



INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

MESTRADO EM FISIOTERAPIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM REABILITAÇÃO
DA DOR LOMBAR CRÓNICA

Autor: Débora da Mota Gama,

Orientadora: Prof. Dr. Luísa Maria Reis Pedro

Co-Orientadora: Paula Alexandra Araújo Viegas Soares

Lisboa, 2014

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE
LISBOA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM REABILITAÇÃO
DOR LOMBAR CRÓNICA

Autor: Débora da Mota Gama, nº69321111

Orientadora: Prof. Dr. Luísa Maria Reis Pedro

Co-Orientadora: Paula Alexandra Araújo Viegas Soares

Mestrado em Fisioterapia

Lisboa, 2014

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelo dom da vida e pela força e coragem que hoje estou aqui.

Aos meus pais João Gama e Celeste Gama, pelo apoio e carinho incondicional em todos os momentos da minha vida, aos meus irmãos Sérgio Gama que tem sido o meu incentivo, Válder Gama e João Miguel por acreditarem em mim em todos os momentos, sem esquecer a minha cunhada Marinela Gama pelo apoio que me tem dado, a minha linda sobrinha Daniela Game e ao meu primo Mário Santos pelo seu apoio.

Quero agradecer as minhas orientadoras Dr.^a Luísa Maria Reis Pedro pela dedicação e empenho que teve comigo, e a Mestre Paula Alexandra Araújo Viegas Soares pelo seu apoio, dedicação e paciência no âmbito do estágio.

Não podia deixar de agradecer a minha família, tios e primas que têm acompanhado e dado força ao longo da minha trajetória, agradeço a minha tia Emília Mota e sua filha Câmia Mota por serem tão incansável comigo, ao meu colega Pio Higinio Gervásio pela ajuda que me tem dado para realização do meu projeto, ao meu namorado Helmiro Songo pelo apoio tanto nos momentos difíceis, como os momentos mais glorioso.

Finalmente não poderia deixar de agradecer as minhas companheiras de casa e aos meus colegas que indiretamente têm dado força ao longo do mestrado e ajudado na elaboração deste projeto.

Resumo

A lombalgia é uma patologia dolorosa que afeta a coluna lombar, e pode irradiar uni ou bilateral para os membros inferiores. Sendo um problema de saúde com enorme prevalência, pode surgir em qualquer idade. A OMS estima que 65% a 80% da população terá um dia um quadro clínico de dor lombar, e 40% desses tornar-se-ão crónicos.

Este relatório surge em sequência do estágio realizado no âmbito do Mestrado em Fisioterapia, tendo sido realizado na Clínica de Reabilitação do Lumiar e na FisioHealth, baseado em casos de Lombalgia Crónica.

O mesmo teve como objetivo aprofundar os conhecimentos adquiridos na avaliação e intervenção da fisioterapia em doentes com lombalgia crónica.

Para a resolução dos problemas da avaliação e tratamento de pessoas com lombalgia crónica, devem utilizar-se estratégias de intervenções adequadas. De entre estas, as mais aplicadas aos utentes da Clínica foram: a eletroterapia, a massoterapia e os exercícios terapêuticos os quais apresentaram bons resultados.

Por fim pude concluir que os utentes que avaliei obtiveram ganhos ao nível das limitações, como consequência do plano de intervenção aplicado.

Palavras-chaves: Lombalgias, Dor lombar Crónica, Reabilitação da dor lombar, Prevalência da lombalgia, Exercícios Terapêuticos.

Abstract

Low back pain is a painful condition that affects the lumbar spine, and can radiate to unilateral or bilateral lower limbs. Being a health problem with enormous prevalence, can occur at any age. The WHO estimates that 65% to 80% of the population will have one day a clinical picture of low back pain, and 40% of chronic-will become.

This report follows on the stage performed under the Master of Physical Therapy, has been carried out in Clinical Rehabilitation Lumiar and FisioHealth, based on cases of Chronic Low Back Pain.

Same aimed to deepen their knowledge in assessment and intervention of physical therapy in patients with chronic low back pain.

To solve the problems of evaluation and treatment of people with chronic low back pain should be used for appropriate strategic interventions. Of these, the most levied on users of the Clinic were: electrotherapy, massage therapy and therapeutic exercise which showed good results.

Finally I was able to conclude that users who evaluated obtained gains in terms of the limitations, as a result of the intervention plan implemented.

Keywords: Back pain, Chronic back pain, rehabilitation of low back pain, Prevalence of low back pain, Therapeutic Exercises

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Índice de Quadros	viii
Lista de Abreviaturas	ix
2. Capítulo I: Enquadramento Teórico	3
2.1. Introdução à Dor Lombar	3
2.2 Anatomia da Coluna.....	4
2.2.1 Coluna lombar	4
2.3 Etiologia	8
2.4 Epidemiologia.....	10
2.5 Tratamento de Fisioterapia	11
3. Capítulo II: Âmbito do Estágio.....	13
3.1. Objetivo de Estudo	13
3.1.1. Objetivo Geral.....	13
3.1.2. Objetivos Específicos	13
3.2Caracterização da Instituição	13
4. Capítulo III: Atividades Clínicas	15
4.1 Serviço de Reabilitação	15
4.2 Descrição das Atividades.....	15
4.3 Avaliação aos instrumentos de Medida	16
4.4 Cronograma	17
5.Capítulo IV: Introdução dos Casos Clínicos	21
5.1 Protocolo de Avaliação	21
5.2 Caso Clínico I	26
5.3 Caso Clínico II	31
5.4 Caso Clínico III.....	35
5.5 Caso Clínico IV	38
5.6 Caso Clínico V	41
6. Capítulo V:Considerações Finais.....	44
7. Bibliografia.....	45
ANEXOS.....	48
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO – Caso Clínico I.....	49

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico II.....	56
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico III.....	62
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico IV	68
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico V.....	73

Índice de Quadros

Quadro I- Cronograma.....	17
Quadro II- Identificação.....	21
Quadro III- Exame Subjetivo.....	21
Quadro IV- Exame Objetivo.....	22
Quadro V- Exame do Movimento.....	23
Quadro VI- Exame Articular.....	23
Quadro VII- Exame Muscular.....	23
Quadro VIII – Sensibilidade.....	24
Quadro XI- Tratamento.....	24
Quadro X- Reavaliação.....	25
Quadro XI- Exame Articular	25
Quadro XII- Plano de Tratamento.....	24

Lista de Abreviaturas

OMS- Organização Mundial da Saúde

IMC- Índice de Massa Corporal

CCP- Cinesioterapia Corretiva Postural

EVA- Escala Visual Analógica

TENS- Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

RPG- Redução Postural Global

AVDs- Atividades de Vida Diária

Introdução

O presente trabalho elaborado como relatório do estágio realizado na clinica FisioHealth e na clinica de Reabilitação do Lumiar, nos meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2014, teve como objetivo aprofundar a intervenção da fisioterapia, em casos clínicos de lombalgia crónica. A opção de estágio permitiu dar continuidade ao processo do desenvolvimento profissional e académico em contexto laboral. O estágio pretende desenvolver a integração do aluno no contexto da prática profissional, analisando detalhadamente as competências de intervenção e de investigação utilizadas pelo mesmo, quando confrontados com as diferentes situações clinicas numa determinada população e área de intervenção

Quanto a orientação do estágio, esta foi realizada por parte da Escola pela prof^a Luísa Pedro, e por parte da identidade do local do estágio pela fisioterapeuta Paula Soares que, pela sua enorme experiência na área de intervenção, permitiu enriquecer os conhecimentos teóricos bem como relaciona-los com a prática clinica. O estágio realizou-se, como anteriormente foi já referido, na intervenção junto de doentes com lombalgia crónica.

Após ao término do mesmo, e com os elementos recolhidos no seu decurso, foi elaborado um relatório final que visa descrever as atividades clinicas desenvolvidas, e elementos de caracter científico com objetivo de evidenciar a prática clinica exercida no campo de trabalho, permitindo uma assim uma pequena relação entre a prática da fisioterapia e a investigação.

A dinâmica do relatório de estágio será apresentada da seguinte forma: Capitulo I: Apresentação do enquadramento teórico relacionado com as temáticas da área de investigação sobre que é a lombalgia, as suas causas e os seus principais fatores de risco, toda a biomecânica e da musculatura envolvida na região lombar, bem como, alguns dados epidemiológicos, e o método de intervenção deste tipo de disfunção.

Capítulo II: Identificação da área de estágio, objetivos gerais e específicos do mesmo.

Capitulo III: Neste relacionam-se atividades da prática clinica desenvolvida no âmbito do estágio, onde constam as apresentações dos serviços de reabilitação, após a qual são descritas as atividades e os instrumentos de medidas utilizadas para avaliação dos utentes e um cronograma. São ainda descritos os tipos de intervenções realizadas, nestas são apresentados cinco casos clínicos sobre patologia lombar

Capítulo IV: Neste são apresentados os casos clínicos em que foi realizado uma avaliação inicial e final, onde após a primeira avaliação foi definido o objetivo de intervenção e o seu plano de tratamento.

Capítulo V: Por fim, procedem-se às considerações finais sobre o tema estudado, as referências bibliográficas e os respectivos protocolos em anexos.

2. Capítulo I: Enquadramento Teórico

Este Capítulo abordada de forma abrangente a lombalgia crónica, falando da sua caracterização, como ela surge, as suas causas, abordando igualmente os dados epidemiológicos a nível mundial e os seus respetivos fatores de risco.

2.1. Introdução à Dor Lombar

A Lombalgia é definida como um sintoma doloroso que a afeta a região lombar, que pode irradiar-se uni ou bilateralmente para os membros inferiores (Rodrigues, Silva, Nascimento, Pernambuco, Giani, & Dantas, 2011).

Esta é também conhecida como problema de saúde pública predominante em todas as idades, incluindo na adolescência. (Bogas, 2012).

Segundo Petersen (2012) a dor lombar pode ser dividida em específica e não específica. A específica refere-se a sintomas causados por mecanismo fisiopatológico específicos como hérnia discal, infeções, inflamação, fraturas, e tumor. As lombalgias inespecíficas são de causas desconhecidas ou de diagnóstico impreciso (Lopes, 2010).

A específica, pode ser de origem mecânica e não mecânica, sendo a mecânica resulta de uma sobrecarga ou uso excessivo de uma estrutura anatómica, que podem estar na origem de trauma ou deformidade na região da coluna lombar. A não específica, pode resultar de situações heterogéneas como inflamatórias (ex. espondilopatias), infecciosas (ex. osteomelite), metabólicas (ex. hipertiroidismo) tumorais (ex. primários e secundários), ou dor referida na coluna com origem nas vísceras tais como estruturas retroperitoneais, (Rodrigues, 2011).

Segundo Liezer, Perez, & Sakata, (2012) a dor lombar pode classifica-se de três formas:

- Aguda: Início súbito num período inferior a seis semanas
- Sub-Aguda: Duração por um período de seis a doze semanas
- Crónica: Duração de mais de doze semanas

Na generalidade o percurso clínico da dor lombar é favorável, sendo que vários autores estimam que 60% a 70% destes indivíduos recuperam em menos de seis semanas e 80% a 90% recuperam em menos de doze semanas. Existe uma percentagem de indivíduos, 5% a 10% que mantêm dor lombar persistente ou recorrente por mais 12 semanas desenvolvendo cronicidade e tendo um prognóstico menos favorável (Rodrigues,2011).

A coluna lombar tem importância no equilíbrio ortostático, sendo a principal região do corpo responsável pela sustentação de cargas. (Gouveia & Goveia, 2008).

2.2 Anatomia da Coluna

2.2.1 Coluna lombar

A coluna lombar dá suporte ao corpo humano na adaptação funcional, proporcionando o equilíbrio estático e dinâmico da musculatura do tronco. A organização das diferentes partes que as constituem, suportam uma pressão permanente de forças gravitacionais que se formam no local, através do centro de gravidade do corpo, sendo está estruturada por elementos: osteoarticulares, ligamentos e discos intervertebrais (Consciência, 2007)

- **Osteoarticulares**

O corpo da vertebra lombar assume no plano horizontal a forma aproximada de um rim com curvatura anterior e dimensões variáveis.

O seu arco neural é formado pela convergência de duas lâminas que se une e prolongam constituindo uma apófise espinhosa, posicionada de forma descendente no sentido crânio caudal, com dimensão significativa excepto nas vertebrae sagradas onde notoriamente é maior. Existem duas apófises transversais, duas apófises articulares superiores e duas articulares inferiores, permitindo que articulação e a vertebra adjacente constituem suas capsulas verdadeiras, estabilizadoras e segmentares (Consciência, 2007).

Na coluna lombar os processos transversos encontram-se praticamente no mesmo nível dos processos espinhosos. As vertebrae lombares são maiores e mais pesadas que as restantes, sendo os seus corpos mais largos e transversalmente do que ântero-posteriormente. Existem dez, cinco pares de articulações zigo apofisárias na coluna lombar, estas articulações suportam aproximadamente 20% a 25% de carga axial e pode atingir 70% com a degeneração do disco (Silva, 2005).

As vertebrae lombares (L1-L5) são mais largas e pesadas que as restantes, localizando-se entre as vertebrae torácicas e sagradas, os seus corpos são maciços com o objetivo de suportar o peso da coluna vertebral. Os pedículos são mais curtos com processos transversos longos, sendo um pouco achatado ântero-posteriormente com direcção levemente posterior posicionado em nível superior, para as apófises espinhosos da

vertebra correspondente. As lâminas não são tão longas quanto as das torácicas e são mais estreitas que os corpos, as apófises espinhosas são relativamente verticalizadas deixando entre si em espaço notável ocupado pelo ligamento amarelo. As apófises espinhosas são mais fortes, e na sua face posterior apresentam prolongamentos arredondados (Sanchez, 2009).

- **Ligamentos**

Os ligamentos lombares são estruturas de grande importância que assumem uma variedade de funções decorrentes não só das suas diferentes dimensões, como ainda da sua variada localização. São compostos por tecidos esponjosos, com fibras longitudinais distribuídas em várias camadas, as mais profundas unem as vertebra adjacentes, e as superficiais estendem-se por duas a quatro vértebras (Consciência, 2007).

Na face anterior do corpo vertebral, aderente ao seu bordo ântero superior, encontramos o ligamento longitudinal anterior, formando uma estrutura achatada que se estende ao longo de toda a coluna. O ligamento longitudinal posterior, sendo o mais forte atua fundamentalmente como estabilizador da coluna durante a extensão.

Na face posterior dos corpos vertebrais atua como estabilizador durante a flexão. Nesta existem: o ligamento longitudinal posterior, (estruturas achatada aderente ao rebordo discal e não aderente ao corpo da vertebra); o amarelo do arco neural contribui, para a união das vertebra; os internos capsulares; os supra e inter-espinhosos, e os ligamentos inter-transversais que proporcionam uma estabilidade rotacional acessória (Consciência, 2007).

O sistema ligamentar auxilia na manutenção da configuração da unidade motora além do disco intervertebral. Existem dois ligamentos, que vão da occipital até ao sacro, sendo estes o ligamento longitudinal anterior, que se localiza em frente os corpos vertebrais, e o ligamento supra- espinhal que se localiza atrás dos processos espinhosos. Existe ainda um ligamento muito importante e exclusivo da coluna lombar e da bacia designado por ligamento ilio-lombar, estes conecta o processo transversal da quinta vertebra lombar (L5) à porção posterior do osso ilíaco, auxiliando a estabilizar e a prevenir seu deslizamento anterior. (Silva, 2005).

- **Discos Intervertebrais**

Os discos intervertebrais são uma componente vital para o melhor funcionamento da coluna vertebral, distribuindo as cargas e permitindo movimentos adequados a pequenas cargas, promovendo a estabilidade a cargas maiores. O disco intervertebral é constituído

por duas partes, uma massa gelatinosa chamado núcleo pulposo, e um anel fibroso circundante. (Silva, 2005).

Estes localizam-se na coluna com exacto entre a primeira e a segunda vertebra cervicais.

A nível lombar o disco lombar é formado por um núcleo pulposo gelatinoso com origem nas células primitivas no notocórdios constituindo por cerca 80% de água, proteoglicanos, colagénio e fibrocondrócitos, sendo uma estrutura vascularizada e não innervada, a porção posterior do seu anel fibroso recebe innervação do nervo sinovertebral, o que justifica o desencadeamento de dor nos processos patológicos que envolvem a área. (Consciência, 2007).

O anel fibroso é formado por suas lâminas fibrosas cartilaginosas, dispostas em espiral e mais largas na sua porção anterior que envolvem o núcleo pulposos limitando o movimento das vertebra próximas. Os discos intervertebrais são cobertos por placas cartilaginosas muito resistente formado por substância hialina, fibras conjuntivas e células cartilaginosas. Estas, protegem os corpos vertebrais e permitindo a troca de água entre os dois discos (Sanchez, 2009).

Durante os movimentos de flexão da coluna, o anel fibroso está localizado mais próximo da borda posterior do disco, neste caso, o núcleo pulposo vai dirigir-se para trás, exercendo pressão contra a parte posterior do anel fibroso, facilitando a compressão do disco neste local, podendo em algumas situações originar processos de disfunção estrutural da coluna lombar (Sanchez, 2009).

Os discos intervertebrais têm a função de atuar como amortecedor, distribuindo e absorvendo as cargas aplicadas sobre a coluna, mantendo as vertebra unidas e permitindo os movimentos entre as vertebra, individualizando a vertebra como parte de uma unidade segmentar que atuara em harmonia com as articulações facetaria. Quando ocorrem cargas e descargas no curto período de tempo o disco tem tempo de recuperar, mas quando estas se repetem de modo prolongado, o disco não recupera a sua espessura inicial, o que irá favorecer os mecanismos de lesão das raízes nervosas (Sanchez, 2009).

- **Músculos**

Os músculos da coluna vertebral têm a função de manter, estabilizar e dar equilíbrio, participando nos mecanismos de absorção dos impactos, protegendo a coluna de grandes subcargas (Sanchez, 2009).

Num corte horizontal, que passa na terceira vertebra lombar e mostra a divisão dos músculos do tronco em três grupos que são: Músculos do grupo posterior, músculos vertebrais laterais, músculos da parede abdominal (Kapandji, 2008).

Segundo Kapandji,(2008), os músculos do grupo posterior são divididos em três planos: O plano profundo que compreende os músculos transverso-espinais que ocupam dois planos formado entre a face lateral dos processos transversos, moldando-se estreitamente sobre as lâminas vertebrais. É ainda formado por músculos espinais ou para vertebrais diretamente dispostos sobre a coluna, advindo daí a sua designação.

O plano médio é formado apenas por um músculo que é o serrátil posterior superior, localizado imediato posterior aos músculos da goteira e recoberto pelo plano do musculo latíssimo do dorso, a sua inserção faz-se nos processos espinhosos das três primeiras vertebra lombares, e das duas ultimas vertebra torácicas formando feixes oblíquos supero-lateralmente, terminando a margem inferiores e na face externa das três ou quatro ultimas costelas. Já o plano superficial é formado pelo músculo latíssimo do dorso, com origem na espessa aponeurose lombar, com as fibras oblíqua supero- lateral, recobrem todos os músculos da goteira, e dão origem a fibras musculares seguindo uma linha de transição oblíqua ínfero-lateral (Kapandji, 2008).

Segundo o mesmo autor os músculos laterais do tronco são o quadrado lombar e o músculo ílio-psoas, o quadrado lombar forma um revestimento muscular quadrilátero estendido entre a última costela, a crista ilíaca e a coluna, apresentando uma margem livre lateralmente. É formada por três fibras:

- Fibras que unem diretamente a ultima costela à crista ilíaca;
- Fibras que unem a última costela aos processos transversos das cinco vertebra lombares;
- Fibras que unem os processos transversos das quatro primeiras vertebra lombares à crista ilíaca.

O músculo psoas é constituído por dois músculos que são: músculos psoas maior e o ilíaco, o músculo psoas maior vai insere-se na face lateral dos corpos vertebrais e nos processos transversos da 12ª vertebra lombares, e nos discos intervertebrais que separam essas vertebra. Essas inserções fazem-se por arcos fibrosos com concavidade medial, os diferentes fascículos vão reunir-se acabando por se inserir na face posterior do trocânter menor. Já o músculo ilíaco vai inserir-se na fossa ilíaca, na crista ilíaca, e na base do sacro, seus fascículos depois de convergirem, passam num sulco situado

entre a espinha ilíaca ântero-inferior e a eminência ílio-púbica, terminando na margem lateral do tendão do músculo psoas menor (Pina, 2010)

Para Kapandji (2008), os músculos da parede abdominal são: músculos reto e transverso do abdómem, os oblíquos externos e os oblíquos internos: Os dois músculos do reto do abdómem que formam duas faixas musculares estendidas na face anterior do abdómem, de um lado e do outro da linha mediana. O músculo reto do abdómem é conhecido como músculos poligástrico, esses dois músculos são separados, na linha mediana por um espaço mais largo acima do umbigo que baixa: a linha branca. O músculo transverso do abdómem, numa vista frontal foi representado apenas na metade esquerda e forma a camada mais profunda dos músculos largos da parede abdominal. Os músculos oblíquos interno do abdómem formam a camada intermediária dos músculos largos da parede abdominal, os músculos oblíquos externos do abdómem forma a camada superficial dos músculos largos da parede abdominal.

Na região lombar a flexão é realizada principalmente pelos músculos: reto do abdómem que se encontra na parede abdominal anterior e o psoas que se localiza entre a região lombar e o pequeno trocânter. (Sanchez, 2009)

A flexão lateral é realizada unilateralmente pelos músculos quadrado lombar, e pelos músculos iliocostal do tórax, oblíquo externo e interno do abdómem que são os músculos da parede abdominal ântero-lateral. O músculo psoas pode desempenhar parte desse movimento, a rotação é produzida unilateral pelos músculos rotadores, e pelos músculos oblíquos da parede abdominal ântero-lateral, ou seja os músculos rotadores, músculos multífido, oblíquo externo agindo sincronicamente com o músculo oblíquo interno do oposto (Sanchez, 2009)

2.3 Etiologia

Diversos estudos relatam que a causa da dor lombar ainda é desconhecida, devido a vários fatores que desencadeiam a dor na região lombar.

São vários os fatores de risco individuais, psicológicos e ocupacionais envolvidos. Mas a genética recentemente, e os modelos biodinâmicos tem contribuído para a melhor compreensão do desenvolvimento desta patologia (Figueiredo, 2008).

Segundo Figueiredo, (2008) alguns fatores de risco são:

- ❖ Condições físicas e saúde em geral
 - Vida sedentária e falta de exercícios

- Índice de massa corporal (IMC) - excesso de peso ou de magreza
- Idade
- Género
- Quedas que produzem distensões e espasmo musculares
- Sequelas de fraturas na coluna
- Tabagismo (tosse crónica)
- Mal formação da coluna vertebral
- Alterações da estática da coluna, nomeadamente as escolioses, as hipercifoses dorsais e as hiperlordose lombares. A hipercifoses e a hiperlordose são o aumento das curvas fisiológicas da coluna vertebral, e a escoliose são desvios laterais da coluna com rotações dos corpos vertebrais.

❖ Atividades profissionais

- Levantar e carregar ou empurrar cargas exageradas
- Posturas incorretas
- Posturas mantidas em posição ortostática ou sentada
- Movimentos frequentes de flexão e torção da coluna
- Trabalho manual pesado
- Stress postural
- Desportos violentos ou repetitivos
- Condução automóvel por força dos movimentos vibratórios

❖ Psicossociais

- Trabalho monótono e repetitivo
- Trabalho por turnos
- Turnos longos
- Falta de controlo pessoal
- Pouca satisfação

Alterações climáticas e modificações da pressão atmosférica e temperatura também, são igualmente referenciados como fatores de risco por Figueiredo, (2008).

Alguns estudos sugerem que pode haver uma certa frequência familiar para as lombalgias, hérnia discal ou lombo cistalgias, não existindo no entanto evidência científica para tal facto, embora existam mais evidências quando se trata de lombalgias não específicas. Ainda assim é evidenciado que existem fatores genéticos que podem influenciar certos problemas na coluna tais como a espondilose, escoliose e espondilite anquilosante (Figueiredo,2008).

2.4 Epidemiologia

Segundo a Organização Mundial da Saúde a (OMS) estima-se que 65% a 80% da população tem ou terá um dia um quadro clínico de dor lombar, e 40% desses casos tornar-se-ão um problema crónico. A dor lombar deve ser tratada como problema de saúde pública por atingir níveis epidémicos elevados sendo um importante fator de morbidade, incapacidade funcional absentismo e diminuição da produtividade (Korelo, Ragasson, Lerner, Morais, Cossa, & Krauczuk, 2013)

Alguns autores defendem que a dor lombar afeta de forma semelhante homens e mulheres, independentemente da sua ocupação sendo a maior causa de abstinência. Outros autores afirmam que a dor lombar é mais frequente em mulheres com idade compreendida de 35 a 60 anos, podendo estar associada a presença de osteoporose (Dias, 2011; Petersen,2012 & Figueiredo, 2008)

2.5 Tratamento de Fisioterapia

Podemos definir exercícios como um conjunto de movimentos específicos com o objetivo de desenvolver e trabalhar os músculos e articulações, com a finalidade de promover saúde física do doente. A terapia por exercícios através de programas individuais que incluam o alongamento e o fortalecimento com supervisão, podem melhorar a dor e a função na lombalgia, esses exercícios podem incluir varias sessões de mobilizações, massagens ou terapias manuais (Lieber, Perez, TSA, Sakata, & TSA, 2012).

Em matéria de saúde e cuidados, sabe-se que a fisioterapia é uma das intervenções mais comuns aos problemas lombares, o seu principal objetivo é possibilitar o retorno ao mais elevado nível de atividade, bem como prevenir a cronicidade e as suas recorrências (Gil, Cabri, & Ferreira, 2009)

O tratamento de fisioterapia abrange um vasto conjunto de atos, incluindo exercícios, termoterapia e eletroterapia. A realização de exercícios após a fase aguda da dor para o fortalecimento da musculatura lombar é considerada como modalidade de fisioterapia mais importante. A crioterapia é recomendada para o alívio da dor lombar numa fase aguda por reduzir a inflamação, já o calor é recomendado e aplicado para a reduzir o espasmo muscular. (Silveira, Pasqualotti, Colussi, Vidmar, & Wibelinger, 2010).

Também para Pereira & Marques (2006) a fisioterapia no tratamento da dor lombar tem como objetivo o alívio da dor, a reeducação postural, prevenção e reintegração socioprofissional. Para o alívio das dores a fisioterapia contribuirá com alguns recursos como de eletroterapia como ultra-sons, placas frias e a massoterapia que são uteis para aliviar os sintomas agudos após o início da lombalgia.

A eletroterapia é um fator importante e benéfico para o tratamento da dor lombar, sendo bem tolerada, podendo ser abordada como conjunto de modalidades que incluem um agente terapêutico, a corrente elétrica, laser e ultra-sons. A eletroterapia é definida como aplicação da corrente elétrica de forma a permitir o tratamento de diversas patologias. Esta modalidade terapêutica é amplamente usada na fisioterapia, no alívio da dor, na promoção da reparação tecidual, na recuperação de perda das funções a nível do sistema músculo-esquelética. (Baptista, 2012).

Segundo Silveira, Pasqualotti, Colussi, Vidmar, & Wibeling, (2010) na fase aguda devemos aliviar a dor, promover o relaxamento muscular, o repouso, bem como aliviar o edema e a pressão contra as estruturas nervosas sensíveis à dor, orientar o doente em relação às posturas a adotar. Já na fase crônica deve promover-se o alívio da dor e tensão muscular, através de exercícios de relaxamento muscular, e de exercícios específicos de alongamentos.

A fisioterapia dispõe de vários recursos que vão auxiliar no controle do quadro algico e na reeducação funcional dessas disfunções promovendo o bem-estar físico, mental e social. (Barros, Ângelo, & Uchôa, 2011).

A massoterapia pode oferecer uma abordagem integrada no tratamento da lombalgia que se ocupa de muitos fatores importantes já discutidos. Várias manobras de massagem podem ser combinados para a obtenção de resultados, ao nível desta patologia, podendo ter como objetivo o aumento da elasticidade e flexibilidade muscular. A abordagem da massagem no tratamento de lombalgia, pode ser utilizada isoladamente ou em conjunto com outros métodos para alcançar uma mudança positiva em indivíduos que sofrem de dores lombares. (Chaitow, 2007).

O tratamento da lombalgia e o ganho da função requerem alterações no estilo de vida do doente bem como adesão de vários protocolos de tratamentos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes mesmos doentes. (Chaitow, 2007).

A OMS definiu qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua vida no contexto cultural e do respetivo sistema de valores, considerando os seus objetivos, expectativas, padrões e suas preocupações. Consequentemente o estado de saúde é um dos fatores determinantes para a qualidade dos indivíduos (Lopes, 2009).

O conceito de estilo de vida teve importância durante a última década. A OMS define saúde como sendo o completo bem-estar físico mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, já que a saúde tem sido definida apenas como ausência de doença, mas sim como múltiplos aspetos do comportamento humano que está voltado para o completo bem-estar físico, social e mental, também pode ser definida como condição humana com dimensões físicas, social e psicológicas (Lopes, 2009).

3. Capítulo II: Âmbito do Estágio

Neste capítulo identifica-se o objetivo do estudo do estágio na área que decorreu, ainda relata sobre os objetivos gerais, específicos, e ainda a caracterização do local de estágio.

3.1. Objetivo de Estudo

3.1.1. Objetivo Geral

O estágio tem como objetivo geral aprofundar os conhecimentos ao nível científico e prático relacionados a área pretendida

3.1.2. Objetivos Específicos

- Investigar a prevalência de lombalgia;
- Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre lombalgia crónica;
- Elaboração de um plano de intervenção em fisioterapia direcionado ao estudo da lombalgia crónica;
- Aprofundar competências e habilidades para avaliação e reavaliação em fisioterapia;
- Intervir em doentes com dores lombares;
- Utilizar valores e atitudes baseadas em princípios éticos pertinentes aos exercícios profissionais.

3.2 Caracterização da Instituição

A Clínica de Reabilitação do Lumiar foi inaugurada em 1990, e é uma unidade de saúde voltada para os serviços da fisioterapia e outros cuidados de saúde de forma abrangente, está no mercado à 23 anos dando o seu contributo promovendo o bem-estar dos seus utentes. Caracterizada por uma zona de tratamentos, é constituída por gabinetes individuais destinada a fisioterapia, eletroterapia e massagem e dois ginásios, onde ocorrem as atividades de fisioterapia clínica, correção postural, serviços de pediatria e cuidados pessoais. A clínica tem consultas de Fisiatria, Ortopedia, Medicina Geral e Familiar, Cirurgia Geral e de Obesidade, Psicologia, Terapia da Fala, e ainda Medicina Tradicional Chinesa e Osteopatia. Os utentes são atendidos individualmente. A clínica tem uma receção, uma sala de espera, um consultório onde são realizadas as consultas, dois ginásios um com quatro marquesas, roldanas, dois espaldares, 3 espelhos, uma bicicleta, pedaleira; halteres, e outro menor com uma marquesa, uma passadeira, uma

bicicleta, e quatro cadeiras. Possui ainda um vestiário, dois WC's, sendo um deles destinado ao pessoal. Dispõe igualmente de uma área de apoio aos fisioterapeutas.

Em Novembro de 2012, foi inaugurada a unidade da Ameixoeira designada por FioHealth, que é uma unidade de saúde moderna e inovadora na sua área de implementação, vocacionada para cuidados de saúde abrangentes e atuais. A FioHealth dispõe de uma zona de tratamentos constituída por gabinetes individuais, destinados à área da fisioterapia essencialmente ao nível da eletroterapia e massagem, de um ginásio onde são desenvolvidas atividades de fisioterapia clínica, aulas de correção postural, bem como cuidados pediátricos, um gabinete de consultas, ocupado essencialmente com consultas de especialidades médicas e Fisiatria, Ortopedia, Medicina Geral e Familiar, Cirurgia Geral, Cirurgia de Obesidade, Mesoterapia, Psicologia e Terapia da Fala e não médicas como Medicina Tradicional Chinesa e Osteopatia. A clínica privilegia a proximidade com pacientes e sua individualização, preocupando-se com a qualidade e eficácia da intervenção, recorrendo preferencialmente à prática de terapias manuais. A FioHealth têm uma receção e uma sala de espera, um vestiário para os utentes, duas casas de banhos uma para mulheres e outra para homens, o ginásio dispõe de cinco marquesas, uma bicicleta, dois espaldares, roldanas, uma bola de Pilates, halteres e material vário, secretária de apoio ao fisioterapeuta, um lavatório, dois espelhos e uma pedaleira, dispondo ainda de uma área reservada unicamente a tratamentos de eletroterapia, massagem e bem-estar, composta por oito *boxs*, dispondo esta, de sala de estar própria para utentes.

4. Capítulo III: Atividades Clínicas

Neste relatório as atividades da minha prática clínica desenvolvida no âmbito do estágio, com o funcionamento e caracterização dos serviços de fisioterapia onde o mesmo decorreu. Nesta atividade são caracterizadas em serviços de reabilitação, descrição das atividades, como foi realizada as avaliações aos utentes e os quais instrumentos de medida utilizados nas intervenções individuais em todos os utentes.

4.1 Serviço de Reabilitação

As atividades da prática clínica decorreram em duas instituições, uma na clínica FisioHealth e outra na clínica de Reabilitação do Lumiar no serviço de reabilitação. Estas duas unidades doentes de todas as faixas etárias. O horário de funcionamento é das 8:00h às 19:00h, dispondo de três fisioterapeutas, uma na clínica de reabilitação do Lumiar outra da clínica FisioHealth e uma terceira, a fisioterapeuta responsável que desempenha as suas funções em ambas as unidades. As patologias recorrentes situam-se essencialmente na área do músculo esquelética, traumatologia, reumatologia e neurologia, para além de patologia pediátrica e cardio-respiratória. São prevalentes casos de dores lombares, artroplastia do joelho e anca, bem como patologias ao nível do ombro.

As intervenções efetuadas aos utentes nesse serviço são individuais, sendo efetuados os respetivos registos clínicos em suporte de papel os quais contêm uma avaliação inicial, e sucessivas reavaliações e instrumentos de medidas, o número de cada sessão e suas presenças. Cada utente é agendado nos dias da semana no sistema informático, contendo o tipo de patologia, tratamentos prescritos, seus horários, dias da semana, bem como o tempo em que decorreu a intervenção.

4.2 Descrição das Atividades

As atividades da prática clínica decorreram num período de 8 semanas, com início a 20 de Janeiro de 2014 e término a 12 de Março de 2014, tendo uma carga horária diária de 6 h. A prática clínica caracterizou-se por três fases e demonstrou a evolução ao longo do estágio, onde estão escritas as atividades realizadas nesse período.

Inicialmente foram-me apresentadas as instalações e o ambiente de trabalho, os fisioterapeutas e os funcionários da instituição. As normas de funcionamento foram-me facultadas pela minha orientadora, ensinando-me como fazer os registos da clinica, as avaliações aos utentes e aplicação dos instrumentos de medida, as minhas primeiras intervenções nas quais me foram atribuídos os casos clínicos a intervir, e onde pude estabelecer os meus objetivos e plano de tratamento, realizando as primeiras avaliações no meu protocolo.

A fase de intervenção clinica decorreu nas quatro semanas de estágio onde me foram atribuídos ao todo cinco casos com a mesma patologia – lombalgia-, tendo-me sido dada autonomia para intervir. Tive ainda oportunidade de assistir ao tratamento de diversos doentes com diferentes patologias.

Todos os doentes são tratados em regime ambulatorio, sendo as intervenções individuais e fundamentais para a recuperação do utente. Os objetivos dos utentes passam por, recuperar a qualidade do movimento e aumentar as capacidades funcionais ajudando na sua independência e sua qualidade de vida.

4.3 Avaliação aos instrumentos de Medida

A avaliação do utente consiste numa avaliação subjetiva e objetiva. A primeira é sempre realizada através de uma entrevista aos utentes na qual são feitas perguntas sobre a sua história familiar e sobre atual historia clinica, para obter informações e completar avaliação.

A segunda é realizada através de uma observação detalhada e aplicação dos instrumentos de medida, na avaliação objetiva foram utilizados instrumentos de medidas para fazer o exame articular, testes especiais para distinguir a presença dor lombar e exame da análise da dor.

4.4 Cronograma

Data	Utente	Diagnostico Clinico e/ou em Fisioterapia	Intervenções
20 Jan		Integração na Instituição, apresentação a ft. Paula Soares e sua equipa de Trabalho	
21 Jan	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia.	Observações das intervenções realizadas pela terapeuta responsável
22 Jan	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Continuação da observação das intervenções
23 Jan	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Continuação da observação das intervenções
24 Jan	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Continuação da observação das intervenções
27 Jan	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Continuação da observação das intervenções
28 Jan	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Avaliação Subjetiva e Objetiva Ultra-som, Calor Húmido, Corrente interferencial, a coluna lombar à direita, massagem a coluna dorsal e lombar à direita, CCP
29 Jan	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Continuação da Avaliação Objetiva e Subjetiva
30 Jan	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Observações das intervenções realizadas pela terapeuta responsável
31 Jan	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
3 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
4 Fev	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Observações das intervenções realizadas pela terapeuta responsável
5 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
6 Fev	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Observações das intervenções realizadas pela terapeuta responsável
7 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
10 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
11 Fev	♂♀	Omalgias, lombalgias, luxações do ombro e cervicalgia	Observações das intervenções realizadas pela terapeuta responsável
12 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções

13 Fev	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Avaliação Subjetiva e Objetiva Ultra-som nas zonas dolorosas, interferenciais, massagem a coluna total mas trapézio, fortalecimento muscular mais extensores da coluna.
14 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Reavaliação da Avaliação Objetiva e monitorização das intervenções.
	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Continuação da Avaliação Subjetiva e Objetiva
18 Fev	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Avaliação Subjetiva e Objetiva Ultra-som a lombar, corrente interferenciais a coluna lombar à direita, massagem à coluna cervical e lombar, ginástica mais fortalecimento
	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
19 Fev	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Continuação da Avaliação Subjetiva e Objetiva
	M.S 68 anos ♀	Lombalgia	Avaliação Subjetiva e Objetiva Calor húmido na coluna total, massagem a coluna e o trapézio, fortalecimento mais ginástica cinesioterapia vertebral
	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
20 Fev	M.S 68 anos ♀	Lombalgia	Continuação da Avaliação Subjetiva e Objetiva
	L.C 80 anos	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
21 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
	M.S 68 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
24 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
	M.S 68	Lombalgia	Monitorização das intervenções

	anos ♀		
25 Fev	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
	M.S 68 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
26 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Reavaliação da Avaliação Objetiva e monitorização das intervenções
	M.S 68 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
27 Fev	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
	M.S 68 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
28 Fev	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
	L.C 80 anos ♀	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	M.S 47 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
	M.S 68 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
3 Mar	R.B 35anos ♀	Lombalgia	Avaliação Subjetiva e Objetiva Calor húmido, dia dinâmica a lombar e perna esquerda, massagem à coluna lombar, fortalecimento
	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
4 Mar	R.B 35 anos ♀	Lombalgia	Continuação da Avaliação Subjetiva e Objetiva
5 Mar	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
	R.B 35 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
6 Mar	R.B 35 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções

7 Mar	A.R,73 anos,♀	Lombalgia sobre tudo a direita mais dorsalgia a direita	Monitorização das intervenções
	R.B 35 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
10 Mar	L.C 80 anos	Lombosacralgias	Monitorização das intervenções
	R.B 35 anos ♀	Lombalgia	Monitorização das intervenções
11 Mar	R.B 35 anos ♀	Lombalgia	Reavaliação da Avaliação Objetiva e monitorização das intervenções
	L.C 80 anos	Lombosacralgias	Reavaliação da Avaliação Objetiva e monitorização das intervenções
12 Mar	Término de Todas as Avaliações		

5.Capitulo IV: Introdução dos Casos Clínicos

Neste capítulo serão apresentados os casos clínicos, em que foi realizado uma avaliação inicial e final, onde depois a primeira avaliação foi definido o problema, os objetivos de intervenção e o plano de tratamento.

5.1 Protocolo de Avaliação

❖ Identificação

Nome:	Data de Preenchimento:		
Idade:	Serviço:		
Sexo:	Doente Externo:		
Raça:	Médico:		
Estado Civil:	Início da Fisioterapia:		
Localidade:	Fisioterapeuta	Horários	Frequência
Profissão:			
Local de Trabalho:			

❖ Exame Subjetivo

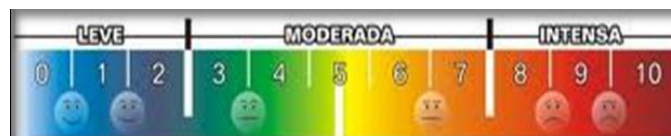
Diagnostico Médico:

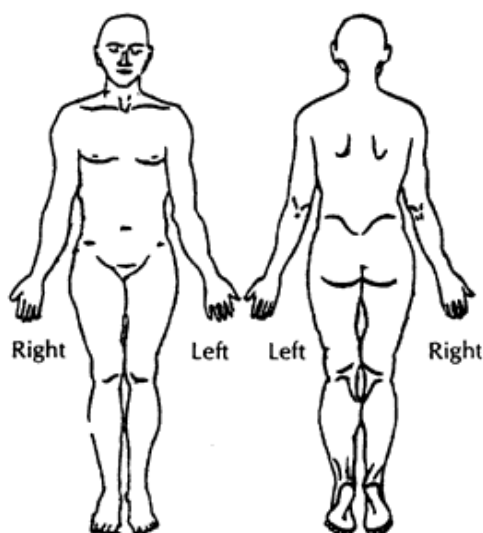
Tipo de Problema:

Historia Atual:

❖ Sintomas

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):





- ❖ **Escala Visual Analógica:** Segundo (Duarte, 2011) a Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal ou vertical, de 10 centímetros, que tem assinalado numa extremidade a classificação “ Sem Dor” ou “ Ausência de Dor” e, na outra classificação “ Dor Máxima” ou “ Dor Incapacitante.

Historia Passada:

Historia Clinica:

Antecedentes Pessoais:

Antecedentes Familiares:

Atividades/Passatempos:

Situação socio familiar/ habitacional:

Expectativa do doente:

❖ *Exames Objetivo*

Aspetos Gerais	
Estado de Consciência:	Língua/ Mucosa:
Estado Emocional:	Independência:
Fala:	Colaboração:
	Audição e Visão:
Observação:	

- ❖ *Exame de Pele*
- ❖ *Palpação*
- ❖ *Exame do Movimento*

Movimentos da Região Dorso Lombar	Movimentos Ativos	Movimentos Passivos
Flexão		
Extensão		
Inclinação a Direita		
Inclinação a Esquerda		
Rotação a Direita		
Rotação a Esquerda		

❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	
Extensão	35°	
Inclinação a Direita	40°	
Inclinação a Esquerda	40°	
Rotação à Direita	35°	
Rotação a Esquerda	35°	
Observações:		

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	
Extensores	
Inclinadores à Direita	
Inclinadores à Esquerda	
Rotadores à Direita	
Rotadores à Esquerda	

❖ *Teste Especiais*

Sinal de Lasègue: O sinal de Lasègue é uma dor provocada pelo estiramento do nervo isquiático de uma ou duas raízes. É estada pela elevação progressiva e lenta do membro inferior em extensão com paciente em dorsal. A manifestação dolorosa produz dor sentida espontaneamente pelo paciente, ou seja, seguindo a topografia da raiz atingida. O verdadeiro sinal de Lasègue é o que aparece geralmente antes do 60°

de flexão. Acima de 60° não se trata mais de Lasègue uma vez que a tensão máxima do nervo isquiático atinge o seu máximo de 60° (Kapandji, 2006).

Teste de Romberg: O teste de Romberg é um teste vulgarmente realizado durante ao exame neurológico para avaliar a integridade das colunas dorsais da medula espinal. Pode ser suscitado em muitas condições que afetam a Propriocepção, este teste simples oferece uma pista importante para a presença de uma patologia na via propriocetiva, e deve cuidadosamente ser efetuado durante a uma avaliação neurológica. É realizado com o paciente em pé, pés juntos, braços ao lado do corpo e com os olhos fechados, é considerado positivo quando a presença de oscilação ou queda. (Khasnis & Gokula, 2003).

❖ *Sensibilidade*

Tátil:	
Térmica:	
Dolorosa:	
Observação:	

❖ *Postura:*

❖ *Análise da Marcha:*

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo

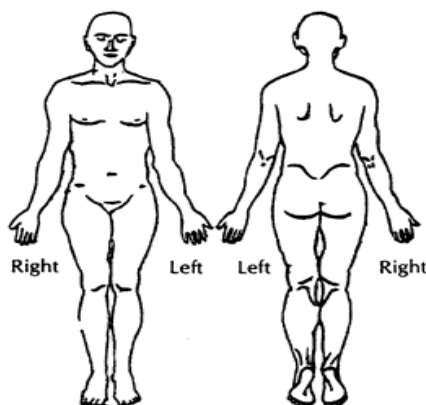
❖ *Reavaliação*

❖ **Sintomas**

Dor:

Região da Dor:

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):



❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	
Extensão	35°	
Inclinação a Direita	40°	
Inclinação a Esquerda	40°	
Rotação à Direita	35°	
Rotação a Esquerda	35°	
Observações:		

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo

5.2 Caso Clínico I

Referente a A.C.R utente do sexo feminino de 73 anos, de raça caucasiana natural de Cabo-Verde, com diagnóstico de lombalgia sobretudo à direita mais dorsalgia à direita. Aposentada do ramo da restauração.

❖ Avaliação Subjetiva

➤ História Clínica

Paciente de 73 anos, aposentada, que na sua vida profissional passava longos períodos em posição ortostática, apresenta atualmente dor na região lombar sobretudo a direita. Tem dor moderada ao nível das vertebrae lombares, e abaixo da região escapular. A dor é moderada sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos. Doente cardíaca e hipertensa, auto controlado com a medicação. À quarenta dias caiu e ficou com dor e impotência funcional. O Rx de 3/10/2012 não apresenta sinais de luxação ou fratura, apresentando limitação articular em todas as amplitudes e impotência funcional.

Posteriormente no dia 23/10/2013 apresenta tendinite do supra espinhoso por queda de impacto na mão.

Já a 24/01/2014 apresente lombalgia de esforço sobretudo a direita mais dorsalgias à direita. Rx de 20/1/2014 sem alterações.

- Condições Familiares, Habitacionais e Socio-Economicas

A utente é divorciada, reside com um filho numa vivenda de primeiro andar, e tem dificuldades em subir e descer escadas, o seu quarto encontra-se no andar inferior.

- Expectativas do Utente

A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhor da dor na região lombar.

❖ **Avaliação Objetiva feita a (28.01.2014)**

- Aspetos Gerais

A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa audição usa óculos e é bastante colaborante.

- Exame da Pele

Pele normal sem sinais de inflamação, sem cicatriz, sem calor, rubor e sem edema.

- Palpação

Ausência de dor durante palpação da referida região

- Exame do Movimento

Sem muita dificuldade para realizar os movimentos pedidos, apresenta apenas dor à flexão e restrição na realização do mesmo movimento. (Ver anexos)

- Exame Articular

Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência (Ver anexos).

- Exame Muscular

O teste muscular não foi realizado analiticamente mas por grupos musculares, tendo a doente uma força muscular global diminuída no início de tratamento. Apresentava grau 3+ nos flexores e 3 nos restantes grupos musculares (Ver anexos)

- Testes Especiais

Sinal de lasègue negativo, e teste de Romberg negativo.

- Sensibilidades

Utente tem reposta normal adequada ao estímulo.

- Postura

Ombro esquerdo mais elevado que o direito, aumento das cifoses dorsais (Ver anexos).

- Análise da Marcha

Normal sem qualquer alteração

- Plano de Tratamento

Do plano de tratamento consistia em: ultrassom, calor húmido, correntes interferenciais, massagem, cinesioterapia corretiva postural (CCP).

❖ **Reavaliação**

A reavaliação foi feita no dia 21.02.2014, a utente referia ausência de dor e melhorias. Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a utente teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular.

❖ **Objetivo da Intervenção**

- Objetivos a Curto Prazo

- Diminuição da dor
- Fortalecimento muscular
- Alongamento e relaxamento da musculatura abdominal

- Objetivos a Longo Prazo

- Correção postural para diminuição das queixas dolorosas e aumento mobilidade da paciente.

❖ **Plano de Tratamento**

- **Ultra-som**

Segundo Kitchen (2003) quando o ultra-som penetra no corpo ocorre um efeito nas células e tecidos por dois mecanismos que é o térmico e não térmico.

O Ultra-som tem efeito térmico quando percorre os tecidos, uma percentagem é absorvida, levando ao aumento do calor dentro dos mesmos, a quantidade de absorção

vai depender da natureza do tecido, seu grau de vascularização e a frequência do Ultra-Som. Tecidos com altos conteúdo de proteína vão absorve-lo com maior intensidade do que aqueles com conteúdo de gordura mais alta, e quanto maior a frequência maior a absorção. Tem como vantagem produzir aquecimento, tendo o terapeuta o dever de controlar a profundidade da aplicação.

- **Calor Húmido**

O calor húmido vai causar uma vasodilatação por vários mecanismos, entre eles a elevação da temperatura que terá um efeito direto no estado da dilatação das arteríolas e vénulas que atuara sobre a musculatura dos vasos sanguíneos.

Segundo Kitchen, (2003), também poderá ser produzido ao nível da pele um reflexo axonal local no qual a estimulação das determinações nervosas, sensitivas e cutâneas produzirá um impulso nervoso sensitivo, nos ramos dos nervos sensitivos que se arborizam em torno dos vasos sanguíneos da pele. Ocorrendo um aumento do fluxo sanguíneo na pele com áreas remotas do tecido aquecido devido aos reflexos nervosos espinhais longos. Os níveis aumentados de custos metabólicos no sangue, e resultados da atividade metabólica.

- **Corrente Interferencial**

Segundo Kitchen, (2003), a corrente interferencial é uma aplicação transcutânea de correntes elétricas alternadas da medida de frequência com amplitudes moduladas, baixa e frequência. Tem também vantagens na redução de resistência da pele e assim o desconforto normalmente ocorrido pelas correntes tradicionais. Pode ser usada para, o alívio da dor, 67% para dor aguda e 78% para dor crónica. Tem sido proposto que a corrente interferencial alivia a dor através da estimulação dos nervos sensoriais.

Aumentam e melhora a circulação sanguínea, bem como o edema, podendo eliminar as substâncias químicas, e estimulação nervosa nociceptica. A redução do edema diminui a pressão sobre os tecidos. Este fenómeno deve-se essencialmente a leve contração muscular ou acção sobre o sistema nervoso autónomo, diminuindo o tónus dos vasos sanguíneos (Kitchen, 2003)

- **Massagem**

Segundo Chaitow (2007) a abordagem da massagem terapêutica no tratamento da lombalgia baseia-se em diferentes manobras, podendo estas serem realizadas isolada ou

conjuntamente com outros métodos, com o objetivo de alcançar uma mudança positiva no indivíduo com lombalgia. A maioria das pessoas tem ideias pré concebidas sobre o que deve ser a massagem corporal, relaxante, passiva, ou geral.

A massagem terapêutica pode ser definida como um conjunto de ações manuais efetuadas metodicamente sobre uma ou mais regiões do corpo, determinando o contacto, a direção, a intensidade, a velocidade e a duração do tratamento.

Segundo Fritz (2002) a técnica manual envolve aplicações sistemáticas de toque, alisamento, fricção, vibração, percussão, amassamento, alongamento, compressão, ou movimentos ativos e passivos da articulação dentro do âmbito normal do movimento fisiológica.

- **Cinesioterapia Corretiva Postural (CCP)**

Segundo Conti (2011) a Cinesioterapia pode ser o uso de movimento ou exercícios como forma de tratamentos. Técnica baseada nos conhecimentos de anatomia, fisiologia e biomecânica, por fim proporcionar ao paciente um melhor programa de prevenção e reabilitação. A cinesioterapia tem o objetivo de corrigir, manter, recuperar determinadas funções e restaurar função normal do corpo mantendo o bem-estar. Tem como principal finalidade a manutenção ou desenvolvimento do movimento da função, seus efeitos baseiam-se na manutenção no desenvolvimento e melhora da restauração e a manutenção da força de resistência a fadiga da mobilidade e flexibilidade do relaxamento e da coordenação motora.

O programa de exercícios para cada doente é determinado de acordo com as suas necessidades e baseia-se na avaliação e incapacidade do paciente, equilibrando as forças mecânicas e atuando sobre o organismo como um todo proporcionando uma melhor qualidade do movimento, levado a melhora da qualidade de vida, e é de fundamental importância para a fisioterapia. O fisioterapeuta vai procurar alcançar através de metodologias e técnica propícia e baseada na utilização terapêutica dos movimentos e dos fenómenos físicos, e no aumento da qualidade de vida para o indivíduo diante das disfunções intercorrentes.

- **Reeducação Postural**

Para Gonçalves (2012) a academia ortopédica tem como definição de postura o estado do equilíbrio dos músculos e ossos com capacidade para proteger as estruturas do corpo

de traumatismos, quer seja na posição em pé, sentado ou deitado, e vai facilitar a manutenção do equilíbrio corporal estático com o mínimo de esforço do sistema músculo-esquelético estando indivíduo em posição ortostática. A postura é um arranjo relativo das partes do corpo onde o equilíbrio muscular esquelético será responsável para boa postura e eficiência.

A postura é mantida com facilidade, sem esforço e sem fadiga, permitindo múltiplos movimentos e facilitando a função muscular, outros factos que são essenciais na caracterização de uma adequada postura é a relação entre a cabeça e o resto do corpo em especial a coluna vertebral. É ainda de salientar que a postura pode envolver fatores anatómico- funcionais, psico-emocionais, e socio-ambientais

5.3 Caso Clinico II

Referente a L.J.C utente do sexo feminino, de 80 anos de raça caucasiana de Lisboa, com diagnóstico de lombosacralgias. Domestica atualmente aposentada.

❖ Avaliação Subjetiva

- História Clínica

Anteriormente, a utente já tinha recorrido a fisioterapia por diversas patologias, entre elas: raquialgias, dor a nível dos membros superiores, podalgias, discartrose, cervicália, ciatalgia e lombalgia. Tem dor intensa a nível da região lombar e cervical, que irradia a nível dos membros superiores e inferiores. A dor é intensa sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos. Doente hipertensa auto controlada com medicação. No dia 1/2014 Rx coluna lombar L1,L4,L5.

Atualmente voltou a recorrer os serviços de fisioterapia com uma lombosacralgia.

- Condições Familiares, Habitacionais e Socio-Economicas

A utente é viúva, reside sozinha em um prédio no 1ªandar sem elevador, tem dificuldades em subir e descer as escadas.

- Expectativa da Utente

A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhorar da dor na região lombar.

❖ **Avaliação Objetiva feita a (13-02-2014)**

• Aspetos Gerais

A utente tem o estado de consciência estável, sem alterações da fala, com o estado emocional relevante, independente, tem boa audição, usa óculos e é bastante colaborante.

• Exame da Pele

Pele normal sem sinais inflamatórios, sem cicatriz, sem calor, rubor, sem edema.

• Palpação

Presença de dor durante palpação da referida região

• Exame do Movimento

Dificuldade para a realizar os movimentos pedidos, apresentando dor e restrição na realização dos restantes movimentos. (Ver anexos)

• Exame do Articular

Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência (Ver anexos)

• Exame Muscular

O teste muscular não foi realizado analiticamente mas por grupos musculares, tendo a doente uma força muscular global diminuída no início do tratamento. Apresentava grau 3 nos flexores e nos restantes grupos musculares. (Ver anexos)

• Testes Especiais

Sinal de Lasègue negativo para membro inferior direito e positivo para o esquerdo. Teste de Romberg negativo.

• Sensibilidade

Utente tem resposta normal adequada ao estímulo

- Postura

Ombro direito mais elevado que o esquerdo, atitude escoliótica região torácica direita e região lombar esquerda (Ver anexos)

- Análise da Marcha

Normal sem alteração

- Tratamento

Do plano de tratamento consistia em: ultrassom, correntes interferenciais, massagem, fortalecimento.

- ❖ **Reavaliação**

A reavaliação foi feita no dia 11-03-2014, a utente referia dor a nível da região lombar e joelho esquerdo. Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular

- ❖ **Objetivo da Intervenção**

- Objetivo a Curto Prazo

- Diminuição da dor
- Fortalecimento muscular
- Alongamento e relaxamento da musculatura Abdominal

- Objetivo a Longo Prazo

- Melhorar a mobilidade articular, para a diminuição das queixas de dor

- ❖ **Plano de Tratamento**

- **TENS Convencional**

É uma corrente elétrica transcutânea analgésica e não invasiva usada por fisioterapeutas, tem efeitos antieméticos favorecendo a regeneração dos tecidos. Tem como objetivo aliviar a dor de determinadas patologias. (Kitchen, 2003)

- **Ultra-Som**

Já definido anteriormente.

- **Massagem a Coluna**

Já definido anteriormente.

- **Fortalecimento Muscular**

Estes exercícios são benéficos para os músculos extensores da lombar e os abdominais, a reabilitação e a prevenção desses exercícios sujeitara o tecido muscular as sobrecargas aumentando a sua resistência e a força (Lopes, 2009)

- **Exercícios de Isostretching Com a Bola Suíça**

Isostretching é um exercício para ganho de flexibilidade e fortalecimento do corpo. Este método auxiliara no fortalecimento da musculatura, melhora da flexibilidade, no aumento da mobilidade articular, no controle respiratório melhorando a condição física do doente. (Pizol & Oliveira, Exercícios de Isostretching e Estabilização Segmentar na Lombalgia Cronica:Um estudo Comparativo, 2011)

Os exercícios com a bola suíça vão aumentar ativação dos músculos estabilizadores do tronco permitindo trabalhar com maior eficácia o sistema neuromuscular. Benefícios estes, serão resultados do aumento da musculatura do tronco, que vai promover uma adequada estabilidade no equilíbrio e na coordenação (Duarte,2010).

- **Reeducação Postural Global (RPG)**

A Reeducação Postural Global, conhecida por suas iniciais RPG, é um método inovador da fisioterapia criado e desenvolvido pelo francês Philippe Emmanuel Souchard, por ser o fundador da técnica em 1970 (Resende, 2010).

A reeducação postural global é indicada para o tratamento de lombalgias com objetivo de uma boa postura, protegendo as estruturas musculares, articulares, capsulares, ligamentares e esquelética, evitando possíveis lesões e doenças. A reeducação postural é uma técnica realizada através de alongamentos de varias posturas, como sentadas, em pé e em decúbito (Pizol & Oliveira, Exercícios de Isostretching e Estabilização Segmentar na Lombalgia Crônica: Um estudo Compartivo, 2011).

5.4 Caso Clínico III

Referente a M.F.S de 47 anos de raça caucasiana de Lisboa, com diagnóstico de lombalgia. Funcionaria de um lar de idosos, e encontra-se atualmente desempregada.

❖ **Avaliação Subjetiva**

• Historia Clinica

Paciente de 47 anos, desempregada, que durante a vida profissional passava longos períodos em posição ortostática, apresenta atualmente dor na região lombar irradiada para parte lateral da anca esquerda. Tem dor intensa sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos, doente hipertensa auto controlada. A 7 anos apresentava raquialgias. O TC de 10/01/2014 apresenta fratura pós cirúrgica a envolver a raiz L5 Atualmente apresenta lombalgia

• Condições Familiares Habitações e Socio- Económicas.

A utente é solteira, reside com dois filhos no rés-do-chão de um prédio.

• Expectativa do Utente

A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhorar da dor na região lombar.

❖ **Avaliação Objetiva feita a (18-02-2014)**

• Aspetos Gerais

A utente tem estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, é independente, tem boa audição usa óculos e é bastante colaborante.

• Exame da Pele

Cicatriz na região lombar, sem inflamação, sem dor e rubor.

• Palpação

Ausência de dor durante palpação da referida região

- Exame de Movimento

Sem muita dificuldade para realizar os movimentos pedidos, apresenta dor e restrição na realização do mesmo. (Ver anexos)

- Exame Articular

Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência. (Ver anexos)

- Exame Muscular

O teste muscular não foi realizado analiticamente mas por grupos musculares, tendo a doente força muscular global diminuída no início do tratamento. A apresenta grau 3 nos flexores e nos restantes grupos musculares. (Ver anexos)

- Testes Especiais

Sinal de lasègue negativo, e teste de Romberg negativo

- Sensibilidade

Utente tem resposta normal adequada ao estímulo

- Postura

Sem alterações da postura (ver anexos)

- Análise Marcha

Normal sem alteração.

- Tratamento

Do plano de tratamento consistia em: Ultra-som, Corrente Interferenciais, massagem, ginástica mais fortalecimento.

❖ **Reavaliação**

A reavaliação foi feita no dia 24.02.2014, a utente referia ausência e melhorias. Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a utente teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular.

❖ **Objetivo da Intervenção**

- Objetivo à Curto Prazo

- Diminuição da dor
- Fortalecimento muscular
- Alongamento e relaxamento da musculatura abdominal

- Objetivo à Longo Prazo

- Melhorar as AVDs e a mobilidade.

❖ **Plano de Tratamento**

- **Ultra-som**

Já definido anteriormente.

- **Corrente Interferencial**

Já definido anteriormente.

- **Massagem**

Já definido anteriormente.

- **Fortalecimento Muscular**

Já definido anteriormente.

- **Exercícios de Isostretching Com a Bola Suíça**

Já definido anteriormente.

5.5 Caso Clínico IV

Referente a M.H.M.S do sexo feminino 68 anos, de raça caucasiana de Lisboa com diagnóstico de lombalgia. Costureira, atualmente encontra-se desempregada

Avaliação Subjetiva

- Historia Clinica

Paciente de 68 anos, aposentada, que na sua vida profissional passava longos períodos sentada, apresenta atualmente dor na região lombar. Tem dor moderada a nível das vertebrae lombares, cervical que irradia para o membro inferior esquerdo. A dor é moderada sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos. Doente é hipertensa auto controlada com medicação.

Anteriormente já tinha recorrido a fisioterapia por diversas patologias entre elas: dor a nível dos membros superiores e inferiores, cervicalgia, lombartrose incipiente, discopatia e lombalgia. O raio x 5/4/2013 apresenta na região cervical uma unodiscartrose estone do canal raquidiano, contratura paravertebral e cervical, dorsal e lombar.

- Condições Familiares Habitacionais e Socioeconómicas

A utente é casada, reside com marido segundo andar de um prédio

- Expectativas do Utente

A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhorar da dor na região lombar

- ❖ **Avaliação Objetiva feita a (19/02/2014)**

- Aspetos Gerais

A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa visão e audição e é bastante colaborante.

- Exame da Pele

Pele normal sem sinais de inflamação, sem cicatriz, sem calor, rubor, sem edema

- Palpação

Ausência de dor durante palpação da referida região

- Exame do Movimento

Sem muita dificuldade para realizar os movimentos pedidos, apresentando dor e restrição na realização do mesmo movimento. (Ver anexos)

- Exame Articular

Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência (Ver anexos)

- Exame Muscular

O teste muscular não foi realizado analiticamente mas por grupos musculares, tendo a doente uma força muscular global diminuída no início de tratamento. Apresentava grau 3 nos flexores e 3 nos restantes grupos musculares (Ver anexos)

- Testes Especiais

Sinal de lasègue negativo, e. teste de Romberg positivo.

- Sensibilidades

Utente tem resposta normal adequada ao estímulo

- Postura

Ombro direito mais elevado que o esquerdo, aumento das cifoses dorsais. (Ver anexos)

- Análise da Marcha

Normal sem alteração

- Plano de Tratamento

Do plano de tratamento consistia em: calor húmido, correntes interferenciais, massagem, fortalecimento e ginástica cinesioterapia vertebral

- ❖ **Reavaliação**

A utente teve alta antes da possível reavaliação

❖ **Objetivo da Intervenção**

- Objetivo à Curto Prazo

- Diminuição da dor
- Fortalecimento muscular e relaxamento

- Objetivo à Longo Prazo

- Diminuição das cifoses dorsais
- Melhorar a mobilidade
- Correção postural
- Melhorar as AVDs

❖ **Plano de Tratamento**

- **Calor Húmido**

Já definido anteriormente.

- **TENS Convencional a**

Já definido anteriormente.

- **Massagem**

Já definido anteriormente.

- **Fortalecimento Muscular**

Já definido anteriormente.

- **Exercícios Cinesioterapêutico**

A cinesioterapia são exercícios voltados para o uso do movimento. A sua técnica baseia-se nos conhecimentos de anatomia, fisiologia e biomecânica, com intuito de proporcionar ao paciente um trabalho eficaz de prevenção cura e reabilitação, esta

associada aos exercícios de fortalecimento para o sistema muscular, e têm um papel importante na fisioterapia e na reabilitação (Conti, 2011)

5.6 Caso Clínico V

Referente a utente R.C.C.B do sexo feminino de 35 anos, de raça caucasiana de lisboa, com diagnóstico de lombalgia. Trabalha em uma churrascaria.

Avaliação Subjetiva

- Historia Clinica

Paciente de 35 anos, trabalhadora, que a na sua vida profissional passa longos períodos em posição ortostática, apresenta atualmente dor na região lombar. Tem dor moderada ao nível da região lombar que irradia a nível dos membros inferiores. A dor é moderada com horários específicos. O Rx de 26/11/2013 sem aspetos relevantes, e não apresenta sinais de luxação ou fratura.

- Condições Familiares Habitacionais e Socio-Economicas

A utente é solteira, reside com os pais no segundo andar de um prédio.

- Expectativas do Utente

A utente está otimista com relação ao tratamento e pretende melhor da dor na região lombar.

- ❖ **Avaliação Objetiva feita a (03/03/2014)**

- Aspetos Gerais

A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa audição usa óculos e é bastante colaborante.

- Exame da Pele

Pele normal sem sinais de inflamação, sem cicatriz, sem calor, rubor e sem edema

- Palpação

Ausência de dor durante palpação da referida região.

- Exame do movimento

Sem muita dificuldade para realizar os movimentos pedidos, apresenta apenas dor à flexão e restrição na realização do mesmo movimento. (Ver anexos)

- Exame articular

Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência (Ver anexos)

- Exame Muscular

O teste muscular não foi realizado analiticamente mas por grupos musculares, tendo a doente uma força muscular global diminuída no início de tratamento. Apresentava grau 3 nos flexores e 3 nos restantes grupos musculares (Ver anexos)

- Testes Especiais

Sinal de lasègue negativo, e teste de Romberg negativo

- Sensibilidade

Utente tem resposta normal adequada ao estímulo.

- Postura

Postura normal sem qualquer alteração (ver anexos)

- Análise da Marcha

Normal se qualquer alteração

- Plano de Tratamento

Do plano de tratamento consistia em: calor húmido, dia dinâmica, massagem e fortalecimento.

- ❖ **Reavaliações**

A reavaliação foi feita no dia 11/3/2014 a utente referia ausência e melhorias. Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a utente teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular.

❖ **Objetivo da Intervenção**

- Objetivo a Curto Prazo
 - Diminuir a dor
 - Diminuição de queixas dolorosas

- Objetivo a Longo Prazo
 - Fortalecimento muscular
 - Alongamento
 - Relaxamento da Musculatura

❖ **Plano de Tratamento**

- **Calor Húmido**
Já definido anteriormente.

- **TENS Convencional**
Já definido anteriormente.

- **Massagem**
Já definido anteriormente.

- **Fortalecimento**
Já definido anteriormente.

- **Exercícios de Isostretching Com a Bola Suíça**
Já definido anteriormente.

6. Capítulo V: Considerações Finais

Sabemos que a fisioterapia é um ponte chave e importante para o bem-estar na sociedade, porque promove o alívio da dor e tem eficácia na melhora da funcionalidade de cada ser humano. Consoante a vários estudos sobre a dor lombar, viu-se que a fisioterapia é um método de intervenção comum utilizado para determinadas disfunções. No âmbito do mestrado em fisioterapia, me foi proposta a realização de um estágio onde colocaria em prática os conhecimentos relacionada a área de opção. O objetivo de estágio é aquisição de conhecimentos em relação a área pretendida, uma vez que o estágio de bases sobre o desenvolvimento de técnicas realizadas na intervenção, ensina a elaborar e por em prática um plano de intervenção baseado em um protocolo de avaliação direcionado ao estudo.

A aplicação das técnicas estudadas durante o âmbito académico permitiu adquirir mais conhecimentos a cerca do tema. Nesse caso o conhecimento das técnicas, a par das pesquisas feitas para a resolução dos casos clínicos mudou em parte o raciocínio e a forma da intervenção utilizada nas disfunções músculo-esquelética, o que permite uma melhor e rápida recuperação dos pacientes, que no fundo é o mais importante durante a fisioterapia.

O objetivo de estágio foi inteiramente atingido na medida em que proporcionou uma melhor preparação para avaliar da aplicação das técnicas, que por sua vez devem ser aplicadas com seguranças para assegurar bons resultados.

Os casos clínicos ou relatos de casos, constituem uma boa forma de reflexão sobre a prática clinica, e podem ser uma forma útil de auto aprendizagem, essa aprendizagem será mais elevada se a pratica clinica for alvo de uma observação e de auto reflexão critica.

De acordo com os objetivos nestes estudos de caso, conclui-se que, os utentes que avaleiei e que realizavam o programa de tratamento na instituição, após a segunda avaliação houve melhoria de algumas das suas limitações.

7. Bibliografia

Baptista, J. C. (2012). Desenvolvimento de uma Placa Geradora de Sinais para Eletroterapia. Coimbra: Universidade de Coimbra. Faculdade de Ciências e Tecnológica. Dissertação de Mestrado. Coimbra.

Barros, S. S., Ângelo, R. D., & Uchôa, É. P. (2011). Lombalgia Ocupacional e a Postura Sentada. *Revista Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 12(3), 226- 230.

Begonha, J. B. (2009). Tratamento da dor Lombar Através de um Programa de Reabilitação Medx. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Desporto. Relatório de Estágio Apresentado à Obtenção do Grau de Mestre. Porto

Bogas, R. (2012). Dor Lombar em Crianças e Adultos, Estudo de Prevalência. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Projecto e Estágio Profissionalizante II. Tese de Licenciatura. Porto.

Chaitow, L. (2007). Guia do Terapeuta Massagem para Dor Lombar e Pelvica (pp 112-156). Elsevier .Brasil:

Consciência, J. A. (2007). Estabilidade Dinâmica em Patologias Degenerativa da Coluna. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Tese para Obtenção do Título de Doutoramento. Lisboa

Conti, A. D. (2011). Importância da Cinesioterapia na Melhora da Qualidade de Vida do Idoso. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre.

Dias, P. M. (2011). Efetividade do Tratamento com Terapia Manual, Estudo de Caso de Lombociatalgia. Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto

Duarte, J. R. (2011). Síndrome de Cirurgia Lombar Falhada. Relatório de Estágio. Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre. Porto

Duarte, M. F. (2010). Efeito de um Programa de Exercícios/Terapia com Base no Isostretching e Mobilização Lombar com Bola Suíça em Trabalhadores Portadores de dor Lombar. Universidade do Porto. Faculdade de Desporto. Dissertação de Mestrado. Porto

Figueiredo, F. M. (2008). Efeitos na Qualidade de Vida da Associação da Acuncupuntura ao Tratamento Conservador da Lombalgia Inespecífica Crónica. Faculdade de Medicina de Coimbra. Dissertação de Mestrado. Coimbra.

Fritz, S. (2002). Fundamentos da Massagem Terapeutica. Tamboré: Manole.

Gil, J. A., Cabri, J., & Ferreira, P. L. (2009). Efectividade dos Cuidados de Fisioterapia em Doentes Ambulatorios com Problemas Lombares não Especificos. Revista Portuguesa de Saude Publica (pp 8, 35-50).

Gonçalves, P. R. (2012). O Efeito de um Programa de Atividades Aquáticas na Postura Corporal de Mulheres Sedentárias. Instituto Politecnico de Bragança. Dissertação de Mestrado. Bragança:

Gouveia, K. M., & Goveia, E. C. (2008). Músculo Transverso Abdominal e Sua Função de Estabilização da Coluna Lombar. Fisioterapia e Movimento, 21 (3), 46-50.

Kapandji, A. (2008). Fisiologia Articular 6ª Edição. In A. Kapandji, Fisiologia Articular (p. 140). Brasil: Panamericana.

Khasnis, A., & Gokula, R. (2003). Rombergs Test. Journal of Postgraduat Medicine JPGM , 169-172.

Kitchen In S. (2003). Eletroterapia: Prática Baseada em Evidências (pp 94-293). Brasil Manole.

Korelo, R. I., Ragasson, C. A., Lerner, C. E., Morais, J. C., Cossa, J. B., & Krauczuk, C. (2013). Efeito de um Programa Cinesioterapêutico de Grupo aliado à Escola de Postura na Lombalgia Crônica. Fisioterapia Movimento, 26 (2), 389-394.

Liezer, D. T., Perez, M. V., TSA, Sakata, R. K., & TSA. (2012). Exercicios para o Tratamento de Lombalgia Inespecifica. Revista Brasileira Anestesiol , 62 (6), 838-846.

Lopes, A. S. (2009). Avaliação do efeito de um programa de treino de musculação na dor lombar e na funcionalidade da região Lombar. Universidade do Porto. Faculdade de Desporto. Tese para o Obtenção da Licenciatura. Porto

Lopes, M. C. (2010). Área de Especialização em Terapia Manual Ortopedica. Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto. Tese de Mestrado. Vila Nova de Gaia:

Pereira, J. H., & Marques, S. M. (2006). Prevalência da dor Lombar em Jovens de Idade Escolar. Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa. Monografia para Obtenção de Grau de Licenciatura . Lisboa

Petersen, R. d. (2012). Fatores so Trabalho Associados à Lombalgia não Específica Caracterizada no Âmbito da Resistência da Musculatura Extensora Lombar Entre os Trabalhadores de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva.: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Petro. Tese de Mestrado. Ribeirão Preto

Pina, J. E. (2010). Anatomia da Locomoção (pp 225). Lisboa: LIDEL.

Pizol, G. Z., & Oliveira, M. R. (2011). Exercícios de Isostretching e Estabelização Segmentar na Lombalgia Cronica:Um estudo Comparativo. Faculdade Católica Salesiana do Espirito Santo.Tese de Licenciatura.em Fisioterapia. Vitória.

Resende, F. D. (2010). Efeito da Reeducação Postural Global (RPG) Sobre a Distribuição do Peso Corporal e Atividade Electromiográfica na Postura Sentada. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Engenharia do Campus de Guaratinguetá. Tese de Doutorado. Guaratinguetá:

Rodrigues, C. M. (2011). Dor Lombar Crônica: Incapacidade Auto-Reportada em Trabalhadores de Saúde e Sua Relação com os Fatores Psicossociais e Intensidade da Dor.: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas. Dissertação de Mestrado . Lisboa

Rodrigues, W. F., Silva, L. R., Nascimento, M. A., Pernambuco, C. S., Giani, T. S., & Dantas, E. H. (2011). Prevalências de Lombalgias e Inatividade Física: O impacto dos factores Psicossociais em Gestantes Atendidas pela Estratégias de Saúde da Família. *Revista Einstein* , 9 (1), 489.-493.

Sanchez, M. d. (2009). Aspectos Ergonômicos e Sintomas Musculo-Esquelético em Descarregadores de Caminhão de Melancia no Ceasa de Bauru. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Arquitetura Artes e Comunicações. Dissertação de Mestrado. Bauru

Silva, F. C. (2005). Avaliação de Um Programa Computacional Para a medida da Lordose Lombar. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre

Silveira, M. M., Pasqualotti, A., Colussi, E. L., Vidmar, M. F., & Wibelinger, L. M. (2010). Abordagem Fisioterápica Da Dor Lombar Crônica No Idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 8 (25) 56-60.

Teles, T. G. (2010). Reflexões Sobre a Visão Biomédica e Visão Holística no Tratamento das Lombalgias Crônicas.: Universidade de Fortaleza. Dissertação de Mestrado. Fortaleza

ANEXOS
Protocolos de Avaliação – Casos Clínicos

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO – Caso Clínico I

❖ Identificação

Nome: A.C.R	Data de Preenchimento: 28-01-2014		
Idade: 73	Serviço: Fisioterapia		
Sexo: Feminino	Doente Externo: Externo		
Raça: Caucasiana	Médico:		
Estado Civil: Divorciada	Início da Fisioterapia: 28-01-2013		
Localidade: Lisboa	Fisioterapeuta Paula Soares	Horários 8:30	Frequência Dias Alternados
Profissão: Aposentada			
Local de Trabalho: Aeroporto de Lisboa			

❖ Exame Subjetivo

Diagnostico Médico: Lombalgia sobretudo á direita mais dorsalgia a direita

Tipo de Problema: Músculo-esquelético

Historia Atual: Dores na região da lombar

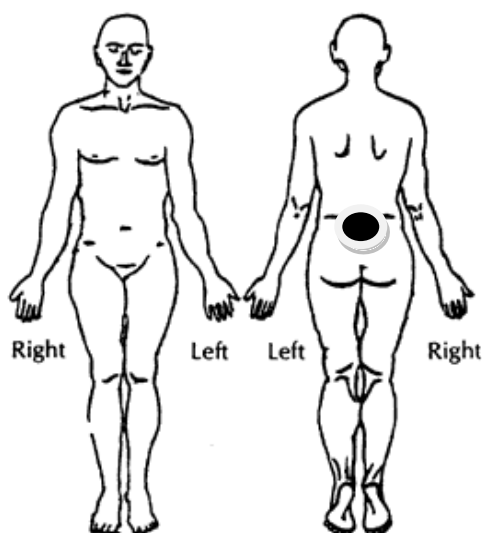
❖ Sintomas

Dores lombares, sem horários específicos do tipo “picada” que são pouco frequentes, com localização bem especifica na região das apófises espinhosas lombares.

- Fatores de Agravamento: Esforços físicos
- Fatores que Aliviam: Repouso e medicação

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):





❖ **Escala Visual Analógica:** Segundo (Duarte, 2011) a Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal ou vertical, de 10 centímetros, que tem assinalado numa extremidade a classificação “ Sem Dor” ou “ Ausência de Dor” e, na outra classificação “ Dor Máxima” ou “ Dor Incapacitante.

Historia Passada: Doente tinha vida agitada com trabalho, casa e com o filho. À 14 anos fez intervenção cirúrgica a um quisto nos ovários no HSM, tendo igualmente sido

Submetida a intervenção de uma catarata, á 6 anos atrás intervenção ao joelho com rotura nos meniscos HL, e ao ombro por luxação no HSM, e ainda a hérnia inguinal no HSM da qual não recorda da data.

Historia Clinica: Paciente de 73 anos, aposentada, que na sua vida profissional passava longos períodos em posição ortostática, apresenta atualmente dor na região lombar sobretudo a direita. Tem dor moderada ao nível das vertebrae lombares, e abaixo da região escapular. A dor é moderada sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos. Doente cardíaca e hipertensa, auto controlada com a medicação. À quarenta dias caiu e ficou com dor e impotência funcional. O Rx de 3/10/2012 não apresenta sinais de luxação ou fratura, apresentando limitação articular em todas as amplitudes e impotência funcional.

Posteriormente no dia 23/10/2013 apresenta tendinite do supra espinhoso por queda de impacto na mão.

Já a 24/01/2014 apresente lombalgia de esforço sobretudo a direita mais dorsalgias à direita. Rx de 20/1/2014 sem alterações.

Antecedentes Pessoais: Hérnia Discal, Hipertensão

Antecedentes Familiares: Tem antecedentes familiares

Atividades/Passatempos: Gosta de caminhar e fazer suas atividades de casa, pratica

natação 3 vezes por semana, faz aula de ginástica e informática.

Situação socio familiar/ habitacional: A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhor da dor na região lombar.

Expectativa do doente: A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhor da dor na região lombar.

❖ *Exames Objetivo*

Aspetos Gerais	
Estado de Consciência: Estável	Língua/ Mucosa: Normal
Estado Emocional: Positivo	Independência: Independente
Fala: Sem alteração	Colaboração: Colaborante
	Audição e Visão: Boa audição, usa óculos
Observação: A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa audição usa óculos e é bastante colaborante.	

❖ **Exame de Pele:** Pele normal sem sinais de inflamação, sem cicatriz, sem calor, rubor e sem edema.

❖ **Palpação:** Ausência de dor durante palpação da referida região.

❖ *Exame do Movimento*

Movimentos da Região Dorso Lombar	Movimentos Ativos	Movimentos Passivos
Flexão	Restrição	Dor e limitação
Extensão	Sem restrição	Sem dor
Inclinação a Direita	Sem restrição	Sem dor
Inclinação a Esquerda	Sem restrição	Sem dor
Rotação a Direita	Sem restrição	Sem dor
Rotação a Esquerda	Sem restrição	Sem dor

❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	60°
Extensão	35°	10°
Inclinação a Direita	40°	10
Inclinação a Esquerda	40°	10
Rotação à Direita	35°	10
Rotação a Esquerda	35°	15
Observações: Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência.		

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3+
Extensores	3
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	3
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Teste Especiais*

Sinal de Lasègue: O sinal de lasègue é uma dor provocada pelo estiramento do nervo isquiático de uma ou duas raízes. É estada pela elevação progressiva e lenta do membro inferior em extensão com paciente em dorsal. A manifestação dolorosa produz dor sentida espontaneamente pelo paciente, ou seja, seguindo a topografia da raiz atingida. O verdadeiro sinal de lasègue é o que aparece geralmente antes do 60° de flexão. Acima de 60° não se trata mais de lasègue uma vez que a tensão máxima do nervo isquiático atinge o seu máximo de 60° (Kapandji, 2006).

Teste de Romberg: O teste de Romberg é um teste vulgarmente realizado durante ao exame neurológico para avaliar a integridade das colunas dorsais da medula espinal. Pode ser suscitado em muitas condições que afetam a Propriocepção, este teste simples oferece uma pista importante para a presença de uma patologia na via propriocetiva, e deve cuidadosamente ser efetuado durante a uma avaliação neurológica. É realizado com o paciente em pé, pés juntos, braços ao lado do corpo e com os olhos fechados, é considerado positivo quando a presença de oscilação ou queda (Khasnis & Gokula, 2003).

❖ *Sensibilidade*

Tátil:	Normal
Térmica:	Normal
Dolorosa:	Normal
Observação: Utente tem reposta normal adequada ao estímulo	

❖ *Postura:* Ombro esquerdos mais elevado que o direito, aumento das cifoses dorsais.

❖ *Análise da Marcha:* Normal sem alteração

❖ *Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Diminuição da dor Fortalecimento Relaxamento Muscular	Cinesioterapia corretiva postural Reeducação postural

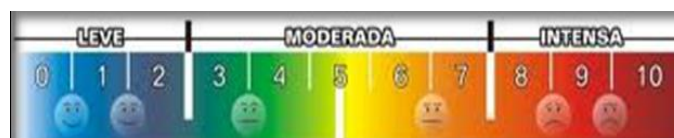
❖ **Reavaliação feita à (21/2/2014)**

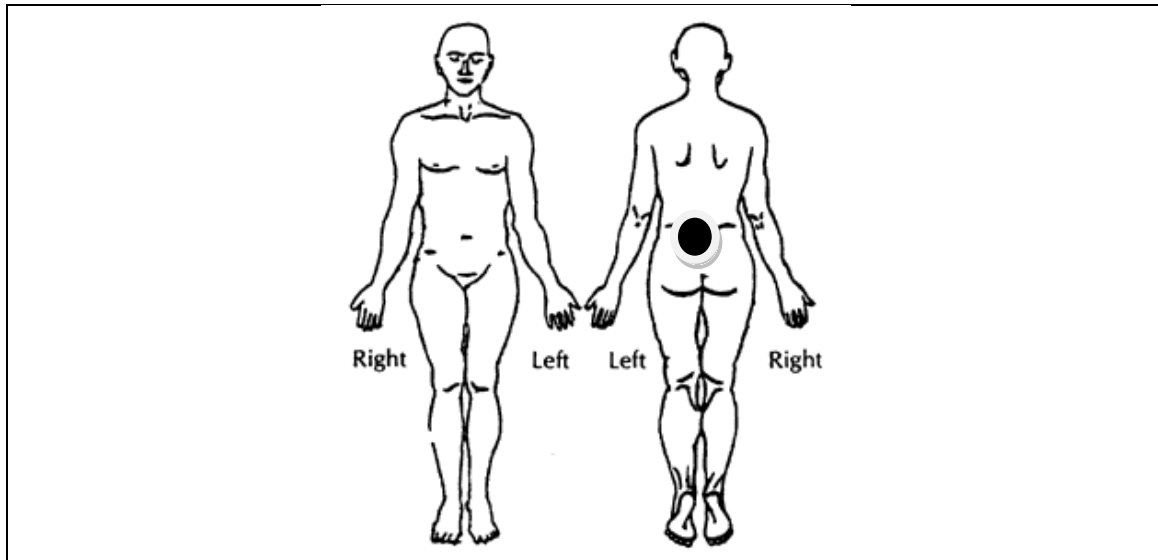
❖ *Sintomas*

Dor Ausência e melhoras

Região da Dor: Sem dor em qualquer região do corpo

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):





❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	60
Extensão	35°	20
Inclinação a Direita	40°	20
Inclinação a Esquerda	40°	20
Rotação à Direita	35°	20
Rotação a Esquerda	35°	20

Observações: Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a utente teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular.

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3+
Extensores	3
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	3
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Ultra-sons Calor húmido Corrente Interferencial	Massagem CCP Reeducação Postural

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico II

❖ Identificação

Nome: L. J. C	Data de Preenchimento: 13-02-2014		
Idade: 80	Serviço: Fisioterapia		
Sexo: Feminino	Doente Externo: Externo		
Raça: Caucasiana	Médico: Helena		
Estado Civil: Viúva	Início da Fisioterapia: 10-01-2013		
Localidade: Lisboa	Fisioterapeuta Paula Soares	Horários 11:00	Frequência Diário
Profissão: Domestica			
Local de Trabalho: Casa de família			

❖ Exame Subjetivo

Diagnostico Médico: Lombosacralgias

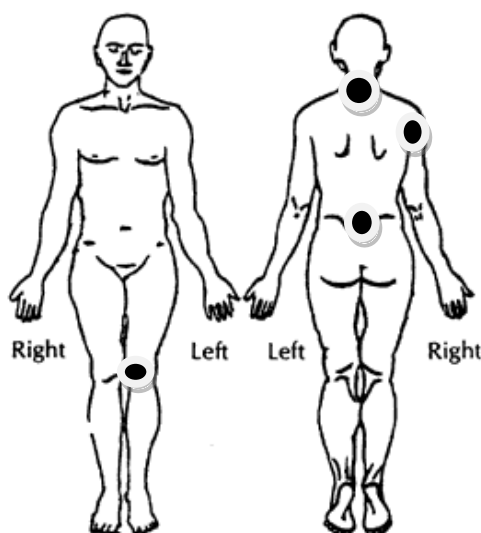
Tipo de Problema: Músculo-esquelético

Historia Atual: Dor na região lombar e ombros que irradia a nível dos membros inferiores

❖ Sintomas

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):





- ❖ **Escala Visual Analógica:** Segundo (Duarte, 2011) a Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal ou vertical, de 10 centímetros, que tem assinalado numa extremidade a classificação “ Sem Dor” ou “ Ausência de Dor” e, na outra classificação “ Dor Máxima” ou “ Dor Incapacitante.

Historia Passada: Refere, que á 16 ano sofreu uma cirurgia a uma estereotomia total onde lhe foi retirado o útero e os dois ovários,

Historia Clinica: Anteriormente, a utente já tinha recorrido a fisioterapia por diversas patologias, entre elas: raquialgias, dor a nível dos membros superiores, podalgias, discartrose, cervicalgia, ciatalgia e lombalgia. Tem dor intensa a nível da região lombar e cervical, que irradia a nível dos membros superiores e inferiores. A dor é intensa sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos. Doente hipertensa auto controlada com medicação. No dia 1/2014 Rx coluna lombar L1,L4,L5.

Atualmente voltou a recorrer os serviços de fisioterapia com uma lombosacralgia

Antecedentes Pessoais: Hipertensa medicada

Antecedentes Familiares: Sem antecedentes familiares

Atividades/Passatempos: Gosta de fazer as suas atividades diárias

Situação socio familiar/ habitacional: Vive sozinha no primeiro andar de um prédio e tem dificuldades de subir as escadas

Expectativa do doente: A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhor da dor na região lombar.

❖ *Exames Objetivo*

Aspetos Gerais	
Estado de Consciência: Estável	Língua/ Mucosa: Normal
Estado Emocional: Positivo	Independência: Independente
Fala: Sem alteração	Colaboração: Colaborante
	Audição e Visão: Boa audição, usa óculos
Observação: A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa audição usa óculos e é bastante colaborante	

❖ *Exame de Pele:* Pele normal sem sinais de inflamação, sem cicatriz, sem calor, rubor e sem edema.

❖ *Palpação:* Presença de dor durante palpação da referida região

❖ *Exame do Movimento*

Movimentos da Região Dorso Lombar	Movimentos Ativos	Movimentos Passivos
Flexão	Com restrição	Dor e limitação
Extensão	Com restrição	Dor e limitação
Inclinação a Direita	Com restrição	Dor e limitação
Inclinação a Esquerda	Com restrição	Dor e limitação
Rotação a Direita	Com restrição	Dor e limitação
Rotação a Esquerda	Com restrição	Dor e limitação

❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	25°
Extensão	35°	5°
Inclinação a Direita	40°	10°
Inclinação a Esquerda	40°	5°
Rotação à Direita	35°	10°
Rotação a Esquerda	35°	10°
Observações: Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência		

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3
Extensores	2+
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	2+
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Teste Especiais*

Sinal de Lasègue: O sinal de Lasègue é uma dor provocada pelo estiramento do nervo isquiático de uma ou duas raízes. É estada pela elevação progressiva e lenta do membro inferior em extensão com paciente em dorsal. A manifestação dolorosa produz dor sentida espontaneamente pelo paciente, ou seja, seguindo a topografia da raiz atingida. O verdadeiro sinal de Lasègue é o que aparece geralmente antes do 60° de flexão. Acima de 60° não se trata mais de Lasègue uma vez que a tensão máxima do nervo isquiático atinge o seu máximo de 60° (Kapandji, 2006).

Teste de Romberg: O teste de Romberg é um teste vulgarmente realizado durante ao exame neurológico para avaliar a integridade das colunas dorsais da medula espinal. Pode ser suscitado em muitas condições que afetam a Propriocepção, este teste simples oferece uma pista importante para a presença de uma patologia na via propriocetiva, e deve cuidadosamente ser efetuado durante a uma avaliação neurológica. É realizado com o paciente em pé, pés juntos, braços ao lado do corpo e com os olhos fechados, é considerado positivo quando a presença de oscilação ou queda (Khasnis & Gokula, 2003).

❖ *Sensibilidade*

Tátil:	Normal
Térmica:	Normal
Dolorosa:	Normal
Observação: Utente tem reposta normal adequada ao estímulo	

❖ **Postura:** Ombro direito mais elevado que o esquerdo, atitude escoliótica região torácica direita e região lombar esquerda

❖ **Análise da Marcha:** Normal sem alteração

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Diminuição da dor	Relaxamento Muscular
		Alongamento muscular

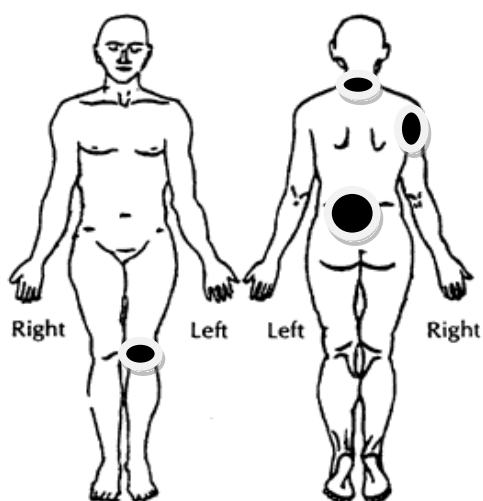
❖ *Reavaliação feita à (11-03-2014)*

❖ *Sintomas*

Dor Presença se dor

Região da Dor: Região lombar e joelho esquerdo

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):



❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	30°
Extensão	35°	18°
Inclinação a Direita	40°	20°
Inclinação a Esquerda	40°	18°
Rotação à Direita	35°	10°
Rotação a Esquerda	35°	10°

Observações: Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a utente teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular.

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3
Extensores	3
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	3
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Tens Convencional Ultra-sons	Massagem Fortalecimento muscular Exercícios de Isostretching com a bola suíça RPG

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico III

❖ Identificação

Nome: M. F. S	Data de Preenchimento: 18-02-2014		
Idade: 47	Serviço: Fisioterapia		
Sexo: Feminino	Doente Externo: Externo		
Raça: Caucasiana	Médico: M. Luísa Araújo		
Estado Civil: Solteira	Início da Fisioterapia: 10-02-2014		
Localidade: Solteira	Fisioterapeuta Paula Soares	Horários 10:45	Frequência Diário
Profissão: Desempregada			
Local de Trabalho: Lar dos Idosos			

❖ Exame Subjetivo

Diagnostico Médico: Lombalgias

Tipo de Problema: Músculo-esquelético

Historia Atual: Dor na região lombar, que irradia para parte lateral da perna esquerda.

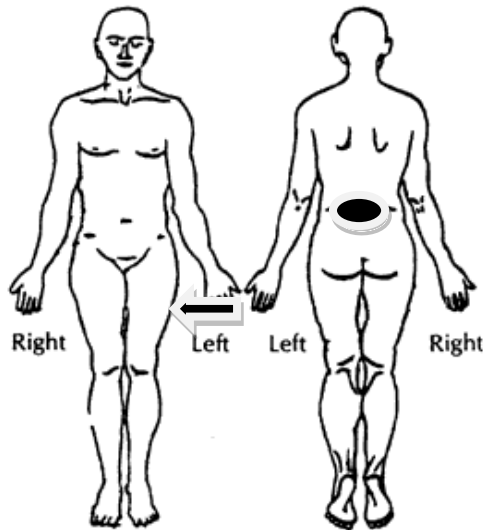
❖ Sintomas

Muitas dores noturna na região lombar tipo “ picada e mordida de cão” e são muito frequentes, com localização bem especifica na região lateral da perna esquerda.

- Fatores de Agravamento: Esforços Físicos
- Fatores que Aliviam: Medicamentos e repouso

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):





❖ **Escala Visual Analógica:** Segundo (Duarte, 2011) a Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal ou vertical, de 10 centímetros, que tem assinalado numa extremidade a classificação “ Sem Dor” ou “ Ausência de Dor” e, na outra classificação “ Dor Máxima” ou “ Dor Incapacitante.

Historia Passada: A utente refere que a 17 anos sofreu uma queda onde fraturou a L2,L3.L4.L5.

Historia Clinica: Paciente de 47 anos, desempregada, que durante a vida profissional passava longos períodos em posição ortostática, apresenta atualmente dor na região lombar irradiada para parte lateral da anca esquerda. Tem dor intensa sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos, doente hipertensa auto controlada. A 7 anos apresentava raquialgias. O TC de 10/01/2014 apresenta fratura pós cirúrgica a envolver a raiz L5

Antecedentes Pessoais: Fraturas pós cirurgia a envolver a raiz L5. HTA

Antecedentes Familiares: sem antecedentes familiares

Atividades/Passatempos: Correr Caminhar

Situação socio familiar/ habitacional: Vive com dois filhos no rés-do-chão de um prédio

Expectativa do doente: A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhor da dor na região lombar.

❖ *Exame Objetivo*

Aspetos Gerais	
Estado de Consciência: Estável	Língua/ Mucosa: Normal
Estado Emocional: Positivo	Independência: Independente
Fala: Sem alterações	Colaboração: Colaborante
	Audição e Visão: Boa
Observação: A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa audição e é bastante colaborante	

❖ *Exame de Pele:* Cicatriz na região lombar, sem inflamação, sem dor e rubor.

❖ *Palpação:* Ausência de dor durante palpação da referida região

❖ *Exame do Movimento*

Movimentos da Região Dorso Lombar	Movimentos Ativos	Movimentos Passivos
Flexão	Com restrição	Dor e limitação
Extensão	Com restrição	Dor e limitação
Inclinação a Direita	Com restrição	Dor e limitação
Inclinação a Esquerda	Com restrição	Dor e limitação
Rotação a Direita	Com restrição	Dor e limitação
Rotação a Esquerda	Com restrição	Dor e limitação

❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	20°
Extensão	35°	5°
Inclinação a Direita	40°	5
Inclinação a Esquerda	40°	5
Rotação à Direita	35°	5
Rotação a Esquerda	35°	20
Observações: Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência.		

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3
Extensores	2+
Inclinadores à Direita	2+
Inclinadores à Esquerda	2+
Rotadores à Direita	2+
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Teste Especiais*

Sinal de Lasègue: O sinal de Lasègue é uma dor provocada pelo estiramento do nervo isquiático de uma ou duas raízes. É estada pela elevação progressiva e lenta do membro inferior em extensão com paciente em dorsal. A manifestação dolorosa produz dor sentida espontaneamente pelo paciente, ou seja, seguindo a topografia da raiz atingida. O verdadeiro sinal de Lasègue é o que aparece geralmente antes do 60° de flexão. Acima de 60° não se trata mais de Lasègue uma vez que a tensão máxima do nervo isquiático atinge o seu máximo de 60° (Kapandji, 2006).

Teste de Romberg: O teste de Romberg é um teste vulgarmente realizado durante ao exame neurológico para avaliar a integridade das colunas dorsais da medula espinal. Pode ser suscitado em muitas condições que afetam a Propriocepção, este teste simples oferece uma pista importante para a presença de uma patologia na via propriocetiva, e deve cuidadosamente ser efetuado durante a uma avaliação neurológica. É realizado com o paciente em pé, pés juntos, braços ao lado do corpo e com os olhos fechados, é considerado positivo quando a presença de oscilação ou queda (Khasnis & Gokula, 2003).

❖ *Sensibilidade*

Tátil:	Normal
Térmica:	Normal
Dolorosa:	Normal
Observação: Utente tem reposta normal adequada ao estímulo	

❖ *Postura:* Normal sem alteração

❖ *Análise da Marcha:* Normal sem alteração

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Diminuição da dor	Relaxamento Muscular Melhorar as AVDs e a mobilidade

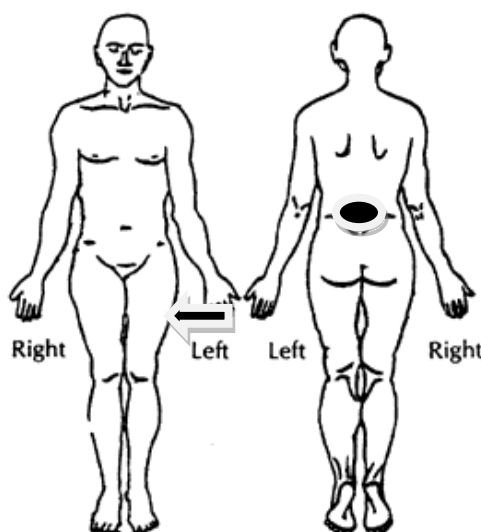
❖ **Reavaliação feita à (24.02.2014)**

❖ *Sintomas*

Dor: Ausência e melhorias

Região da Dor: Sem dor em qualquer região do corpo

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):



❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	20
Extensão	35°	10
Inclinação a Direita	40°	10
Inclinação a Esquerda	40°	10
Rotação à Direita	35°	20
Rotação a Esquerda	35°	20

Observações: Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a utente teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3
Extensores	3
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	3
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Ultra-sons Corrente Interferencial	Massagem Fortalecimento muscular Exercícios de Isostretching com a bola suíça

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico IV

❖ Identificação

Nome: M. H. M. S	Data de Preenchimento: 19-02-2014		
Idade: 68	Serviço: Fisioterapia		
Sexo: Feminino	Doente Externo: Externo		
Raça: Caucasiana	Médico: Luísa Araújo		
Estado Civil: Casada	Início da Fisioterapia: 11-02-2014		
Localidade: Loures	Fisioterapeuta Paula Soares	Horários 11:00	Frequência Diário
Profissão: Costureira Reformada			
Local de Trabalho: Fabrica			

❖ Exame Subjetivo

Diagnostico Médico: Lombalgias

Tipo de Problema: Músculo-esquelético

Historia Atual: Dor na região lombar, cervical que irradia para a perna esquerda

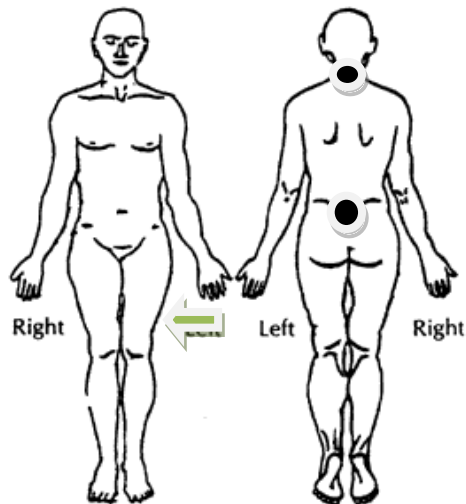
❖ Sintomas

Dores lombares, sem horários específicos do tipo “ mordida de cão” que são pouco frequentes, com localização bem especifica na região lombar, Cervical e irradia para a perna esquerda.

- Fatores de Agravamento: Esforços Físicos
- Fatores que Aliviam: Repouso

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):





- ❖ **Escala Visual Analógica:** Segundo (Duarte, 2011) a Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal ou vertical, de 10 centímetros, que tem assinalado numa extremidade a classificação “ Sem Dor” ou “ Ausência de Dor” e, na outra classificação “ Dor Máxima” ou “ Dor Incapacitante.

Historia Passada: Refere sentir dores na região cervical já algum tempo.

Historia Clinica: Paciente de 68 anos, aposentada, que na sua vida profissional passava longos períodos sentada, apresenta atualmente dor na região lombar. Tem dor moderada a nível das vertebrae lombares, cervical que irradia para o membro inferior esquerdo. A dor é moderada sem horários específicos e aumenta quando faz esforços físicos. Doente é hipertensa auto controlada com medicação.

Anteriormente já tinha recorrido a fisioterapia por diversas patologias entre elas: dor a nível dos membros superiores e inferiores, cervicalgia, lombartrose incipiente, discopatia e lombalgia. O raio x 5/4/2013 apresenta na região cervical uma unodiscartrose estone do canal raquidiano, contratura paravertebral e cervical, dorsal e lombar.

Antecedentes Pessoais: Dores na região cervical

Antecedentes Familiares: Tem antecedentes familiares

Atividades/Passatempos: Tratar dos netos e cuidar da casa

Situação socio familiar/ habitacional: Vive com o marido no segundo andar de um prédio.

Expectativa do doente: A utente esta otimista com relação ao tratamento e pretende melhor da dor na região lombar.

❖ *Exames Objetivo*

Aspetos Gerais	
Estado de Consciência: Estável	Língua/ Mucosa: Normal
Estado Emocional: Positiva	Independência: Independente
Fala: Sem alteração	Colaboração: Colaborante
	Audição e Visão: Boa
Observação: A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa audição e é bastante colaborante	

❖ *Exame de Pele:* Pele normal sem sinais de inflamação, sem cicatriz, sem calor, rubor e sem edema.

❖ *Palpação:* Presença de dor durante palpação da referida região

❖ *Exame do Movimento*

Movimentos da Região Dorso Lombar	Movimentos Ativos	Movimentos Passivos
Flexão	Com restrição	Dor e limitação
Extensão	Com restrição	Dor e limitação
Inclinação a Direita	Com restrição	Dor e limitação
Inclinação a Esquerda	Com restrição	Dor e limitação
Rotação a Direita	Com restrição	Dor e limitação
Rotação a Esquerda	Com restrição	Dor e limitação

❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	40
Extensão	35°	20
Inclinação a Direita	40°	20
Inclinação a Esquerda	40°	20
Rotação à Direita	35°	20
Rotação a Esquerda	35°	10
Observações: Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência		

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3
Extensores	3
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	3
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Teste Especiais:* Sinal de lasègue negativo, e teste de Romberg negativo.

Sinal de Lasègue: O sinal de lasègue é uma dor provocada pelo estiramento do nervo isquiático de uma ou duas raízes. É estada pela elevação progressiva e lenta do membro inferior em extensão com paciente em dorsal. A manifestação dolorosa produz dor sentida espontaneamente pelo paciente, ou seja, seguindo a topografia da raiz atingida. O verdadeiro sinal de lasègue é o que aparece geralmente antes do 60° de flexão. Acima de 60° não se trata mais de lasègue uma vez que a tensão máxima do nervo isquiático atinge o seu máximo de 60° (Kapandji, 2006).

Teste de Romberg: O teste de Romberg é um teste vulgarmente realizado durante ao exame neurológico para avaliar a integridade das colunas dorsais da medula espinal. Pode ser suscitado em muitas condições que afetam a Propriocepção, este teste simples oferece uma pista importante para a presença de uma patologia na via propriocetiva, e deve cuidadosamente ser efetuado durante a uma avaliação neurológica. É realizado com o paciente em pé, pés juntos, braços ao lado do corpo e com os olhos fechados, é considerado positivo quando a presença de oscilação ou queda (Khasnis & Gokula, 2003).

❖ *Sensibilidade*

Tátil:	Normal
Térmica:	Normal
Dolorosa:	Normal
Observação: Utente tem resposta normal adequada ao estímulo	

❖ *Postura:* ombro direito mais elevado que o esquerdo, aumento das cifoses

❖ *Análise da Marcha:* Normal sem alteração

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Diminuição da dor	Relaxamento Muscular Alongamento muscular Melhorar as AVDs e a mobilidade Correção Postural

❖ **Reavaliação feita**

Paciente teve alta antes que possível fazer avaliação.

❖ *Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Calor húmido Tens convencional	Massagem Fortalecimento muscular Exercícios cinesioterapia

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO - Caso Clínico V

❖ Identificação

Nome: R.C.C.B	Data de Preenchimento: 03-03-2014		
Idade: 35	Serviço: Fisioterapia		
Sexo: Feminino	Doente Externo: Externo		
Raça: Caucasiana	Médico: Fernanda Santos		
Estado Civil: Solteira	Início da Fisioterapia: 03-03-2014		
Localidade: Lisboa	Fisioterapeuta Paula Soares	Horários 10:45	Frequência Diário
Profissão: Empregada de Balcão			
Local de Trabalho: Churrascaria			

❖ Exame Subjetivo

Diagnostico Médico: Lombalgia

Tipo de Problema: Músculo-esquelético

Historia Atual: Dor na região lombar ao nível dos membros inferiores

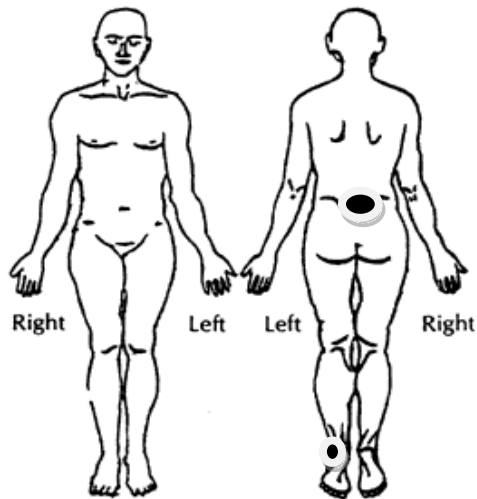
❖ Sintomas

Dores lombares, com horários específicos, dor moderada na região lombar que irradia a nível dos membros inferiores.

- Fatores de Agravamento: posição ortostática, e levantamento de peso
- Fatores que Aliviam: Medicação, fisioterapia, repouso.

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):





- ❖ **Escala Visual Analógica:** Segundo (Duarte, 2011) a Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal ou vertical, de 10 centímetros, que tem assinalado numa extremidade a classificação “ Sem Dor” ou “ Ausência de Dor” e, na outra classificação “ Dor Máxima” ou “ Dor Incapacitante.

Historia Passada: Historia Passada: A dois anos atrás teve baixa no hospital por dores na região no lado esquerdo devido a esforço (levantamento de peso). Deram injeção e ficou de repouso absoluto, mais com a continuação do esforço ficou pior e decidiu procurar os serviços de fisioterapia.

Historia Clinica: 3/01/2014 com 35 anos nega neoplasias e peicemeicer, lombalgia mais ou meses a dois meses e lombalgia esquerda. Rx coluna lombar. 26/11/2013 Sem alterações justificativas.

Antecedentes Pessoais: Sem antecedentes pessoais

Antecedentes Familiares: Tem antecedentes familiares

Atividades/Passatempos: Fazer ginástica ao ginásio e dançar

Situação socio familiar/ habitacional: Vive com os pais em um segundo andar de um prédio

Expectativa do doente: Melhorar a dor

Exames Complementares: Rx

❖ *Exames Objetivo*

Aspetos Gerais	
Estado de Consciência: Estável	Língua/ Mucosa: Normal
Estado Emocional: Positivo	Independência: Independente
Fala: sem alteração	Colaboração: Colaborante
	Audição e Visão: Boa audição, usa óculos
Observação: A utente tem o estado de consciência estável, sem alteração da fala, estado emocional positivo, independente, tem boa audição usa óculos e é bastante colaborante.	

❖ *Exame de Pele:* Pele normal sem sinais de inflamação, sem cicatriz, sem calor, rubor e sem edema.

❖ *Palpação:* Ausência de dor durante palpação da referida região.

❖ *Exame do Movimento*

Movimentos da Região Dorso Lombar	Movimentos Ativos	Movimentos Passivos
Flexão	Sem restrição	Dor e limitação
Extensão	Restrição	Dor e limitação
Inclinação a Direita	Sem restrição	Dor e limitação
Inclinação a Esquerda	Sem restrição	Sem dor
Rotação a Direita	Restrição	Dor e limitação
Rotação a Esquerda	Sem restrição	Dor e limitação

❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	20°
Extensão	35°	10°
Inclinação a Direita	40°	10°
Inclinação a Esquerda	40°	20°
Rotação à Direita	35°	10°
Rotação a Esquerda	35°	20°
Observações: Doente apresenta amplitudes articulares diminuídas em relação aos valores de referência.		

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3
Extensores	3
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	3
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Teste Especiais*

Sinal de Lasègue: O sinal de lasègue é uma dor provocada pelo estiramento do nervo isquiático de uma ou duas raízes. É estada pela elevação progressiva e lenta do membro inferior em extensão com paciente em dorsal. A manifestação dolorosa produz dor sentida espontaneamente pelo paciente, ou seja, seguindo a topografia da raiz atingida. O verdadeiro sinal de lasègue é o que aparece geralmente antes do 60° de flexão. Acima de 60° não se trata mais de lasègue uma vez que a tensão máxima do nervo isquiático atinge o seu máximo de 60° (Kapandji, 2006).

Teste de Romberg: O teste de Romberg é um teste vulgarmente realizado durante ao exame neurológico para avaliar a integridade das colunas dorsais da medula espinal. Pode ser suscitado em muitas condições que afetam a Propriocepção, este teste simples oferece uma pista importante para a presença de uma patologia na via propriocetiva, e deve cuidadosamente ser efetuado durante a uma avaliação neurológica. É realizado com o paciente em pé, pés juntos, braços ao lado do corpo e com os olhos fechados, é considerado positivo quando a presença de oscilação ou queda (Khasnis & Gokula, 2003).

❖ *Sensibilidade*

Tátil:	Normal
Térmica:	Normal
Dolorosa:	Normal
Observação: Utente tem resposta normal adequada ao estímulo.	

❖ **Postura:** Postura normal sem qualquer alteração

❖ **Análise da Marcha:** Normal se qualquer alteração

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Diminuição da dor	Relaxamento Muscular
		Alongamento muscular

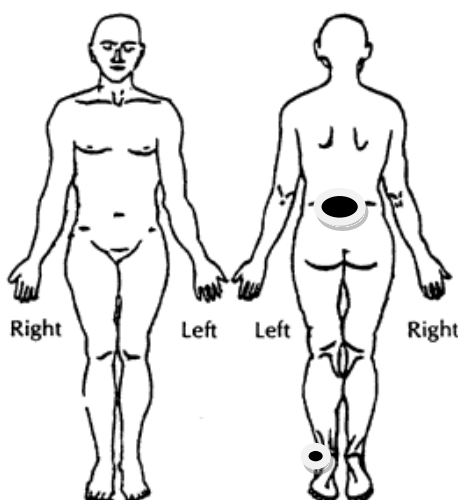
❖ **Reavaliação feita à (11/3/2014)**

❖ *Sintomas*

Dor: Ausência e melhoras

Região da Dor: Sem dor em qualquer região do corpo.

Intensidade Escala de Visual Analógica (EVA):



❖ *Exame Articular*

Movimentos	Graus de Referência	Amplitude articular
Flexão	95°	30
Extensão	35°	20
Inclinação a Direita	40°	29
Inclinação a Esquerda	40°	20
Rotação à Direita	35°	10
Rotação a Esquerda	35°	20
Observações: Após a primeira avaliação e ao longo do tratamento a utente teve aumento das amplitudes articulares e da força muscular.		

❖ *Exame Muscular*

Grupos Musculares	Grau Força
Flexores	3
Extensores	3
Inclinadores à Direita	3
Inclinadores à Esquerda	3
Rotadores à Direita	3
Rotadores à Esquerda	3

❖ *Plano de Tratamento*

Objetivo de Tratamento		
Problema	Curto Prazo:	Longo Prazo
Lombalgia	Calor húmido Tens Convencional	Massagem Fortalecimento Exercícios de Isostretching com a bola suíça