



ANÁLISE FUNCIONAL DE INDIVÍDUOS COM LOMBALGIA

Gabriela Cesnik do Ouro¹, Patrícia Cardoso de Araújo², Mirieli Denardi Limana³,
Valéria Ferreira Garcez⁴

RESUMO: A dor lombar ou lombalgia é a forma mais comum de dor crônica, sendo considerada atualmente como uma doença, por constituir uma das principais entidades geradoras de incapacidade nos países desenvolvidos e gerando alto número de faltas e afastamentos nas empresas. Acarreta deterioração na qualidade de vida e comprometimento das atividades de vida diária (AVDs). O objetivo deste estudo será verificar se há correlação entre a dor, flexibilidade e grau de funcionalidade em indivíduos com lombalgia. Para isto 30 voluntários de ambos os sexos serão avaliados pelo teste de flexibilidade de sentar e alcançar (Banco de Wells). Seu nível de dor será avaliado antes e depois do teste de flexibilidade, por meio da escala visual de dor (EVA). Em seguida os participantes responderão ainda os questionários de Oswestry Disability Index e o Roland Morris, para investigação de incapacidade funcional diária. Os dados coletados serão analisados pelo coeficiente de correlação de Pearson por meio do software Prisma.

PALAVRAS CHAVE: Flexibilidade, funcionalidade, limitação, lombalgia.

1. INTRODUÇÃO

A coluna lombar é a principal região do corpo responsável pela sustentação de cargas. A posição corporal afeta a magnitude das cargas que atuam sobre a coluna vertebral (HALL, 2001). Assim, a harmonia neuromusculoesquelética do tronco é importantíssima para o funcionamento ideal do complexo lombar, pélvico e quadril (LEE, 2001). A carência de flexibilidade articular parece estar relacionada a um alto risco de desenvolvimento de lombalgia inespecífica (ACMS 1987). A lombalgia inespecífica representa grande parte das lombalgias referidas pela população e geralmente decorre de desequilíbrio entre a carga funcional, que seria o esforço requerido para atividades do trabalho e da vida diária, e a capacidade funcional, que é o potencial de execução para essas atividades (CAILLIET 2000). A lombalgia constitui uma das principais entidades geradoras de incapacidade nos países desenvolvidos (BURTON et al. 2006; JOHANNING 2000; TVEITO et al. 2004; TAIMELA et al. 2004).

A possibilidade de correlacionar a flexibilidade e a dor às questões funcionais (dificuldades ou habilidades preservadas nas AVDs) poderia abrir novas perspectivas para o diagnóstico e o tratamento de lombalgias, em especial, as de etiologia inespecífica.

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR, Maringá – PR. Bolsista do Programa de Bolsas de Indução (PROIND). cesnik.gb@gmail.com

² Acadêmica do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Cesumar – UNICESUMAR. Bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC). patricia18araujo@hotmail.com

³ Co-orientadora, Profa Ms do Curso de Estética e Cosmetologia do Centro Universitário Cesumar – UNICESUMAR. mirieli.limana@gmail.com

⁴ Orientadora, Profa Dra dos Cursos de Fisioterapia e Medicina do Centro Universitário de Cesumar – UNICESUMAR. Bolsista do Programa de Bolsas de Indução (PROIND). valeria.garcez@cesumar.br

Sendo assim, esta pesquisa apresenta como objetivo verificar se há correlação entre a dor e flexibilidade com o grau de funcionalidade em indivíduos com lombalgia.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Serão convidados 30 voluntários de ambos os sexos com idade entre 20 e 55 anos, com ou sem lombalgia crônica. Os voluntários serão divididos em dois grupos: GL – grupo lombalgia (n=15 voluntários que procurarem a Clínica de Fisioterapia do UniCesumar para tratamento), e GC – grupo controle sem lombalgia (n=15 voluntários). Serão considerados critérios de exclusão: desvios posturais graves, disfunções osteomusculares agudas ou crônicas, alterações neurológicas, gravidez, trauma na região lombar e menopausa. Os dados serão coletados mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e segundo normas do Comitê de Ética do UniCesumar.

O nível de dor dos voluntários será avaliado por meio da EVA, na qual o voluntário marca em uma reta o nível de dor que sente naquele momento, a escala vai de 0 (nenhuma dor) à 10 (maior dor possível). Esta será realizada antes e após a realização do teste de flexibilidade. Em seguida será feito o teste denominado de Teste de flexibilidade sentar e alcançar, que avalia a flexibilidade dos músculos isquiotibiais, sendo que o comprimento dos músculos posteriores da coxa estará adjunto à flexibilidade dos extensores das costas (KENDALL 2007). Para realizar o teste é necessária uma caixa com uma escala de 26 cm em seu prolongamento, sendo que o ponto zero se encontra na extremidade mais próxima do avaliado e o 26 cm coincide com o ponto de apoio dos pés (RIBEIRO *et al.*, 2010). Será solicitado aos pacientes, em posição inicial, que se sentem com os membros inferiores estendidos, sendo que os seus pés (sem calçado) encostem toda a sua face plantar no banco. Deverá ficar com ombros flexionados, cotovelos estendidos e mãos sobrepostas. Essa mão já estará apoiada (se conseguir) na parte superior do banco, onde está fixada uma fita métrica (figura 1). Colocando uma régua a frente da mão que esta apoiada no banco pede-se ao paciente que inspire e quando expirar empurre a régua o máximo que conseguir. Assim será mensurado e registrado, das três tentativas, apenas a melhor marca, classificando cada um de acordo com a tabela do Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF).



Figura 1. Teste de sentar e alcançar com Banco de Wells (CARDOSO *et al.*, 2007).

Os sujeitos serão submetidos a uma única sessão de avaliação. Os dados obtidos serão comparados com o resultado dos outros testes. Após a análise da dor, será distribuído o questionário de avaliação funcional (Índice de Incapacidade Lombar Oswestry, da sigla inglesa ODI), o qual irá analisar o quanto à presença de dor lombar está comprometendo o indivíduo em suas AVDs. Os resultados das 10 questões são

somados e multiplicados por dois para transformá-los em porcentagem. O resultado classifica o voluntário em uma das cinco categorias: Incapacidade mínima (0-20%), moderada (20-40%), severa (40-60%), muito severa (60-80%) e incapacidade total (80-100%). Juntamente com o ODI será entregue outro questionário, o Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ - MONTEIRO 2010) para os pacientes, o qual vem a avaliar a incapacidade física em forma de auto-relato para pacientes com dor na coluna. Tem 24 questões fechadas com pontuações de zero ou 1 (sim ou não). Desse modo o total varia de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). O resultado de cada paciente será colocado juntamente com a sua ficha pré-elaborada. A análise dos dados será realizada pelo coeficiente de correlação de Pearson por meio do software Prisma, onde o nível de significância adotado será $\leq 0,05$.

3. RESULTADOS PARCIAIS E DISCUSSÃO

Foram coletados a princípio dados de uma voluntária do grupo lombalgia, com idade de 33 anos e uma voluntária do grupo controle, com idade de 20 anos. Os dados coletados foram referentes apenas ao teste de flexibilidade de sentar e alcançar, classificados de acordo com a tabela do Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF) e análise da dor a partir da EVA.

Quadro 1. Análise da dor antes e após o teste de sentar e alcançar

Grupo/Voluntário	EVA Pré TFSA	EVA Pós TFSA
Voluntário 1 – Lombalgia	0	2
Voluntário 1 – Controle	-	-

EVA – Escala Visual Analógica da Dor

TFSA – Teste de flexibilidade de sentar e alcançar, expresso em centímetros (cm).

Quadro 2. Classificação do Canadian Standardized Test of Fitness (CSTF)

Grupo/Voluntário	TFSA (cm)	Classificação (CSTF)
Voluntário 1 – Lombalgia	24,5	Ruim (<26 cm)
Voluntário 1 – Controle	29	Abaixo da média (28-32 cm)

TFSA – Teste de flexibilidade de sentar e alcançar, expresso em centímetros (cm).

4. CONCLUSÃO

A partir dos testes realizados, pode-se concluir a princípio que a voluntária do grupo controle apresentou maior valor no teste de flexibilidade de sentar e alcançar em relação à voluntária do grupo lombalgia, o que pode sugerir que indivíduos com lombalgia apresentam níveis menores de flexibilidade. Com a continuação das coletas de dados, espera-se encontrar correlação entre o nível de dor do indivíduo, o grau de flexibilidade e a incapacidade que o mesmo apresenta. Espera-se que, indivíduos que possuam grau de dor mais elevado, interferindo nas AVDs, possuam um nível maior de encurtamento dos isquiotibiais, visto que a diminuição da flexibilidade articular parece estar relacionada ao desenvolvimento de lombalgia inespecífica.

5. REFERÊNCIAS

BURTON AK, BALAGUÉ F, CARDON G, ERIKSEN HR, HENROTIN Y, LAHAD A, LECLERC A, MÜLLER G, van der BEEK AJ (2006) Chapter 2 **European guidelines for prevention in low back pain November 2004**, Eur Spine J 15(2):S136-S168.

CAILLIET, R. **Doenças dos Tecidos Moles**. 3ª ed. São Paulo: Artmed, 2000.

HALL CM, BRODY LT. **Exercício terapêutico na busca da função**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001
HIDES, J.A.; Eviden of Lumbar multifídus muscle wasting ipsilateral to symptoms in patients with acute. **Spine**, 19: p.165-166, 1994.

JOHANNING E (2000) **Evaluation and Management of occupational low back disorders**, Am J Ind Med 37: 94-111.

KENDALL, F P, et, al. **Músculos Provas e Funções com Postura e Dor**. 5 ed. rev, 2007. p. 219 e 220.

LEE D. **A cintura pélvica abordagem para o exame e o tratamento da região lombar, pélvica e do quadril**. São Paulo: Manole, 2001.

MONTEIRO, J, et al. **Questionário de Incapacidade de Roland Morris: Adaptação e Validação para os Doentes de Língua Portuguesa com Lombalgia**. Acta Med Port. 2010.

SJOLIE AN. **Low-back pain in adolescents is associated with poor hip mobility and high body mass index**. Scand J Med Sci Sports 2004; 14: 168-75.

TAIMELA S, NEGRINI S, PAROLI C (2004) **Functional rehabilitation of low back disorders**. Eur Med Phys 40: 29-36.

TVEITO TH, HYSIND M , ERIKSEN HR (2004) **Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review**. Occup Med 54: 3-13.