxantes musculares.

Na avaliação postural o paciente apresentou com aumento da lordose lombar, abdome protuso, com uma escoliose destro-convexa e inclinação de tronco a direita.

Durante os movimentos de tronco foi percebida a existência de uma zona plana lombar, ao nível de L₂ a L₄. O mesmo relatou dor ao realizar o movimento de inclinação lateral a direita.

Nos testes musculares foi encontrado somente encurtamento bilateral do músculo piriforme.

Apresentou nos testes específicos Esclerótomo doloroso em L₃ e L₄, e no Quick Scanning essas vértebras encontravam-se em ERS à direita. No teste de Gillet o íliaco direito estava fixo em posterioridade.

Sua conduta foi Trust para ERS a direita de L₃ e L₄, inibição do músculo piriforme, bilateralmente, treino da contração dos músculos multífidos e transversos do abdome e estabilização segmentar da coluna lombar associando a contração dos músculos multífidos e transversos do abdome, nas posturas decúbito dorsal, decúbito lateral e quatro apoios.

Paciente 3- J.L.D., do sexo masculino, 35 anos, casado, segundo grau incompleto, Porteiro e praticante de jiu jitsu. Sua queixa principal era dor lombar, porém sem irradiação. O atendimento foi realizado entre os dias 31 de Maio e 21 de Junho de 2010, com duração de aproximadamente 1 hora, sempre as segundas-feiras. O paciente relatou que há aproximadamente cinco anos iniciou a prática do jiu-jítsu e ao parar essa atividade, as dores iniciaram. Diz que dor é localizada na lombar (região referente à L₂ e L₃), e que é graduada em 8 pela Escala Visual Analógica – EVA. Ela aparece ao final do dia, em casa, quando descansa e melhoram com o uso de medicação (Voltaren). O mesmo também relata que foi atropelado há 10 anos e sofreu uma “pancada” nas costas caindo sentado.

Durante a avaliação postural foi observado na vista anterior que o Triângulo de Tales estava maior do lado direito, em relação ao esquerdo; na vista lateral a cabeça encontrava-se em extensão, o abdome protuso e mostrava um aumento da curvatura lombar; na vista posterior o ombro direito mais elevado em relação ao esquerdo e rodado internamente.

Ao realizar os movimentos ativos de flexão, extensão e inclinação lateral (direita e esquerda) de tronco o paciente apresentava dor na região lombar e na região torácica somente durante o movimento de inclinação lateral a esquerda. Apresentando teste corretivo para flexão positivo, porém o teste corretivo para extensão encontrava-se negativo.

Na palpação o paciente apresentava aumento de tensão e tônus na musculatura paravertebral, esclerótomos doloridos (T₃, T₉, L₁ e L₅). Músculo Psoas encurtado e dolorido à esquerda e o músculo Quadrado Lombar encurtado também à esquerda, Espasmo nos músculos Esternocleidooccipitomastóideo (ECOM) e Escalenos.

Nos testes específicos foi encontrado Quick Scanning positivo de T₃, T₉, L₁ e L₅, no teste de flexão de pé notou-se zona plana na região de torácica média (T₈ - T₁₂), no teste de Mitchel as vértebras T₃, T₉ e L₅ estavam em ERS à direita e a vértebra L₁ em ERS à esquerda, durante o teste de Gillet o sacro e o íliaco apresentavam-se fixo unilateralmente à direita e em posterioridade. Os testes de Klain (Teste da artéria vertebral).

Os atendimentos foram baseados na seguinte conduta técnica de Trust para correção de T₃, T₉ (Dog Técnica) e L₁ e L₅ (Lumbar Roll), técnica de normatização de sacro (fixo em braço menor à direita), técnica de inibição da musculatura ECOM e Escalenos utilizando técnica de Jones, técnica de relaxamento para o músculo Psoas utilizando liberação do Psoas e exercícios de Estabilização Segmentar Vertebral iniciando em decúbito dorsal, evoluindo para

quatro apoios, quatro apoios utilizando membros superiores e inferiores, sentado e em pé, além de orientação postural (movimentos de levantar e abaixar, inclinação de tronco utilizando a articulação coxo-femoral).

RESULTADOS

Com relação à dor, característica que é peculiar da lombalgia, após todas as técnicas utilizadas, foi visto melhora no quadro algico de todos os pacientes analisados. Esta resposta se deu de forma gradual, detectada durante a reavaliação feita antes dos atendimentos e através de questionamentos que foram registrados nas folhas de evolução e intercorrências de cada prontuário.

CONCLUSÕES

Ao final dos atendimentos foi notório que o tratamento dos pacientes lombálgicos através de técnicas da terapia manual, apresenta um resultado eficaz e relativamente rápido. Porém essa evolução positiva necessita de manutenção, o que obriga o paciente a continuar utilizando alguns exercícios, como o treino de estabilização segmentar vertebral, em sua vida diária.

Recomendo que os pacientes sejam acompanhados por um único aluno, desde a sua admissão no que facilitaria as alterações de conduta de acordo com as evoluções e possíveis involuções, bem como uma melhor avaliação com relação a melhora do seu quadro algico.

REFERÊNCIAS

- 1 www.wikipedia.org – acesso em 14/08/2010
- 2 Cailliet R. **Compreenda sua dor de coluna: um guia para prevenção, tratamento e alívio**. São Paulo: Artmed; 2002.
- 3 Lee D. **A cintura pélvica: uma abordagem para o exame e o tratamento da região lombar, pélvica e do quadril**. 2ªed. São Paulo: Manole; 2001.
- 4 MEISENBACH, R. O. Sacro-iliac relaxion; with analysis of eighty-four cases. **Surgery, Gynecology and Obstetrics**. v. 12, n. 411, 1911.
- 5 GARDNER, E; GRAY, D. J.; O'RAHILLY, R.; **Anatomia-Estudo Regional do Corpo Humano**. 4ª ed. São Paulo – SP: Guanabara, 1988.
- 6 COUTO, Isabel Bernardes de V. Lopes. Efeito Agudo da Manipulação em Pacientes com dor Lombar Crônica: estudo piloto. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 2, p.57-62, 2007.
- 7 Maitland GD, Hengeveld E, Banks K, English K. **Maitland's vertebral manipulation**. 6a ed. Oxford: Butterworth; 2001