

O Tratamento de Pacientes com Fibrose Epidural pela Reeducação Postural Global - RPG

Treatment of Patients with Epidural Fibrosis with Global Postural Reeducation - GPR

Erica Pacheco Heredia¹
Flávio Freinkel Rodrigues²

Resumo

Muitos pacientes têm convivido com a fibrose epidural no pós-operatório de hérnia de disco lombar, doença que pode contribuir para o afastamento destes pacientes de suas atividades da vida profissional, além de interferir em outros aspectos de suas vidas, impossibilitando-as de desenvolver suas atividades habituais, em decorrência do desconforto produzido pela dor. Este trabalho teve como objetivo esclarecer a importância da fisioterapia no tratamento desta doença e mostrar a eficácia da Reeducação Postural Global (RPG), para amenizar a dor, propiciando uma melhor qualidade de vida para estes pacientes. Este trabalho foi realizado no Instituto de Neurologia Deolindo Couto da UFRJ, no ambulatório de fisioterapia. Fizeram parte deste estudo 18 pacientes de ambos os sexos, com fibrose epidural comprovada por ressonância magnética (RM). Todos os pacientes responderam ao Questionário de Dor e Incapacidade Lombar de Roland-Morris, e foram avaliados por uma Escala Visual Analógica (EVA). Essas medidas de avaliação de dor foram utilizadas sempre no momento inicial do tratamento, durante as sessões de RPG. Foram realizadas 15 sessões de RPG. Todos os pacientes envolvidos no trabalho concordaram em participar do programa proposto mediante pré-informação e livre consentimento. Após o término do tratamento os pacientes foram reavaliados em um período de três e seis meses.

Palavras-chave: hérnia de disco lombar, fibrose epidural, Reeducação Postural Global.

Abstract

Many patients have been living with epidural fibrosis during the postoperative of lumbar disc hernia, a kind of disorder that take the patients away from their professional activities, and also away from other aspects of their lives. It impairs their daily activities due to the discomfort produced by the pain. This work has an objective of clarifying the importance of the Physiotherapy for the treatment of this disorder, and to show the efficacy of the Global Postural Reeducation (GPR) to diminish the pain, giving to these patients a better quality of life. This work was performed in Deolindo Couto Neurology Institute – UFRJ, at the Physiotherapy Clinic. Eighteen patients, of both sexes, were included in this study, with epidural fibrosis seen by Magnetic Resonance. All patients answered to the Questionnaire of Pain and Lumbar Incapacity of Roland-Morris, and were also evaluated by a Visual Analog Scale (VAS). These methods of pain evaluation were always used on the time of initial treatment, during GPR sessions. All patients involved in the work agreed in participating of the program, by pre-information and free assent. After the treatment, the patients were reevaluated after a three and six month's period.

Keywords: lumbar disc hernia, epidural fibrosis, Global Postural Reeducation.

¹Aluna da Pós-Graduação em Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina – UFRJ – Fisioterapeuta

²Professor Adjunto da UFRJ

Introdução

A fibrose epidural que também faz parte da síndrome pós-laminectomia, é uma importante complicação no pós-operatório de hérnia de disco lombar. É causa freqüente de queixas dos pacientes que sofreram esse tipo de cirurgia. Ela é o resultado da formação de tecido cicatricial em torno da dura-máter, e da raiz. Suscita discussões quanto a sua etiopatogenia, freqüência e, sobretudo, na sua importância na produção da dor. A fibrose epidural tem relação com alguns sintomas descritos por pacientes operados de hérnia de disco lombar, tais como: dor lombar e em alguns casos com irradiação para os membros inferiores, incapacidade física e motora, parestesia em membros inferiores, diminuição de sensibilidade, e também comprometimentos psicológicos, segundo, GRONDBLAND (1997), NORTH (1991), ROBERTSON (1996). Conseqüentemente, a dor é o pior dos sintomas, pois, gera um aumento da morbidade e piora da qualidade de vida desses indivíduos.

A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva que pode estar associada a dano real ou potencial nos tecidos, podendo ser descrita tanto em termos desses danos, quanto por ambas às características. A dor é considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal. A percepção de dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais, como descreve SOUSA (2002).

Conforme conceito descrito por SHACKLOCK (1995), a neurodinâmica é a interação entre a mecânica do sistema nervoso e a fisiologia, introduzindo assim a fisiologia no tratamento mecânico do sistema nervoso. Em ausência de fatores que comprometem esse sistema, a mecânica normal e a função fisiológica, permitirão movimentos e posturas livres de dor. Em presença de fatores patológicos, ocorre a alteração da mecânica e da fisiologia, resultando em lesão das estruturas neurais, dando-se o nome de patologia dinâmica.

O sistema nervoso se adapta aos movimentos através de propriedades mecânicas (movimento e tensão), ao mesmo tempo exercendo sua função principal que é a transmissão de impulsos nervosos. Quando ocorre uma lesão local, ocorre também o comprometimento de todo o nervo. Provavelmente isso se dá pela diminuição de todo o fluxo

axoplasmático, além do efeito mecânico de má distribuição de tensão ao longo do nervo. No pós-operatório de hérnia de disco lombar, esse mecanismo de lesão ocorre devido à formação de fibrose epidural durante o processo de cicatrização. A fibrose epidural presente nesses pacientes altera a função dos nervos presentes na região acometida cirurgicamente, alterando a condução elétrica, implicando em distúrbios sensoriais (dor, parestesias), motores (distonias, fraqueza). A alteração do fluxo axoplasmático implica em disfunções tróficas e inflamação (inflamação neurogênica) dos tecidos inervados. Sendo assim, uma lesão nervosa leva a implicações alterando as propriedades mecânicas, fisiológicas, e a neurodinâmica, agravando assim a lesão, segundo MARINZECK, 2005.

ALEXANDRE e cols. (1992) e KNOPLICH (1995) relatam que as freqüentes deformações da coluna vertebral que acometem as pessoas nos tempos modernos tem sido a principal causa de pagamento auxílio-doença, e a terceira causa de aposentadoria por invalidez no Brasil. Isso significa dizer que uma boa parcela da população que trabalha, afasta-se temporária ou definitivamente de suas atividades profissionais por conta de lesões na coluna.

A dor possui um papel de alerta para comunicar ao organismo que algo está errado, neste caso em se tratando de uma dor crônica, ela gera no organismo um estresse e uma incapacidade física. Segundo relato de alguns pacientes, geralmente, a dor é mais intensa nos primeiros meses após a cirurgia podendo durar por um período de até dez anos. Quinze por cento dos pacientes que sofreram procedimento cirúrgico, segundo GRONDBLAND e cols. (1977), apresentam incômodo significativo e incapacidade física. A fibrose epidural é um acometimento exclusivo da coluna lombar, e tradicionalmente sua forma de tratamento é medicamentosa.

Tendo em vista os efeitos colaterais produzidos por métodos e técnicas disponíveis e utilizados atualmente, como as drogas analgésicas e antiinflamatórias, faz-se necessário à pesquisa em busca de um método auxiliar e seguro que promova alívio da dor e conseqüentemente promova um bem estar aos pacientes aqui avaliados e tratados. É com base nessa necessidade, que este trabalho avaliou a eficácia do tratamento fisioterapêutico de Reeducação Postural Global – RPG, no alívio da dor dos pacientes operados de hérnia de disco lombar

com fibrose epidural, comparando os níveis de dor antes e depois do tratamento. Com o tratamento fisioterapêutico utilizando a técnica de RPG, seria desnecessário retardar a grande diminuição da morbidade, e o menor número de complicações que são ocasionadas por cirurgias convencionais. A confirmação de que a técnica da RPG usada no tratamento dos pacientes operados de hérnia de disco lombar com fibrose epidural veio para ficar, está nos avanços conquistados ao longo deste estudo com os pacientes tratados. Esta técnica pode ser aplicada a todas as condições que apresentam um comprometimento mecânico/fisiológico da coluna vertebral.

Revisão da Literatura

A dor é uma modalidade sensorial que desempenha, entre outros, o papel de alerta, comunicando ao organismo que algo está errado. A dor crônica, porém, não tem qualquer função de alerta e gera acentuado estresse e incapacidade, e é uma das maiores causas de afastamento do trabalho gerando um enorme ônus para a nação. Trata-se, assim, de um problema que demanda prontos cuidados, e a melhor estratégia para se eliminar qualquer tipo de dor é a remoção do fator causal. Se a remoção do fator causal não for possível, como na invasão óssea por câncer, ou na dor que se segue à doença cérebro-vascular, e ao traumatismo raquimedular, ou quando, mesmo após sua eliminação, ocorre persistência da dor (síndrome pós-laminectomia no paciente com hérnia de disco lombar, por exemplo), o tratamento sintomático deve ser instituído, como descreve VILELA FILHO (1999).

Conforme relata MACHADO (1993), a dor crônica tem origem na via paleoespino-talâmica, e não possui organização somatotrópica. Ela pode ser caracterizada também como dor em queimação, ou dor profunda. São fibras que terminam exclusivamente no núcleo do tracto espinhal e que, por conseguinte, tem trajeto descendente no tracto espinhal levando, assim, impulso de dor.

É importante ressaltar a diferença entre dor e nocicepção. Dor é um fenômeno complexo e multidimensional. Por outro lado, a nocicepção pode ser definida como a percepção de uma lesão real. A nocicepção é controlada por um sistema de receptores que transmitem informações sobre a lesão para o cérebro, através de fibras nervosas especializadas. Na presença de um estímulo fraco as informações não chegam ao cérebro, ou são ignoradas por mecanismos

inibitórios. A sensação de dor ocorre, portanto, na presença de um estímulo suficientemente forte que exceda esta capacidade inibitória. Uma vez ativados, os nociceptores transmitem estímulos que, serão recebidos e manuseados de maneira variada. A dor aguda pode ser compreendida tanto do ponto de vista clássico, quanto do ponto de vista da teoria de MELZACK e WALL (1965), que relatam a dor crônica como um mecanismo neurofisiológico mais complexo. Em presença de dor crônica, o sistema nervoso central altera-se e deixa de responder de forma previsível.

Quando ocorre uma lesão tecidual, três tipos de fibras nervosas são ativados: as fibras A-beta são fibras grandes e mielinizadas que são ativadas pela estimulação elétrica de baixo nível, produzindo sensações não dolorosas. Além disso, essas fibras são capazes de inibir a resposta das fibras nervosas espinhais aos estímulos nociceptivos e reduzir a intensidade da dor. As fibras A-delta, por sua vez, são fibras mielínicas e pequenas que respondem aos estímulos nociceptivos com disparos longos e intensos, facilitando as fibras nervosas espinhais à produção de dor intensa. Finalmente, as fibras C são pequenas e amielínicas, para as quais a condução do estímulo nociceptivo é a principal função. Elas operam de forma semelhante à das fibras A-delta, mais sua velocidade de condução é menor. Além disso, elas contêm diferentes peptídeos, incluindo a substância P, mediando assim a vasodilatação, edema e sensibilização das terminações nervosas que ocorrem quando há lesão tecidual. O efeito imediato de uma lesão qualquer é ativar receptores que levam a disparos desses três tipos de fibras. A seguir, as fibras voltam ao repouso, porém, quando há persistência da lesão, alguns receptores se tornam mais sensíveis aos estímulos subsequentes, podendo inclusive disparar sem a presença de estímulo adicional. Este é, provavelmente, um dos mecanismos da dor prolongada após uma lesão. Quando ocorre o processo de cicatrização, o tecido de granulação contendo brotos nervosos e capilares invade a área, alterando adicionalmente tanto meio quanto as características nervosas. Essas alterações são importantes na cura de feridas cirúrgicas como as de uma laminectomia, mas durante a cicatrização pode surgir dor desencadeada pelo próprio processo de cicatrização, LA ROCCA (1992).

Uma hérnia discal pode provocar uma compressão prolongada da raiz. Estudos em animais bem como, alguns estudos de biópsias nervosas de pacientes operados de uma hérnia discal, mostram que a

compressão aguda da raiz provoca alterações reversíveis da microcirculação endoneural. Por outro lado, uma compressão prolongada provoca lesões graves de desmielinização e fibrose, BOULU (1996).

Conforme descrevem JONSSON (1993) e MELZACK (1965) já está bem estabelecido que a simples compressão da raiz não é o suficiente para provocar dor. Somente uma raiz inflamada é capaz de provocar dor quando submetida à compressão, dessa forma, fatores mecânicos levando a isquemia da raiz, bem como fatores químicos, atuam conjuntamente no desenvolvimento do sofrimento radicular, o que poderia explicar a presença de radiculalgia sem compressão evidente ou o contrário, compressão sem dor radicular. Em todos os casos, essas agressões químicas e/ou mecânicas são normalmente reversíveis. A dor crônica por sua vez ocorre na presença de alterações importantes tanto ao nível de sistema nervoso periférico (SNP), quanto ao nível de sistema nervoso central (SNC), que após sensibilização persistente provoca a dor, mesmo na ausência de estímulo nociceptivo.

O papel do sistema nervoso central (SNC) na dor crônica é pouco conhecido. Existe, no entanto, diversas evidências de sensibilização ao nível de SNC, atuando na manutenção da dor crônica, como descrevem CODERRE (1993) e URBAN (1999). Sua influência decorre de alterações tanto estruturais, quanto bioquímicas da raiz lesada.

Como consequência das alterações descritas acima, o SNC reage aos influxos nociceptivos e responde com contratura muscular, e alterações vasomotoras de origem simpática, aumentando o estímulo de dor.

A fibrose epidural é uma reação inflamatória exclusiva da região lombar. A própria compressão radicular pela hérnia leva à hiperplasia do perineuro e infiltração por células inflamatórias. A existência de exsudato fibrinoso em torno das raízes nervosas leva a aderência de fibrina formando pontes, entre as quais, gera proliferação de fibrócitos que depositam colágeno. Essas investigações demonstram que a fibrose epidural pode ser decorrente da própria compressão da raiz pela hérnia, sem que tenha ocorrido a cirurgia. Quanto aos pacientes operados, a ocorrência de fibrose foi referida na literatura pesquisada por PINHEIRO-FRANCO (1999), com índices de frequência apresentando variações bastante significativas. BURTON CV, KIRKALDY-WILLIS WH, YONG-HING K, et al (1981), registraram uma incidência de 6% a 8% para a fibrose e de 12% a 16% para a aracnoidite.

Quase todos os pacientes após a operação de hérnia de disco lombar apresentam tecido cicatricial. Este tecido pode atuar com constrição da raiz, limitando a mobilidade, portanto, não há relação entre a quantidade de tecido cicatricial e a ocorrência da sintomatologia. A manifestação clínica da dor ocorre com maior frequência de um a seis meses após a cirurgia. ANNERTZ e cols., citado por PINHEIRO-FRANCO (1999), também não encontraram relação entre a dor radicular e a fibrose, referindo que o papel exato da fibrose na produção da dor não está bem estabelecido. Como elementos importantes na formação da fibrose, HOYLAND e cols., citado por PINHEIRO-FRANCO (1999), destacaram a excessiva retração da raiz, sangramento e micro fragmentos de algodão. Esses autores recomendam que seja evitado o uso de algodão na cirurgia. SONGER e cols. (1995) demonstraram em trabalho experimental em cães com laminectomias, que o tecido fibrótico se forma em duas a quatro semanas após a cirurgia e que o uso local de solução de hialuronato de sódio diminui a formação de fibrose pós-operatória.

As formas de tratamentos mais comuns para pacientes operados de hérnia de disco lombar com fibrose epidural, são as terapias medicamentosas (anti-inflamatórios e analgésicos), e a indicação de fisioterapia convencional, que não apresentam bons resultados.

A terapia de Reeducação Postural Global – RPG, que tem como objetivo avaliar e tratar o indivíduo globalmente, e sua função é de tratar os problemas músculo-articulares, está bem indicada para tratar pacientes pós-operados de hérnia de disco lombar. SOUCHARD (2001a) preconiza que toda agressão física, ou psíquica, que afeta a forma, a função, ou diretamente a estrutura, terá uma repercussão no conjunto do indivíduo, produzindo desta forma uma sintomatologia somática. A RPG emprega posturas de alongamento muscular baseada na normalização da morfologia, agindo dessa forma sobre a estrutura do músculo estriado, sobre as tensões neuromusculares, introduzindo um trabalho essencialmente mais ativo, mais global e mais qualitativo. Uma abordagem correta do indivíduo, propicia ao terapeuta desatar o gatilho de defesa muscular que sucederam as compensações derivadas de uma agressão, independente de sua origem.

Pacientes e Métodos

A pesquisa foi desenvolvida no Instituto de Neurologia Deolindo Couto – UFRJ, setor de Fisioterapia Ambulatorial, onde um consultório foi montado, com mesa própria para tratamento de Reeducação Postural Global. Optou-se por coletar casos de pacientes operados de hérnia de disco lombar com fibrose epidural de prontuários do Instituto de Neurologia Deolindo Couto da UFRJ, e de pacientes privados, no período de 1996 a 2005.

Desenvolvemos um estudo prospectivo com 18 pacientes de ambos os sexos, com idade entre 20-60 anos, ativos em suas profissões, ou sedentários. Foram considerados aptos a participar desse programa de pesquisa todos os pacientes que apresentaram diagnósticos comprovados de fibrose epidural no pós-operatório de hérnia de disco lombar pelo exame clínico e de ressonância magnética (Tabela 1).

O tratamento de Reeducação Postural Global – RPG, é feita com e aparelhagem apropriada para o desenvolvimento da técnica utilizada para tratamento dos pacientes selecionados. Todos os pacientes foram avaliados e tratados pelo mesmo profissional. O instrumento utilizado foi o método de RPG (SOUCHARD, 2001a, 2001b), com a escolha de posturas conforme segue.

Escolha de posturas

Durante o tratamento com a RPG foram eleitas duas das oito posturas utilizadas nesta técnica. SOUCHARD (2001a), relata que as posturas escolhidas pelo profissional para tratar uma determinada patologia, são de fundamental importância para o bom resultado final da técnica. Neste estudo as posturas escolhidas foram:

- *Rã no chão/ braços fechados*
- *Rã no ar/ braços abertos.*

Essas são posturas que propiciam ao paciente um conforto melhor, pois, eles são mantidos em decúbito dorsal, aliviando assim a tensão e a dor na coluna lombar.

Rã no chão/braços fechados. Paciente em decúbito dorsal, braços ligeiramente abduzidos, membros inferiores em flexão abdução-rotação externa dos quadris, alongando progressivamente os membros inferiores, procurando não produzir lordose da região lombar. Durante a manutenção da postura o fisioterapeuta realiza em diversos momentos a pompage do sacro, para obter com

isso uma correção eficiente da região lombar, assim como, a tração dos espinhais, que é realizada através de um alongamento da nuca durante o tempo de expiração. O paciente finaliza essa postura com os joelhos estendidos, aproximados e em bom alinhamento, os pés em talo.

Rã no ar/braços abertos. Paciente em decúbito dorsal, braços abduzidos, ângulo do quadril em fechamento, mantendo uma flexão de coxofemoral (com membros inferiores elevados presos a uma cinta), com o sacro achatado contra o chão a fim de produzir a tração dos espinhais lombares. Os fêmures e joelhos se mantêm em abdução-rotação externa, o fisioterapeuta solicita ao paciente que estenda progressivamente os joelhos em boa posição quanto à rotação (nem varo, nem valgo), fechando lentamente o ângulo coxofemoral, trazendo os pés no sentido do rosto e finalizando a postura com os pés em talo. A pompage do sacro é realizada durante a manutenção da postura, assim como a tração dos espinhais da nuca, sempre com o auxílio do padrão respiratório, no tempo da expiração do paciente.

Em casos de dor, se faz necessário o trabalho em decúbito dorsal, para minimizar a carga corporal do paciente sobre a articulação acometida.

O segundo instrumento foi o Questionário de Dor e Incapacidade Lombar de Roland-Morris, utilizado como adjunto a decisão de tratamento cirúrgico da degeneração da coluna lombar, onde, a incapacidade é um prognóstico de resultado depois da cirurgia da coluna lombar, como afirma FAIRBANK (1980), e LITTLE (1994). Foram distribuídos quinze questionários (um por semana) para avaliarmos a evolução do paciente. O terceiro instrumento foi a Escala Visual Analógica (EVA), que é a medida mais utilizada em centros de avaliação de dor, onde, o paciente quantificava em cada sessão, no início e no término, por meio de uma escala de 0 a 10, o grau de dor sentida. Os pacientes foram assistidos num período de quinze sessões de RPG, uma vez por semana, com hora marcada, sessões individualizadas, com cinquenta minutos de duração. Ao término do tratamento, os pacientes foram reavaliados após três meses, e seis meses, com a finalidade de avaliarmos a eficácia do tratamento.

Em cada paciente foi efetuada também a aferição do ângulo do quadril, em um teste de flexão de tronco, onde o fisioterapeuta utilizou o instrumento goniômetro

para verificar o grau de flexão do quadril antes do tratamento, e imediatamente após. Foi possível observar a melhora da flexibilidade da articulação coxofemoral de todos os pacientes tratados.

O Questionário de Dor e Incapacidade Lombar de Roland – Morris foi utilizado como forma de avaliar a melhora das Atividades da Vida Diária (AVDs) do paciente. Todos os pacientes responderam o questionário semanalmente e entregaram em cada sessão seguinte. Desta forma pode-se avaliar se o tratamento estava produzindo uma melhora na independência na realização de tarefas doméstica e também profissional de cada paciente. Durante esse estudo observou-se uma melhora no perfil psicológico dos pacientes envolvido no tratamento, uma vez que a incapacidade física, a limitação das atividades diárias, e a dor, promovem uma baixa estima prejudicando o humor, e o emocional das pessoas.

Os pacientes concordaram em participar do programa proposto mediante pré-informação e livre consentimento.

Resultados

Para os pacientes de nossa casuística submetidos ao tratamento de reeducação postural global, os resultados foram considerados bons em 56,25% na melhora da dor, 37,5% obtiveram resultados regulares, e 6,25% obtiveram um mau resultado (Tabela 1, Figuras 1 a 3).

Discussão

Por se tratar de um estudo inédito, não foi possível realizar estudos comparativos com outras técnicas de fisioterapia para este tipo de doença. Entretanto, observou-se que este mesmo grupo avaliado e tratado pelo mesmo profissional, que nenhum deles apresentou melhora da dor com o tratamento de fisioterapia

Tabela 1. Dados gerais dos pacientes.

Identificação	Número intervenção(ões)	Tipo cirurgia	Número sessões	Período de tempo*	Evolução 03 meses	Evolução 06 meses
DFB, F, 45	01	HC - E	15	03 anos	Bom	Regular
PRNP, M, 47	01	HC - E	15	03 anos	Regular	Regular
GLO, M, 44	01	HC -D	15	03 anos	Bom	Bom
MAR, F, 45	01	HC - E	06	02 anos	Mau resultado	Mau resultado
VDD, F, 49	04	HC - D + Prótese	05	01 ano	Mau resultado	Mau resultado
VFN, F, 65	01	HC - E	15	09 anos	Bom	Bom
MGOM, F, 53	01	HC - E	15	01 ano	Bom	Regular
GRS, M, 48	02	HC - E	15	01 ano	Bom	Bom
CGM, F, 41	01	HC - E	15	07 meses	Regular	Bom
LFCR, M, 29	01	HC - E	15	04 anos	Regular	Regular
SLS, M, 47	01	HC - D	15	01 ano	Mau resultado	Mau resultado
CCAS, F, 50	01	HC - D	15	10 anos	Regular	Regular
ASD, M, 29	01	HC - E	15	01 ano	Bom	Bom
SMBC, F, 53	01	HC - E	15	11 meses	Bom	Regular
AMM, F, 30	01	HC - I.5	15	02 anos	Bom	Bom
AO, M, 39	03	HC - D	15	04 anos	Regular	Regular
RBC, M, 44	01	HC -E	15	10 meses	Regular	Regular
RNC, M, 49	01	HC -E	15	02 anos	Bom	Bom

HC=hemilaminectomia, E=esquerda, D=direita

* Período de tempo da cirurgia até o tratamento.

BOM – paciente realiza as AVDs com pouca dor;

REGULAR – paciente obteve alguma melhora da dor, e realiza com dificuldade as AVDs;

MAU RESULTADO – não houve modificação da dor com tratamento;

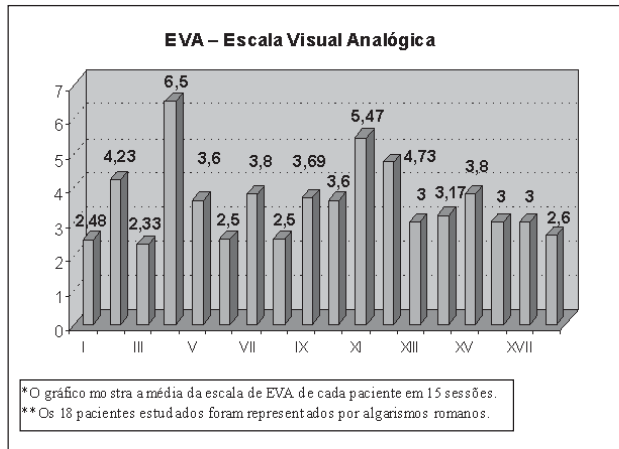


Figura 1. Distribuição da amostra de acordo com os domínios da Escala Visual Analógica.

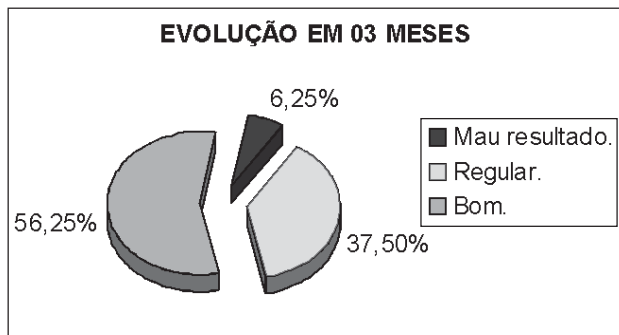


Figura 2. Evolução dos pacientes após 03 meses do tratamento.

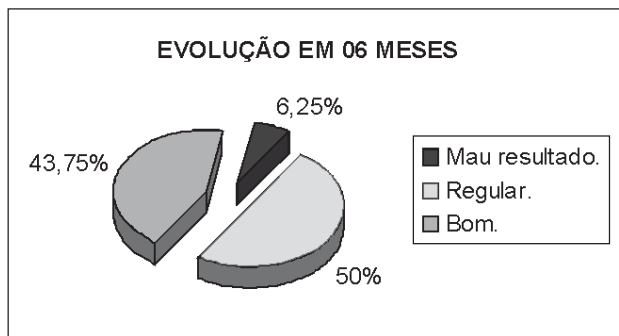


Figura 3. Evolução dos pacientes após 06 meses do tratamento.

convencional. Evidenciamos com isso que a fisioterapia convencional nestes casos desempenha apenas uma função paliativa, ou seja, alivia momentânea a dor dos pacientes, mas não promove melhora por um período maior de tempo.

Neste estudo observou-se aumento da amplitude da articulação coxofemoral dos pacientes que participaram e concluíram o programa de tratamento com a técnica RPG, concordando com as citações de

SOUCHARD (2001b), onde ele afirma que a RPG trabalha as cadeias musculares promovendo alongamento, e normalização da morfologia. Em relação às AVDs, a maioria dos pacientes relatou segundo avaliação dos questionários de dor e incapacidade lombar de Roland – Morris, distribuídos semanalmente que, obtiveram melhora e maior independência, alguns puderam retornar as suas atividades profissionais. Contudo, em relação à dor dos pacientes tratados pela técnica de RPG, observou-se que não houve melhora total em nenhum dos casos. A melhora foi significativa em boa parte dos pacientes, porém a falta da continuidade deste tratamento ocasionou em alguns casos o retorno do estado de dor relatada no início do tratamento.

O programa de terapia dos pacientes estudados foi baseado nas características clínicas encontradas na anamnese de cada participante. O tratamento personalizado foi orientado de acordo com a técnica de RPG, que preconiza que este tratamento deve ser realizado de forma individualizada, e as posturas escolhidas de acordo com o histórico clínico de cada indivíduo. A escolha das posturas em decúbito dorsal teve relação com o quadro algico intenso dos pacientes, desta forma foi possível eliminar a ação de carga sobre as articulações já acometidas, e obter um melhor aproveitamento dos exercícios propostos.

As posturas desenvolvidas no tratamento com a técnica de RPG visaram provocar fenômenos fisiológicos, para recuperar a amplitude articular, alongamento da musculatura encurtada, e principalmente melhora da dor do paciente, devolvendo ao mesmo uma qualidade de vida melhor.

Conclusão

Verificamos que o tratamento fisioterapêutico como fator complementar proposto nesta pesquisa, foi benéfico aos pacientes operados de hérnia de disco lombar com fibrose epidural. O instrumento utilizado para tratar esse tipo de doença mostrou-se importante e eficaz no cuidado desses pacientes. Finalmente, constatou-se a melhora considerável na qualidade de vida, independência nas AVDs, e principalmente na melhora da dor da maioria dos pacientes tratados com a técnica de RPG. A melhora física e do estado psicológico da maioria desses pacientes envolvidos na pesquisa pode ser notada ao término do tratamento.

Através dos resultados obtidos neste estudo, observou-se, no entanto que se faz necessário a

continuidade do tratamento destes pacientes por um período maior de tempo, a fim de, obter um resultado melhor do prognóstico. É necessário também dar continuidade na pesquisa abrangendo um número maior de sujeitos como amostra, e também um estudo comparativo com outras técnicas, com a finalidade de obtermos melhores resultados.

Referências bibliográficas

1. Gronblad M, Hurri H, Kouri JP. Relationships between spinal mobility, physical performance tests, pain intensity and disability assessment in chronic low back pain patients. *Scand J Rehabil Med*, 29: 17-24, 1997.
2. North RB, Campbell JN, James CS, Conover – Walker MK, Wang H, Piantadosi S, Rybock JD, Long DM. Failed back surgery syndrome: 5-year follow-up in 102 patients undergoing repeated operation. *Neurosurgery*, 28: 685-691, 1991.
3. Robertson JT. Role of peridural fibrosis in the failed back: a review. *Eur Spine*, 1: 2-6, 1996.
4. Sousa FAEF, Dor: o quinto sinal vital. Ribeirão Preto: *Rev Latino Am Enfermagem*, 10(3):446-447, 2002.
5. Shacklock M. Clinical application of neurodynamics, In: Shacklock M (ed). *Moving in on pain*. Sydney: Butterworth-Heinemann, pg 123-31, 1995.
6. Marinzeck S. Mobilização neural – Aspectos gerais. 2005 (www.terapiamanual.com.br/br/artigos.php) [acessado em 19 de abril de 2007]
7. Alexandre NMC, Moraes MAA; Mahyri N, & Cunha SHF. Aspectos ergonômicos e posturais em centro de material. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 26:87-94, 1992.
8. Gronblad M, Hurri H, Kouri JP. Relationships between spinal mobility, physical performance tests, pain intensity and disability assessment in chronic low back pain patients. *Scand J Rehabil Méd*, 29:17-24, 1997.
9. Vilela Filho O. & F. Corrêa C. Tratamento da dor crônica refratária por neuroestimulação. *Neurocirurgia Contemporânea Brasileira*, 2(12):1-8, 1999.
10. Machado A.: *Neuroanatomia Funcional*. Atheneu, 2ª edição, pg 187-290, 1993.
11. Melzack R Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150: 971-979, 1965.
12. La Rocca H. A taxonomy of chronic pain syndromes. *Spine* 17: 5344-5355, 1992.
13. Boulu P, Benoist M: Données nouvelles sur la physiopathologie de la douleur. *Rev Rheum (Ed Fr)*, 63: 394-399, 1996.
14. Jönsson B, Strömqvist B: Repeat decompression of lumbar nerve roots. A prospective two-year evaluation. *J Bone Joint Surg (Br)*, 75: 894-897, 1993.
15. Coderre TJ, Katz J, Vaccarino AL, Melzack R: Contribution of central neuroplasticity to pathological pain. *Pain*, 52: 259-287, 1993.
16. Urban MO, Gebhart GF: Central mechanisms in pain. *Med Clin North Am*, 83: 585-597, 1999.
17. Pinheiro-Franco LF: Avaliação da infiltração perirradicular no tratamento da lombociatalgia persistente após tratamento cirúrgico. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, pp 10-2, 91-2, 1999.
18. Burton CV, Kirkaldy-Willis WH, Yong-Hing K, et al: Causes of failure of surgery on the lumbar spine. *Clin Orthop*, 157: 191-199, 1981
19. Songer MN, Rauschnig W, Carson EW, Pandit SM: analysis of peridural scar formation and its prevention after lumbar laminotomy and discectomy in dogs. *Spine*, 20: 571-80, 1995.
20. Souchart F P. Reeducação Postural Global: método do campo fechado. 4ª. Ed. – São Paulo: Ícone, 2001a. p 52
21. Souchart F P. As Escolioses. São Paulo: É Realizações, 2001b. p. 167
22. Fairbank JCT, Couper J, Davies JB, O'Brien JP. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy*, 66: 271-273, 1980.
23. Little DG, Mc Donald D. The use of the percentage change in Oswestry Disability Index score as an outcome measure in lumbar spinal surgery. *Spine*, 19: 2139-2143, 1994.

Envie seu artigo científico para publicação na

Revista Brasileira de
Neurologia