

RESUMO

A lombalgia é caracterizada por um quadro de dor lombar, que pode ser crônico ou agudo. Atinge de 70 a 80% da população, pelo menos uma vez na vida, e apresenta um quadro altamente incapacitante, causando, em muitos casos, afastamento do trabalho e dificuldades em realizar as atividades de vida diária, comprometendo, assim, a qualidade dos indivíduos. Por se tratar de um patologia e etiologia multifatorial, seu tratamento pode ser demorado, e até mesmo ineficaz em alguns dos casos. A Terapia Manual (TM), surge como um excelente recurso no tratamento desta condição por tratar o indivíduos de forma global, analisando todos os segmentos corporais, apresentando resultados satisfatórios. Para conclusão do curso de especialização em Terapia Manual foi realizado um estágio, com carga horaria de 40h, durante o ano de 2011, no UNI-RN. Neste, eram atendidos pacientes com diversas queixas, principalmente com dores na coluna vertebral. O presente relatório tem como objetivo descrever esta prática clínica, com ênfase nos pacientes com dor lombar.

Palavras-chaves: Terapia Manual; Lombalgia; Dor.

Abstract

Low back pain is characterized by intense back pain, which may be chronic or acute. It reaches 70 to 80% of the population at least once in their life, and features a highly disabling, causing, in many cases, work absenteeism and difficulties in performing activities of daily living, thus impairing the quality of individuals life's . It is a multifactorial etiology and pathology, so it's treatment can be time consuming, and inefficient in some cases. Manual Therapy (TM), emerges as an excellent resource in the treatment of this condition by treating individuals as a whole, analyzing all body segments, with satisfactory results. Completion of the Specialization Course in Manual Therapy was held an internship with duration of 40 hours during the year 2011, at UNI-RN. This report aims to describe this clinical practice, with emphasis on low back pain patients.

Keywords: Manual Therapy; Low Back Pain; Pain.

INTRODUÇÃO

A lombalgia é definida como dor na região lombar que não irradia para baixo do joelho, sendo classificada em aguda ou crônica. A dor lombar é considerada aguda quando presente a menos de sete semanas. É um quadro bastante limitante e geralmente os pacientes se tratam por conta própria, havendo uma persistência dos sintomas em baixo grau, ou recidivas. De 25 a 50% dos casos os sintomas aparecem no ano seguinte. Essa dor é considerada crônica quando os sintomas persistem por mais de sete semanas¹.

Estima-se que de 12 a 33% dos adultos devem apresentar um quadro de dor lombar pelo menos uma vez ao ano e que de 70 a 80% da população em geral apresentará pelo menos um episódio de lombalgia na vida. Atinge todas as idades e é, em muitos casos, extremamente debilitante, gerando incapacidade funcional e morbidade. A lombalgia é hoje considerada um problema psicológico, social e econômico, sendo uma das principais causas de afastamento do trabalho em trabalhadores adultos^{2,3,4}.

A lombalgia é uma afecção de causa multifatorial, e por isso seu diagnóstico pode ser prejudicado. Dentre as causas se destacam as doenças inflamatórias, degenerativas, neoplásicas, defeitos congênitos, predisposição reumática, degeneração dos corpos ou dos discos intervertebrais, e debilidade muscular. Destas a causa mais comum de dor lombar são as alterações mecâno-degenerativas, havendo uma falha no posicionamento e biomecânica vertebral gerada por alterações posturais. Decorrente destas alterações ocorrem às disfunções somáticas vertebrais ou lesões osteopáticas, que são definidas como uma patologia funcional de uma articulação que se traduz por uma restrição da mobilidade articular fisiológica. Outros fatores que influenciam no aparecimento da dor lombar são idade, sexo, renda, escolaridade, baixo índice de atividade física, alto peso corporal e trabalho físico extenuante^{5,6}.

Acredita-se ainda que uma das causas da dor lombar sejam as disfunções das articulações sacro-ilíacas, estas podem ser por hipomobilidade, hipermobilidade e/ou instabilidade. Estas disfunções alteram o mecanismo de auto sustentação desta articulação, alterando o bom funcionamento da quinta vertebra lombar, causando a lombalgia^{2,7}.

A procura por tratamento por casos de lombalgia vem aumentando a cada dia, a demanda em hospitais e clínicas ocasiona um aumento de despesas públicas e privadas com a saúde. Devido a sua etiologia multifatorial alguns tratamentos não apresentam resultados

efetivos, com frequentes recidivas dos quadros. Faz, então, necessário um tratamento multidisciplinar^{2,8}.

A fisioterapia se apresenta como forma bastante eficaz no tratamento da lombalgia. Como especialidade da fisioterapia, a Terapia Manual tem mostrado excelentes resultados em relação a prevenção e tratamento da dor lombar. Esta é um método de tratamento manual e natural que tem como objetivo recuperar o movimento fisiológico em áreas onde existe restrição de amplitude articular ou disfunção vertebral. Dentre as técnicas utilizadas nos meios da terapia manual tradicionais, destacam-se as manipulações (thrust), as mobilizações, tendo destaque o método Mulligan⁹.

A manipulação possui vários objetivos, dentre eles, a restauração da amplitude articular de movimento máximo de uma articulação com disfunção. Embora a perda de movimento pareça se dar em apenas uma direção, um procedimento de “thrust” bem sucedido, aumentará a amplitude de movimento em todas as direções possíveis. Outra consequência é a redução da hipertonía e/ou espasmo muscular, como tentativa de restaurar o equilíbrio na musculatura relacionada a articulação. Pode-se observar também o alongamento das estruturas do tecido conjuntivo que se encontram ao redor da articulação. Os tecidos conjuntivos fasciais, podem estar encurtados e tensos em decorrência da alteração de posição da articulação, e em função do processo inflamatório^{10,11,12}.

O método Mulligan se baseia no deslizamento apofisário natural (NAGS), deslizamento apofisário natural sustentado (SNAGS) e mobilização com movimento (MWM). O NAGS é um movimento acessório de deslizamento de uma faceta vertebral sobre sua adjacente e é realizado de forma passiva pelo terapeuta. São mobilizações oscilatórias aplicáveis às articulações facetárias desde C2 até C7. O SNAGS é um movimento similar ao anterior, realizado na coluna cervical, torácica e lombar, associado à movimentação ativa do paciente. É uma técnica que combina movimentos com deslizamentos facetários mantidos, até que as articulações retornem à posição inicial. O MWM usa o mesmo princípio do SNAGS, porém, é realizado nas articulações periféricas e as mobilizações sustentadas para correção de falha posicional são aplicadas numa direção diferente daquela do movimento de deslizamento. O método possui aspectos importantes que devem ser contemplados durante a realização da técnica. As manobras são aplicadas com o paciente sentado ou em pé (com carga), já que as posturas apresentam características funcionais; são mobilizações com movimento ativo e aplicação de pressão adicional passiva (*overpressure*) realizada pelo paciente no final do

movimento, a fim de aumentar a amplitude; o deslizamento (glide) de articulações facetárias deve ser mantido e realizado no plano de tratamento, caso este deslizamento seja realizado no plano incorreto, o paciente será incapaz de movimentar a articulação de forma ativa e apresentará dor; a aplicação da técnica deverá ser indolor, durante toda a amplitude de movimento^{13,14}.

Neste contexto, o presente relatório técnico visa descrever a prática clínica realizada durante o estágio supervisionado do curso de Especialização em Terapia Manual, com ênfase nos pacientes que apresentaram como queixa primária a Lombalgia.

PRÁTICA CLÍNICA

No decorrer do curso de Pós-Graduação em Terapia Manual foi realizado o estágio supervisionado visando aprimorar a prática clínica através da aplicação em pacientes dos conhecimentos teóricos e técnicas abordados durante as aulas. O estágio teve duração total de 40 horas, que foram divididas em duas etapas. A primeira aconteceu durante os meses de fevereiro e março de 2011, do dia 11/02 ao dia 04/03, sendo o dia 04/03 cancelado, pois era feriado na instituição. A segunda ocorreu durante os meses de junho e julho do mesmo ano, do dia 17/06 ao dia 15/07.

Os atendimentos eram realizados nas Clínicas Integradas UNI-RN, no setor de fisioterapia, nas sextas-feiras, das 14:00h às 18:00h. Cada atendimento tinha duração de aproximadamente uma hora. Eram realizados até quatro atendimentos por dia, e o último horário era destinado para a evolução de prontuários e estudo de casos.

Os pacientes, após serem cadastrados, eram encaminhados para o setor de fisioterapia. Então, o professor responsável indicava os pacientes para cada aluno. A partir de então, era responsabilidade do aluno, acompanhar esse indivíduo nos próximos atendimentos. Inicialmente era feita a avaliação do paciente, colhendo dados pessoais, história da doença, hábitos de vida, medicação atual, bem como outras informações importantes para o caso. Além dessa entrevista era realizado o exame físico e aplicação de técnicas específicas para o quadro apresentado, aprendidos durante o curso. Ao final de cada atendimento era realizada uma nova avaliação para analisar a resposta do paciente ao tratamento realizado, buscando possíveis melhoras do quadro clínico, em relação à dor e a funcionalidade.

MATERIAL E MÉTODO

Durante o estágio foram atendidos seis pacientes, sendo cinco do sexo feminino e um do sexo masculino. Destes, todos apresentavam dores na coluna, sendo que um apresentava dor na região cervical, dois na torácica e três na lombar. No presente relatório serão abordados os casos de lombalgia.

No primeiro atendimento de cada paciente era realizado o acolhimento desse paciente pelo aluno, bem como sua avaliação. Esta era composta por três etapas: identificação, anamnese e exame físico (Anexo A). Na identificação eram colhidos os dados pessoais como: nome, sexo, endereço, data de nascimento, profissão, ocupação, telefone, e-mail, grau de instrução, estado civil, religião, diagnóstico clínico e médico responsável. Na anamnese eram colhidos os dados referentes a patologia ou disfunção referida pelo paciente, como queixa principal, história atual da doença, intensidade da dor e/ou incomodo, antecedentes pessoais, antecedentes patológicos, hábitos de vida, e quaisquer outros aspectos inerentes ao caso. No exame físico eram realizadas a inspeção, palpação e testes especiais, em busca de alterações posturais, limitações de amplitude de movimento, dores e quaisquer outras alterações que implicassem na causa primária e secundária do quadro apresentado pelo paciente. A dor era quantificada com base na Escala Verbal Numérica que permite quantificar a intensidade da dor usando números. O paciente classifica sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. O ponto 0 (zero) representa nenhuma dor e 10 (dez) representa a pior dor possível. Os demais números representam quantidades intermediárias de dor. Pode ser aplicada gráfica ou verbalmente¹⁵. Nos atendimentos subsequentes eram realizadas as técnicas propostas para cada caso, bem com uma reavaliação. A seguir, detalharemos os casos de lombalgia atendidos durante o estágio.

Paciente 1- E.M.S, do sexo feminino, 56 anos, casada, evangélica. Tem nível superior completo e atualmente trabalha como professora de estética, dando aulas de massagem e depilação. Apresenta diagnóstico clínico de fibromialgia e lombalgia. Chegou ao serviço de fisioterapia apresentando como queixa principal uma dor lombar, que irradiava para a perna esquerda. A dor atual surgiu logo após realizar faxina em casa. A dor piora ao final do dia, e quando passa muito tempo com sua neta no colo. Paciente relatou ainda dor no ombro esquerdo, que irradia para a o dedo indicador. Encontrava-se em tratamento fisioterápico, que promove alívio de sua dor, sendo realizado TENS e ondas curtas – segundo a mesma. Sua

ultima crise de fibromialgia foi a aproximadamente dois anos, tendo sido administrada amitriptilina na época.

Ao exame físico apresentava: clavícula esquerda elevada e anteriorizada, fixa em anterioridade, escápula esquerda hipomóvel, fraqueza de serrátil anterior esquerdo, limitação de ADM por dor para flexão, abdução e adução horizontal de ombro esquerdo, limitação de ADM para rotação direita da cervical e retificação tóraco-lombar. À palpação foi percebida dor em C3 e C4, fibras superiores de trapézio, sendo vista uma contratura, dor na região de acrômio e de ângulo inferior da escápula, hipomobilidade da clavícula para posteriorização, dor em região da musculatura diafragmática, contratura em iliopsoas e piriforme. Nos testes especiais apresentou: braço menor do sacro direito fixo, ao teste de Gillet, Patrick positivo bilateralmente, Laseguè negativo, distância dedo-chão de aproximadamente 30cm, relatando dor na volta na região da coluna lombar. Foi detectado ainda esporão de calcâneo bilateral, sendo maior no calcâneo esquerdo.

A conduta proposta inicialmente foi: técnica de reposicionamento clavicular, para clavícula esquerda, exercícios para melhorar a percepção escapular, exercícios ativos para reposicionamento escapular (usando o conceito Mulligan), exercícios de fortalecimento de serrátil anterior e trapézio inferior; liberação do musculo piriforme e iliopsoas, usando técnica de Jones, pompagem para sacro, Thrust para sacro-ilíaca direita, técnicas para mobilização da coluna tóraco-lombar, exercícios de estabilização através da ativação do transverso do abdômen, exercícios de fortalecimento da musculatura anterior e posterior do tronco e liberação diafragmática.

Na primeira sessão foi feita a avaliação e início do tratamento com liberação de iliopsoas, piriforme e pompagem para sacro. Paciente faltou a segunda sessão. Na ultima foi feita apenas a conduta proposta para região tóraco-lombar e sacra. Paciente se queixou de incontinência urinária, e foi orientada a realizar exercícios de contração do assoalho pélvico diariamente. Ao término da sessão a mesma não apresentava dor alguma, sendo classificada como zero, numa escala de zero a dez, de acordo com a Escala Verbal Numérica.

Paciente 2 – J.S.T, do sexo feminino, 23 anos, solteira, estudante do curso de Nutrição. Chegou a fisioterapia se queixando de dor lombar e restrição de movimento. A dor surgiu após uma queda. Paciente relatou que escorregou e caiu sobre o quadril direito, com torção da coluna para o lado esquerdo. A dor é localizada na região lombar. Dói em todas as posições, parada e em movimento. Tem dificuldade para deambular e para mudar de posição,

principalmente de pé para sentada. Fez uso de anti-inflamatório e relaxante muscular, mas não relatou alívio da dor.

Ao exame físico foi detectada alteração da marcha, sendo percebida uma marcha em bloco, sem dissociação de cinturas escapular e pélvica. Para sentar a paciente precisou apoiar-se nos braços, distribuindo o peso corporal. À palpação foi observada dor nos processos espinhosos lombares e torácicos (T10 a T12). Apresentou hipomobilidade dos processos transversos lombares direito. Não foi possível avaliar flexão e extensão da coluna por dor. Apresentou aumento da tensão de piriforme e iliopsoas. Laseguè e Fabere (-). Demais testes não foram possíveis de ser realizados, pois a paciente se encontrava em quadro agudo, não aguentando realizar os movimentos solicitados.

A conduta proposta foi alongamento da musculatura da região lombar, e piriforme, técnica de Jones para liberação de iliopsoas e piriforme e uso do conceito mulligan para a flexão lombar.

No primeiro momento foi realizada a avaliação e aplicação das técnicas referidas na conduta. Paciente referiu ausência de dor, conseguindo vestir-se sem apoio, sentar e levantar e andar sem dor. Para casa foram orientados alongamentos. Paciente faltou aos demais atendimentos sem justificativa.

Paciente 3 - A.F.O.Q, sexo masculino, 66 anos, divorciado, católico. Tem nível superior incompleto e trabalha como representante de material de construção. Chegou ao atendimento se queixando de dor lombar. Há quatro anos teve uma dor na região lombar, que foi diagnosticada como um deslizamento vertebral, na época fez 90 dias de fisioterapia obtendo melhora significativa no seu quadro. A dor vem voltando gradualmente e o mesmo vinha fazendo uso de anti-inflamatórios. Há quatro dias tomou uma injeção de anti-inflamatório. Sua dor foi graduada em 7, numa escala de 0-10. A dor piora quando passa muito tempo em pé, sentado ou dirigindo, e melhora quando se deita. A dor inicia na região lombo-pélvica e irradia para o membro inferior direito, chegando a causar parestesia algumas vezes. Sente ainda perda de força desse membro. Refere hérnia lombar, mas não sabe relatar o nível. Costumava caminhar diariamente, mas parou a aproximadamente 3 meses.

Ao exame foi percebida elevação do ombro esquerdo, afastamento das escápulas, triângulo de Tales diminuído do lado esquerdo, espinha ilíaca pósterio superior direita mais baixa do que a esquerda e dolorida ao toque, ao teste de Gillet foi identificado fixação do

ilíaco direito em posterioridade. Os testes de Laseguè, Fabere, de abertura e fechamento e Slump deram negativos. Os testes de força para membros inferiores deram todos normais, apresentando força 5 para todos os movimentos. No teste de flexão da coluna apresentou dor.

Após a avaliação foi realizado Thrust para corrigir a posterioridade do ilíaco direito, liberação bilateral do iliopsoas, usando a técnica de Jones e ativação do transversos do abdômen com o paciente em decúbito dorsal e em quatro apoios.

Ao término da sessão o paciente referiu melhora da dor, classificando como zero numa escala de zero a dez. O paciente não compareceu aos demais atendimentos, sem justificativas.

RESULTADOS

Foram atendidos três pacientes com dor lombar no período do estágio, sendo dois do sexo feminino e um do sexo masculino, com faixa etária média de 47,3 anos. Dos três pacientes, dois apresentavam dor crônica, e uma apresentava dor aguda, de origem traumática. Todos já haviam realizado tratamentos anteriores sem bons resultados em relação a dor. Os três pacientes ao término da primeira sessão de Terapia Manual apresentaram importante melhora, sendo a dor debelada completamente, classificada pelos mesmos de grau 0, numa escala de 0 a 10. Apenas um paciente voltou aos atendimentos, realizando mais uma sessão. As faltas não foram justificadas. Desta forma, foi vista uma resposta imediata às técnicas aplicadas, não tendo sido possível analisar a durabilidade desta melhora em relação da dor lombar apresentada pelos mesmos.

CONCLUSÕES

A Terapia Manual apresenta excelentes resultados no tratamento da dor lombar, crônica e aguda. Em todos os casos atendidos durante o estágio, pudemos perceber que houve um alívio imediato da dor. Porém, não foi possível acompanhar os pacientes devido ao grande número de faltas e a pequena adesão ao tratamento proposto. Talvez, esse alto índice de abandono ao tratamento venha em decorrência do bom resultado obtido, debelando completamente a dor desses pacientes, levando-os a acreditar que estão “curados”. É sabido que esses pacientes precisam de um acompanhamento para que, além do alívio da dor, possa

ser realizado um trabalho de propriocepção articular e muscular e fortalecimento de estruturas musculares específicas, que promoveriam uma reorganização da coluna lombar e estruturas adjacentes, promovendo uma estabilização da mesma e fazendo com que essa resposta positiva, apresentada ao primeiro contato, seja mantida durante mais tempo, evitando possíveis recidivas da lombalgia.

REFERÊNCIAS

- 1 Ralha, L.V. et. al. **Eficácia e tolerabilidade de celecoxibe versus diclofenaco: resultados de um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, de não inferioridade, em indivíduos com lombalgia aguda.** Revista Brasileira de Medicina, Rio de Janeiro, v.65, n.11, nov. 2008.
- 2 Ferreira, G.D. et. al. **Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos no Sul do Brasil: estudo de base populacional.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v.15, n.1, p.31-6, jan/fev. 2011.
- 3 Garcia, A.N. et. al. **Efeitos de duas intervenções fisioterapêuticas em pacientes com dor lombar crônica não-específica: viabilidade de um estudo controlado aleatorizado.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v.15, n.5, p.420-7, set/out. 2011.
- 4 Secer, Mehmet et. al. **Nonspecific low back pain in a group of young adult men.** Turkish Neurosurgery, v.21, n.1, p. 135-139, 2011.
- 5 Ricard, F.; Sallé, J. **Tratado de Osteopatia.** 3. ed. Madrid: Médica Panamericana, 2003. 322 p.
- 6 Makofsky H. W. **Coluna Vertebral: terapia manual.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 344 p.
- 7 Santos, P.; Silva, S.B. **Disfunção sacro-iliaca como causa de dor lombar: uma revisão.** Revista Cientific@ Univesistas, v.2, ed. 2.
- 8 Stapelfeld, C.M. et. al. **Subgroup analyses on return to work in sick-listed employees with low back pain in randomised trial comparing brief and multidisciplinary intervention.** BMC Musculoskeletal Disorders, 2011.
- 9 Rachid, R. M.; Pinheiro, L. T.M. **A terapia osteopática manipulativa na cefaléia cervicogênica.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 22, n. 2, p.128-134, 2009.
- 10 Pickar, J. G. **Neurophysiological effects of spinal manipulation.** The Spine Journal 2, Davenport, Ia, p. 357-371. Maio, 2002.
- 11 Greenman, P. E. **Princípios da Medicina Manual.** 2. ed. São Paulo: Manole, 2001. 572 p.
- 12 EVANS, D. W. **Mechanisms and effects of spinal high-velocity, low-amplitude thrust manipulation: previous theories.** Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics, Uk, p. 251-262. Maio 2002.
- 13 Mulligan, B. R. **Terapia Manual: NAGS - SNAGS - MWM e outras técnicas.** 5. ed. São Paulo: Premier, 2009. 164 p.
- 14 Wilson, Ed. **The Mulligan concept: NAGS, SNAGS and mobilizations with movement.** Journal of Bodywork And Movement Therapies, UK, p. 81-89. Abr. 2001.

15 Andrade, F.A.; Pereira, L.V.; Sousa, F.A.E.F. **Mensuração da dor no idoso: uma revisão.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, Abril, 2006.

ANEXOS