

REEDUCAÇÃO POSTURAL GLOBAL EM GESTANTES COM LOMBALGIA

Nádia Rodrigues Leão¹, Stela Cristina Serbêto Medina da Silva², Renato Alves Sandoval³

1. Fisioterapeuta.
2. Fisioterapeuta.
3. Fisioterapeuta, Mestre em Fisioterapia UNITRI, Prof. do curso de Fisioterapia da Univ. Católica de Goiás, Coordenador do curso de Fisioterapia da Facul. Montes Belos.

RESUMO

O trabalho visa verificar a eficácia da Reeducação Postural Global em gestantes com lombalgia através de relato de caso. Paciente de 21 anos, no quinto mês gestacional, com quadro algico na região lombo-sacral, foi submetida à oito sessões de RPG, com avaliação postural, avaliação da RPG e questionário reduzido de McGill iniciais e finais e Escala Visual Analógica da dor aplicada diariamente. O resultado foi satisfatório, levando a conclusão que a técnica é eficaz no tratamento da lombalgia gestacional.

Palavras – chave: lombalgia, gestação, reeducação postural global (RPG).

INTRODUÇÃO

Lombalgia é conceituada como toda condição de dor, dolorimento ou rigidez, localizada na região inferior do dorso, em uma área situada entre o último arco costal e a prega glútea (Ferreira & Nakano, 2001).

Para Ferreira & Nakano (2001), a lombalgia é um sintoma de dor que acomete a região lombar, podendo ou não ser irradiada para os membros inferiores.

A dor lombar é considerada distúrbio comum na população em geral e é sintoma muito freqüente durante a gestação. É um complexo de sintomas no qual a dor é localizada na coluna lombar ou referida à perna, pé e região sacral e/ou glútea, sendo termo descritivo que não identifica um diagnóstico ou causa (Souza, 2003).

A gestação caracteriza-se por vários aspectos ligados a modificações pelas quais passam o corpo da mulher durante o período gestacional. A fisiologia da gestante fica alterada, resultando em variações físicas, hormonais, respiratórias e emocionais. Dentro das alterações físicas ocorrem modificações nos órgãos reprodutivos e mamas; o aumento de peso corporal e transtornos osteoarticulares e musculares. Dentro das hormonais há a ação da progesterona sobre a distribuição iônica e o potencial de ação da membrana celular no miométrio, acarretando bloqueio da atividade contrátil da musculatura uterina; da relaxina,

que produz síntese de colágeno e é a principal responsável pela frouxidão ligamentar; e do estrogênio, que é visto como responsável pelas alterações mamárias, pigmentação cutânea, crescimento do útero, aumento da contratilidade uterina e retenção de água e eletrólitos. As alterações respiratórias são descritas pelo aumento do volume minuto e volume corrente, pelo aumento da excursão diafragmática e maior ampliação do tórax. As emocionais são causadas pelo sentimento de incapacidade gerado pela dor, além do forte medo de que algo errado possa estar ocorrendo com o bebê ou com a gestação (Rezende, 1987; Ferreira & Nakano, 2001; Rocha, 2002).

A medida que o útero aumenta de tamanho, a matriz evadida da pelve, apóia-se á parede abdominal, e as mamas dilatadas e engrandecidas, pesam no tórax, o centro de gravidade da mulher desvia-se para diante forçando-a a adaptar-se. Todo corpo se joga para trás, compensatoriamente. A atitude é adotada de modo involuntário. Amplia-se a base de sustentação, os pés se afastam, as escápulas se projetam para trás. A coluna cervical retifica-se, encurvam-se o segmento dorsal e o lombar, esse mais discretamente, e se modifica o eixo da bacia. Muitas gestantes adotam posturas incorretas, impondo a coluna vertebral e as articulações um esforço desnecessário. Sendo que na gestação, a coluna, além de todas as funções que já desempenha normalmente, vai realizar uma função a mais, sustentar o peso do útero, do bebê, da placenta e do líquido amniótico (Rezende, 1987; Rocha, 2002).

Uma gestante que aumente em 20% seu peso corporal, pode aumentar em 100% as forças sobre suas articulações, associando-se ao deslocamento do centro de gravidade para frente e para cima, devido ao útero gravídico, tensionando a coluna lombo-sacra, o que juntamente com a instabilidade de equilíbrio poderiam aumentar a chance de lombalgia gestacional (Carvalho & Caromano, 2001).

No período gestacional ocorre hipermobilidade articular como resultado da frouxidão ligamentar, e essa pode predispor a paciente a lesão articular e ligamentar, especialmente nas articulações que sustentam o peso na coluna, pelve e membros inferiores (Ferreira & Nakano, 2000).

Diante das alterações no corpo da gestante, principalmente as modificações do centro de gravidade e da postura, 50% das mulheres apresentam dor lombar no período gestacional. Embora a incidência da lombalgia já tenha sido relatada em 80% de gestantes analisadas (Souza, 2003).

A dor lombar mecânica, que ocorre na gravidez, pode ser classificada como dor lombar e dor pélvica posterior, sendo esta específica do período gestacional, parto e primeiros meses pós-parto (Souza, 2003).

As causas da dor lombar na gestação são descritas como a lordose excessiva, frouxidão ligamentar causada pela secreção de relaxina ou pela pressão direta do feto na rotura do nervo lombo-sacro, e a tensão dos músculos espinhais anti-gravitacionais devido a função ineficiente dos músculos da parede abdominal anterior. A lombalgia noturna principalmente no último trimestre gestacional, parece estar relacionada com a redução do fluxo sanguíneo medular devido à compressão dos grandes vasos pelo útero gravídico (Ferreira & Nakano, 2001; Souza, 2003).

Para Conti et al. (2003), a lombalgia pode ser reconhecida pela frouxidão ligamentar associada a protusão abdominal, ou ainda, pela proximidade das porções póstero-superior das vértebras lombares que, pelo aumento da lordose, podem até se tocar. O contato das apófises espinhosas posteriores e a hiperextensão da coluna são responsáveis pelo aparecimento da dor.

Já para Rocha (2002), o motivo exato de dor lombar durante a gravidez não é totalmente conhecido, mas fatores mecânicos como o peso do feto, associado com fatores hormonais como a produção de relaxina, estrogênio e progesterona parecem ser os responsáveis. Existe uma sobrecarga na coluna com aumento da lordose e cifose com inclinação da pelve e relaxamento dos ligamentos.

A lombalgia tipicamente se associa a fraqueza e coordenação deficitária dos músculos, como conseqüente aumento da tensão no iliopsoas, falta de tonicidade de glúteos e principalmente, diminuição da função dos músculos da parede abdominal, que se encontram alongados. No momento que um grupo muscular entra em fadiga, e a assimetria de solicitação é fator predisponente, desaparece sua função de estabilização, que será tomada por um grupo redundante, sobrecarregando-o e conseqüentemente, fadigando-o, num processo contínuo que termina por colapsar o sistema de estabilização da coluna (Palhares, et al., 2002).

Segundo Ferreira & Nakano (2001), mais de um terço das mulheres grávidas se referem a lombalgia como um problema severo, que interfere em suas atividades de vida diária e capacidade de trabalho, além de contribuir para insônia por se manifestar durante a noite.

A dor lombar na gestante se intensifica quando elas ficam muito tempo em pé ou sentadas, geralmente piora com os movimentos, e algumas tem dificuldade para caminhar, principalmente subir escadas. A dor ao entardecer é provocada pela fadiga muscular (Rocha, 2002).

Deve-se analisar a lombalgia na gestação sob diversos prismas e não simplificada e banalizada em função do processo gestacional, já que, segundo Ferreira & Nakano (2001),

grande parte das lombalgias já existiam antes da mulher engravidar persistindo ou se agravando neste período.

Vários estudos descrevem opções de tratamento, sendo a orientação postural uma das mais importantes, pois a alteração postural é fisiológica, mas pode-se evitar o excesso de lordose ou retificação lombar. Podem ser dadas orientações às gestantes para evitar ficar muito tempo na mesma posição, evitar uso de sapatos de salto alto e realizar suas atividades na posição mais neutra possível (Carvalho & Caromano, 2001).

Segundo Ferreira & Nakano (1999), um estudo realizado constatou que entre as gestantes que apresentaram lombalgia e que receberam algum tipo de orientação postural, obtiveram melhora significativa do quadro algico.

É importante ressaltar que a medida que a dor lombar é tratada com excesso de repouso, especialmente na cama, aumenta a tendência a cronicidade da dor lombar (Guic et al., 2002).

Já o uso de analgésicos, funciona apenas para aliviar a dor momentaneamente e o uso dos mesmos sem que se adote qualquer outra conduta como a de orientação postural, pode levar a gestante a executar atividades potencialmente agravadoras do quadro, adotando posturas inadequadas sob efeito da medicação (Ferreira & Nakano, 1999).

No contexto da função músculo aponeurótica deve-se considerar a globalidade, ou seja, o músculo não deve ser visto como uma entidade funcional, e sim como um elemento constitutivo de um conjunto funcional indissociável, o tecido conjuntivo fibroso e o tecido muscular contrátil (Bienfait, 1995).

O tecido conjuntivo fibroso é o elemento elástico que transmite, coordena e distribui as tensões pelo esqueleto passivamente móvel e o tecido muscular contrátil é o elemento motor que realiza essas tensões de forma reflexa (Bienfait, 1995).

Um segmento muscular estático funcionando em postura inadequada poderá resultar em retração muscular, ocasionando a diminuição do comprimento muscular e um desequilíbrio permanente fixado ao segmento, garantindo então, a necessidade de se combater precocemente os desvios posturais (Souchard, 2001).

Na abordagem clássica dos problemas musculares, o corpo é tratado de forma segmentada. Já a Reeducação Postural Global (RPG), considera o sistema muscular de forma integrada, em que os músculos se organizam em cadeias musculares, e visa tratar as causas e as conseqüências propondo um trabalho de alongamento dessas cadeias encurtadas (Azevedo, 2003; Marques, 2003).

A RPG trabalha as cadeias de tensão muscular, com posturas de alongamento, em lugar de exercícios de repetições. Sendo que nenhum músculo se move sozinho, trabalham globalmente, com a finalidade de ir do sintoma à causa das lesões, levando ao relaxamento das cadeias musculares encurtadas e ao equilíbrio do tônus postural (Silva et al., 2001).

A RPG é uma técnica que usa posturas ativas e simultâneas, isotônicas excêntricas dos músculos da estática, e com manutenção através dos músculos dinâmicos, sempre em decoaptação articular e progressivamente cada vez mais global. Busca se reencontrar a boa morfologia e solucionar os problemas ligados às causas e às conseqüências da patologia (Souchard, 2001).

A RPG baseia-se em três princípios fundamentais: 1) individualidade, todo ser é único e cada um manifestará sua patologia de forma pessoal; 2) causalidade, consiste em anamnese e exames; 3) globalidade, deve-se trabalhar o mesmo indivíduo na mesma sessão com todo corpo ao mesmo tempo (Souchard, 2001).

O Tratamento da RPG é realizado através de posturas estáticas estirando os músculos da estática contra uma pequena resistência permitindo-lhes recuperar o comprimento, a flexibilidade e a força ativa, sendo que as posições usadas no tratamento com RPG são: rã no chão com braço fechado; de pé contra a parede; de pé no meio; rã no chão com braço aberto; sentada; rã no ar com braço fechado; de pé, inclinado para frente; rã no ar com braço aberto. Tal técnica objetiva atuar neste conjunto de cadeias musculares, de modo que os músculos estáticos sejam alongados e os dinâmicos contraídos (Souchard, 2001).

A RPG trata globalmente os problemas músculo-articulares, utilizando-se de posturas de alongamento muscular baseadas na normalização da morfologia, visando abolir em um indivíduo, todas as compensações musculares decorrentes de uma agressão, objetivando ao mesmo tempo, tratar do efeito à causa (Souchard, 2001).

O trabalho justifica-se pela carência do tema na bibliografia mundial, ou seja, há um reduzido número de trabalhos científicos abordando o tratamento fisioterapêutico em gestantes com dor lombar, sendo que a lombalgia, segundo dados estatísticos está presente em 50% ou mais das mulheres no período gestacional. Além disso, para incentivar a pesquisa da RPG como forma de tratamento para redução da dor na gestante e incentivar o conhecimento dos profissionais da área da saúde a ampliarem suas formas de tratamento.

Com este artigo buscamos sugerir a RPG como tratamento na redução da dor lombar da paciente gestante, analisando os resultados após as sessões realizadas com a técnica e avaliar se houve melhora na dor.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada através de um relato de caso, atendido em consultório de uma academia de Goiânia GO, pela fisioterapeuta Adriana Peixoto Cardoso Guerra.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram utilizados: Ficha de Avaliação Postural, Avaliação da RPG, Escala Visual Analógica da dor e Questionário reduzido de McGill.

Na Ficha de Avaliação Postural, aplicada no início e no final do tratamento, foi observada a postura da gestante em vista anterior, lateral e posterior, tudo foi registrado em fotos como complemento da pesquisa.

Na avaliação da RPG, aplicada no início e final do tratamento, foi observada a cadeia muscular mais comprometida, através da tabela sugerida por Souchard e então determinado as posturas que seriam utilizadas no tratamento (Souchard & Ollier, 2001).

Na avaliação da intensidade da dor foi utilizada a Escala Visual Analógica, aplicada diariamente do início ao fim do tratamento e para o tipo de dor o Questionário resumido de McGill, aplicado em todas as sessões (Viel, 2001).

A paciente foi submetida a oito sessões, com avaliação e aplicação de RPG, realizadas 2 vezes por semana, com duração de 60 minutos cada, no período de um mês.

Uma paciente P S F, sexo feminino, 21 anos de idade, quinto mês de gestação, apresentando 48,9 Kg, 1,51 m e dominância direita.

Tem como queixa principal (QP) “dor na parte baixa da coluna, como se estivesse abrindo”.

Na História da Moléstia Progressiva (HMP), relata que sempre sentiu algia na coluna vertebral, sendo esta dor predominante na região cervico-torácica.

Já na História da Moléstia Atual (HMA), relata que tanto na gestação anterior como na atual a dor na coluna vertebral é predominantemente lombo-sacral. Esta dor exacerba no final da tarde e dependendo de como dorme já acorda com dor (SIC). Na gestação anterior a partir do sétimo mês a dor intensificou, dificultando sobre maneira as atividades de vida diária da paciente.

Na avaliação postural inicial foi encontrado:

- Vista Anterior: cabeça inclinada para direita, clavículas horizontalizadas, ombro direito mais protuso, triângulo de Tales maior a direita, quadril direito mais baixo, joelhos valgos, patelas convergentes (principalmente a direita) e pé direito em eversão.

- Vista Posterior: cabeça rodada e inclinada para direita, ombro direito mais baixo, escápula direita mais alta, triângulo de Tales maior a direita, quadril esquerdo mais baixo, interlinha dos joelhos alinhadas e tornozelo valgo.
- Vista Lateral: cabeça projetada para frente, ombro esquerdo rodado para frente, cotovelos semi fletidos, mãos fletidas, tronco rodado para direita, coluna dorsal com hipercifose, coluna lombar com discreta hiperlordose, abdome protuso, quadril esquerdo em anteroversão e direito em retroversão, joelhos hiperextendidos e tornozelos alinhados.

No questionário reduzido de McGill inicial, a paciente referiu: dor intermitente, de início lento e em pressão.

Na avaliação da RPG inicial foi constatado a cadeia anterior como a mais comprometida; teste de Laségue negativo; no teste roda da bicicleta foi encontrado 8 (oito) dedos acima do tálus sem dor e 6 (seis) dedos acima do tálus com dor; os processos espinhosos não aparecem na região lombar e dorsal baixa.

Nas sessões de aplicação de RPG foram utilizadas as seguintes posturas: Rã no ar com membros superiores abertos, por 20 (vinte) minutos; rã no chão com membros superiores abertos, por 20 (vinte) minutos; postura sentada, por 8 minutos.

Na avaliação postural final, foi encontrado:

- Vista Anterior: cabeça alinhada, clavícula horizontalizada, ombro direito mais protuso, triângulo de Tales maior a direita, porém mais discreto, quadril direito mais baixo, joelhos valgos, patelas convergentes, principalmente a direita, pé direito em eversão.
- Vista Posterior: cabeça alinhada, ombro direito mais baixo, escápulas alinhadas, triângulo de Tales maior a direita, quadril alinhado, interlinha dos joelhos alinhadas, tornozelo valgo.
- Vista Lateral: cabeça alinhada, ombros rodados para frente, cotovelos semi fletidos, mãos fletidas, tronco rodado para direita, coluna dorsal com hipercifose, coluna lombar com acentuada hiperlordose, abdome protuso, quadris em retroversão, pernas normais, tornozelos alinhados.

No questionário reduzido de McGill final, a paciente referiu: dor intermitente, de início lento e em pressão.

Na avaliação da RPG final foi constatado a cadeia anterior como a mais comprometida, no teste de roda da bicicleta foi encontrado 8 (oito) dedos acima do tálus sem dor e 4 (quatro) dedos acima do tálus com dor; os processos espinhosos não aparecem na região lombar e na região dorsal baixa.

Em relação a escala visual analógica da dor, houve uma evolução inicialmente com aumento da dor e posteriormente com diminuição importante até a completa analgesia, como verificado no gráfico 1.

AS TABELAS DEVEM SER AUTO – EXPLICATIVAS

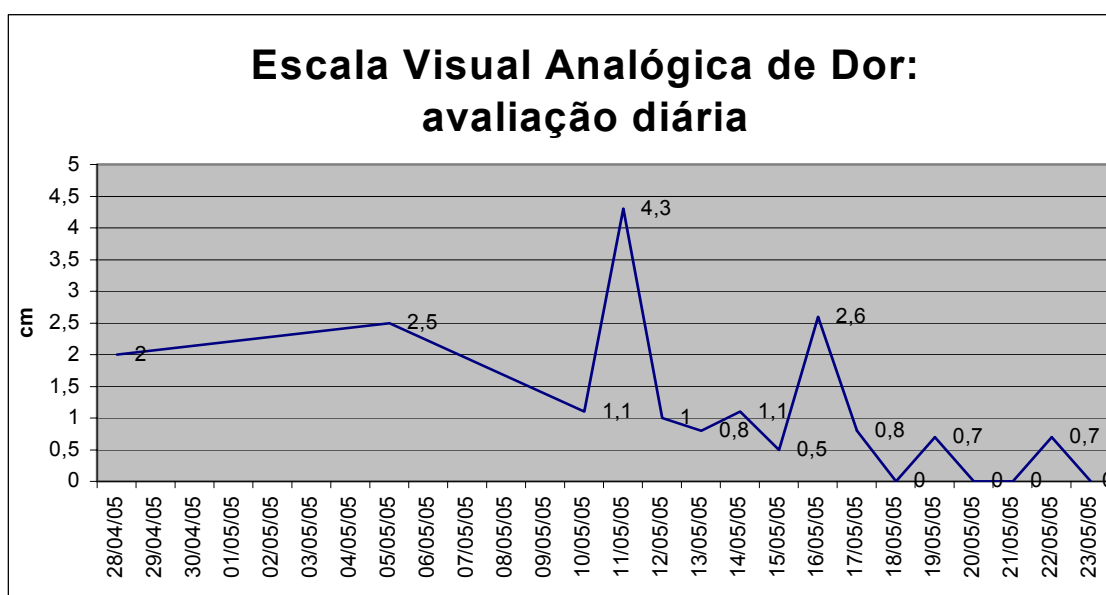


Figura 1 – Escala visual analógica da dor – distribuição diária.

DISCUSSÃO

A paciente relata que sentia dores na coluna desde a adolescência, e na primeira gestação a dor na região lombo-sacral tornou-se quase incapacitante, interferindo sobremaneira em suas atividades de vida diária.

Com o tratamento proposto a referida percebeu melhora no quadro álgico, porém devido à sua atividade profissional (manicure), e a manutenção de uma postura errada, as dores apareciam depois de uma rotina de trabalho, o que interferiu no bom resultado do uso da técnica de RPG. Contudo após seguir orientações sobre uma melhor postura a ser utilizada, notou-se a melhora do quadro álgico, que manteve-se com valores mais baixos na Escala Analógica Visual da dor, mesmo nos dias de mais esforço desempenhado pela paciente.

Na avaliação postural a gestante apresentou melhoras no posicionamento da cabeça, escápulas, quadris e joelhos. Já na avaliação da RPG, manteve a cadeia anterior mais acometida, porém no teste da roda da bicicleta manteve oito dedos acima do tálus sem dor, mesmo com o aumento do abdome, e aumentou dois dedos, passando de seis para quatro acima do tálus com dor, o que sugere uma melhora do alongamento muscular da cadeia posterior. No questionário reduzido de McGill os resultados foram mantidos, porém, pela limitação das variáveis propostas não foi possível relatar as mudanças, pois a dor continuou intermitente, mas ocasional, suave e rápida, decorrente dos esforços físicos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a técnica de Reeducação Postural Global (RPG) é eficaz no tratamento da lombalgia gestacional e deve ser sugerida como opção de tratamento para tais pacientes, pois pôde ser notada a melhora do quadro algíco em uma paciente que desempenha atividades mantendo uma postura viciosa e errada, o que implica que o uso do método em qualquer outra gestante, principalmente as que não apresentam uma atividade agravante do quadro, seria indicado e eficiente.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, M. K. *A cinesioterapia através da técnica de RPG*. 2003.

BIENFAIT, M. *Os Desequilíbrios Estáticos: fisiologia, patologia e tratamento fisioterápico*. São Paulo: Summus, 1995.

CARVALHO, Y. B. R.; CAROMANO, F. A. Alterações Morfológicas Relacionadas com a Lombalgia Gestacional. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 5(3): set/dez, 2001.

CONTI, M. H. S.; CALDERON, I. M. P.; RUDGE, M. V. C. Desconfortos Músculo Esqueléticos da Gestação: uma visão obstétrica e fisioterápica. *Revista Femina*. v 31, Bauru, 2003.

FERREIRA, C. H. J.; NAKANO, A. M. S. Lombalgia na Gestação: etiologia, fatores de risco e prevenção. Ribeirão Preto: *Revista Femina*. V.28, 2000.

FERREIRA, C. H. J.; NAKANO, A. M. S. Lombalgia na Gestação: uma revisão. *JBM*, v 77, n 1, julho, 1999.

FERREIRA, C. H. J.; NAKANO, A. M. S. Reflexões sobre as bases conceituais que fundamentam a construção do conhecimento a cerca da lombalgia na gestação. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v 9, Ribeirão Preto, 2001.

GUIC, E.; REBOLLEDO, P.; GALILEA, E. et al. Contribución de Factores Psicosociales a la Cronicidad del Dolor Lumbar. *Rev. Med. Chile*, 130: 1411-1418, 2002.

MARQUES, A. P. *Reeducação Postural Global: estruturação postural integrada*. São Paulo: Manole, 2003.

PALHARES, D.; RODRIGUES, J. A.; RODRIGUES, L. M. Descrição de exercícios terapêuticos para coluna lombar. *Revista Ciências Médicas*. 187-196, Campinas, 2002.

REZENDE, J. *Obstetrícia. Repercussões da Gravidez sobre o Organismo*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

ROCHA, C. C. F. Principais Desconfortos na Gravidez. Universidade de Cruz Alta. *Jornal Físio*, 2002.

SILVA, A. R. A.; PEREIRA, J. S.; SILVA, M. A. G. Lombalgia. *Fisioterapia Brasil*, v 2, n 3, maio/junho, 2001.

SOUCHARD, P. E.; OLLIER, M. *As Escolioses seu Tratamento Fisioterapêutico e Ortopédico*. São Paulo: Coleção é Saúde, 2001.

SOUCHARD, P. E. *Reeducação Postural Global: método do campo fechado*. 4 ed. São Paulo: Cone, 2001.

SOUZA, M. S. Afinal, toda gestante terá dor lombar? Universidade do Estado de Santa Catarina. *Revista Femina*. v 31, 2003.

VIEL E. *O Diagnóstico Cinesioterapêutico*. São Paulo: Manole, 2001.