

Impacto da artrodese lombar sobre a mobilidade pélvica, sobre as AVDs e a função sexual de mulheres: série de casos



Ana Cristina Gambim Pinheiro¹, Éverton Massaia²

RESUMO

Submissão: 02/12/2023

Aceite: 15/12/2023

Publicação: 31/12/2023

Panorama: A artrodese lombar é usada no tratamento de hérnias de disco e traumas raquidianos, mas limita movimentos. Não está claro o quanto o problema impacta sobre as AVDs e a vida sexual. **Objetivo:** Estudar os impactos da artrodese lombar sobre as AVDs, a flexibilidade e a sexualidade de mulheres. **Método:** série de casos onde quatro pacientes atendidas em uma clínica-escola foram submetidas ao Índice Oswestry, teste de Schöber e a um questionário de disfunção sexual. Os resultados foram discutidos a partir de estatística descritiva e novas *insights* foram lançados para a comunidade científica. **Resultados:** Todas as voluntárias apresentaram restrição importante da flexibilidade e impacto grave sobre as AVDs, incluindo o sono. A disfunção sexual esteve presente em todas elas. **Conclusão:** A artrodese lombar diminui a flexibilidade e restringe de modo importante as AVDs de mulheres, incluindo o sono, tendo impacto importante sobre a função sexual. Novos estudos sobre o tema são urgentes.

ABSTRACT

Background: Lumbar arthrodesis is used to treat herniated discs and spinal trauma, but it limits movement. It is not clear how much the problem impacts ADLs and sexual life. **Aims:** To study the impacts of lumbar arthrodesis on ADLs, flexibility and sexuality in women. **Method:** case series in which four patients treated at a teaching clinic were subjected to the Oswestry Index, Schöber test and a sexual dysfunction questionnaire. The results were discussed using descriptive statistics and new insights were released to the scientific community. **Results:** All volunteers presented significant restriction of flexibility and serious impact on ADLs, including sleep. Sexual dysfunction was present in all of them. **Conclusion:** Lumbar arthrodesis reduces flexibility and significantly restricts women's ADLs, including sleep, having a significant impact on sexual function. New studies on the topic are urgent.

¹ Discente do curso de Fisioterapia, FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil. ana_gambim@hotmail.com¹
² Doutor e docente do curso de Fisioterapia, FEEVALE, Novo Hamburgo, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

As últimas décadas têm mostrado um aumento na incidência de doenças degenerativas da coluna vertebral. Estima-se que 53% dos brasileiros irão apresentar lombalgia incapacitante e 33% terão dor ciática associada ao longo da vida. O tratamento cirúrgico das afecções degenerativas lombossacras, quando acompanhadas de instabilidade mecânica, deve contemplar a melhora da dor e da disfunção neurológica (descompressão) e a estabilização mecânica. Quanto maior a quantidade de níveis com artrodese maiores seriam as limitações funcionais¹.

A dor lombar predomina nos transtornos da coluna vertebral, e associada a ela podem estar relacionadas disfunções e desequilíbrios que exijam um tratamento mais agressivo: a artrodese lombar. O músculo transversos abdominal é o principal estabilizador lombar, porém a força da musculatura abdominal encontra-se diminuída em pessoas submetidas a este tipo de cirurgia².

O centro de rotação da coluna vertebral não é estático; existem diferentes pontos de carga; o disco e plataforma do corpo vertebral têm elevada responsabilidade na absorção desse peso. A reconstrução após discectomia é importante e 80% das forças compressivas e cisalhamento são transmitidas através da coluna. A artrodese alivia a dor induzida pela instabilidade, mas não a dor discogênica. Ela melhora a qualidade de vida em alguns pontos, mas apresenta superioridade nas limitações³.

O transversos do abdome é o principal músculo abdominal responsável por gerar a pressão infra-abdominal (PIA). Graças à orientação horizontal de suas fibras, a contração desse músculo resulta em diminuição da circunferência abdominal, o que leva ao aumento da tensão da fáscia tóraco-lombar. O fortalecimento abdominal influencia na força e na função da musculatura do assoalho pélvico. Portanto, a contração abdominal associada à contração perineal, além de potencializar o ganho de força na musculatura abdominal, melhora a função da musculatura do assoalho pélvico (MAP)⁴.

Talvez a disfunção da MAP mais falada atualmente seja a disfunção sexual. E dentre as sequelas mais importantes descritas na população vitimada pela cirurgia de artrodese vertebral está a disfunção sexual em si⁵, problema que acomete de 30% a 50% das norte-americanas e 51% das brasileiras. As causas são multifatoriais; as mais apontadas na literatura são menopausa, cirurgias, disfunções sexuais da parceria, crença religiosa, desemprego e uma baixa percepção da qualidade de

vida⁶.

A flexibilidade corporal não se apresenta de modo uniforme nas articulações e nos movimentos, sendo comum, que sua amplitude máxima seja boa para determinados movimentos e limitada para outros. O desalinhamento postural prejudica não só o movimento, mas a mobilidade articular. Na postura adequada biomecanicamente, a coluna apresenta as curvaturas normais e os ossos dos membros inferiores ficam em alinhamento ideal para sustentação de peso. A pelve em posição neutra favorece o bom alinhamento do abdome, tronco e membros inferiores. Alinhamento, flexibilidade e força muscular são qualidades inseparáveis. Com base nisso, exercícios para fortalecer músculos fracos e alongar músculos retraídos são fundamentais⁷.

A coluna deve ser flexível e forte ao mesmo tempo, pois é ela quem irá sustentar a maior carga na contração estática, concêntrica ou na excêntrica. Portanto, não realizar uma dessas capacidades pode provocar fadiga, lesão e dor⁸. Embora a artrodese da coluna vertebral venha sendo utilizada para o tratamento de diversas doenças da coluna, essa modalidade de tratamento acarreta a perda de movimentação dos níveis em que houve a fusão e como consequência pode sobrecarregar os níveis adjacentes podendo provocar a sua degeneração precoce. Atualmente existem no mercado diversos métodos de estabilização dinâmica anteriores e posteriores⁹.

Pessoas que sofrem de dor crônica de coluna podem desenvolver sintomas depressivos, uma vez que sentem dores constantes e incapacitantes que pode impedi-los de exercerem suas atividades profissionais, pessoais e sociais, e isso pode fazer com que as limitações físicas acarretem prejuízos emocionais. A prevalência destes problemas emocionais foi comprovadamente maior em pessoas com diagnóstico de dor discogênica. Um fator fundamental para a reabilitação do paciente é a adesão ao tratamento pós-cirúrgico, como os cuidados iniciais e os progressivos exercícios físicos, tendo em vista ainda que pacientes com depressão apresentam quatro vezes mais dores restritivas do que pessoas sem alterações emocionais¹⁰.

As desordens lombares são de natureza multifatorial, cerca de 90% dos casos, não é possível que a causa da disfunção seja determinada, o que caracteriza o quadro de dor lombar inespecífica. Observa-se que prejuízos biomecânicos e fisiológicos tendem a acompanhar os quadros crônicos. Muitos deles são identificados na literatura, tais como diminuição da velocidade da marcha confortável, diminuição do comprimento do passo e do tempo de balanço, diminuição da resistência dos extensores lombares, incoordenação das rotações pélvicas e atraso na ativação planejada do

transverso do abdome¹¹.

As principais queixas associadas à dor lombar são perda da força muscular, parestesias em membros inferiores, incapacidade funcional, alterações neurológicas e deformidades. Também tem sido correlacionada com o aumento da rigidez pósterio-anterior devido à degeneração de estruturas articulares. Percebe-se que, além das vértebras e músculos, os discos intervertebrais são necessários para estabilização, sustentação e mobilização e quando comprometidos podem interferir na mobilidade articular¹².

A cirurgia de artrodese lombar, indicada para casos selecionados de dor lombar crônica, é realizada através de parafusos na coluna e com isso limita os movimentos. Atualmente esse tipo de cirurgia vem sendo selecionada como tratamento de hérnias de disco, além de ser um procedimento comum pós traumas da coluna vertebral¹⁻³. Durante os meses de estágio na Clínica Escola de Fisioterapia da FEEVALE, Novo Hamburgo, a autora entrou em contato com pacientes que haviam passado por este tipo de procedimento e, dado seu interesse prévio em fisioterapia pélvica e nas relações do assoalho pélvico com as musculaturas abdominal e lombar, surgiu uma curiosidade natural em estudar a correlação entre estas situações.

Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar a mobilidade pélvica, as limitações e a dor pós-cirurgia em mulheres com artrodese lombar, com o intuito de responder a questões como a satisfação e as adaptações que possam ter ocorrido para uma vida ativa, levando-se em conta os aspectos psicológico e social, bem como no que tange a vida sexual.

A presente pesquisa teve como objetivo geral avaliar a mobilidade pélvica e limitações em mulheres com artrodese lombar.

A escolha por um tema que abordasse a mobilidade pélvica em pacientes com artrodese lombar instiga por ser algo pouco pesquisado, muito embora no relato de pacientes se revele amplo, de possível intervenção fisioterapêutica, no cuidado com as dores e as dificuldades de mobilidade. Além disso, vislumbra-se a chance de falar acerca das vantagens e desvantagens dessa cirurgia no contexto da capacidade funcional do paciente.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com características de um perfil observacional descritivo, transversal,

de análise quantiquantitativa.

A amostra deste estudo contou com pacientes que frequentam a clínica de fisioterapia e a fisioterapia aquática de uma universidade do sul do Brasil. O estudo teve como colaboradoras quatro mulheres que passaram pela artrodese lombar. Elas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os critérios de inclusão deste estudo foram mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, com artrodese lombar e que aceitaram assinar do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram mulheres que passaram pela artrodese, mas sem dor residual.

Este estudo seguiu os preceitos da resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas envolvendo seres humanos. Todas as informações sobre o projeto e os esclarecimentos sobre o início da coleta de dados foram passadas para as participantes. Após os esclarecimentos, as participantes que aceitarem participar da pesquisa deverão assinar o TCLE. As voluntárias tiveram liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de comunicar-se com os pesquisadores.

A coleta de dados foi realizada com em pacientes de uma clínica de fisioterapia em Novo Hamburgo, RS. A participação foi de forma voluntária e sem remuneração. As informações coletadas serão publicadas sem revelar dados de identificação das participantes, mantendo assim, o anonimato e a privacidade delas.

As informações serão incineradas cinco anos após a realização da pesquisa. Os pesquisadores responsáveis por este projeto estavam à disposição das voluntárias para qualquer dúvida. Os direitos das voluntárias participantes foram mantidos e respeitados durante todo o processo de pesquisa atendendo a resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário, adaptado de Índice Oswestry de Incapacidade¹³.

O questionário abordou questões abertas e questões fechadas. As questões abertas permitem ao entrevistado considerável liberdade para expressar sentimentos ou expandir ideias e em questões fechadas força o entrevistado a situar as respostas em uma ordem de classificação de

acordo com algum critério. Como resultados, são feitos julgamentos de valor e as classificações podem ser somadas e analisadas quantitativamente¹⁴.

O questionário foi aplicado em forma de entrevista com pacientes da Clínica Universitária da FEEVALE, Novo Hamburgo, RS. No contato inicial, a pesquisadora através de uma comunicação oral, breve e objetiva, apresentou o projeto aos professores supervisores (Estágio Supervisionado II) e também aos estagiários de uma Clínica Escola de Fisioterapia de uma Instituição do Vale do Sinos, RS, a fim de identificar pacientes que se encaixam na proposta da pesquisa. Além disso, após permissão dos professores supervisores, a acadêmica pesquisadora entrou em contato com as pacientes da clínica de fisioterapia, através de contato telefônico, primeiramente para agendamento da avaliação e, em seguida, pessoalmente, para a coleta das informações acerca da pesquisa

O estudo principal iniciou no dia 7 de março de 2017 e finalizou no dia 19 de abril de 2017, com uma amostra de quatro indivíduos, a qual seguiu a metodologia pré-estabelecida no estudo: 1) aplicação do questionário para o perfil sociodemográfico; 2) aplicação do questionário Índice Oswestry de Incapacidade e 3) aplicação do teste de Schöber.

Na sala de avaliação, foram coletados os dados acerca do perfil dos participantes da pesquisa, através do questionário de identificação do perfil sociodemográfico, elaborado pela pesquisadora, constando de idade, sexo, estado civil, escolaridade, vínculo de trabalho.

O Índice de Incapacidade Oswestry (ODI) é um questionário para medir incapacidade em pacientes que apresentam alguma alteração lombar. Esse índice inclui 10 escalas de seis pontos. A primeira parte avalia a intensidade da dor e as outras abordam o efeito incapacitante da dor nas atividades típicas diárias. O escore total do ODI varia de zero (nenhuma incapacidade) a 100 (incapacidade máxima). O ODI foi validado no Brasil e demonstrou boa consistência interna ($\alpha=0,87$) e confiabilidade teste/reteste ($r=0,99$)¹³.

O teste de Schöber é utilizado para medir a Amplitude de Movimento (ADM) da coluna, ele consiste em estender uma fita métrica sobre a coluna espinhal, entre a articulação lombossacra e até 10 cm acima desta, com o indivíduo em posição ortostática. Quando o indivíduo faz a flexão anterior de tronco, o aumento da distância entre as marcas fornece uma estimativa da amplitude da flexão da coluna lombar. A distância dos pontos marcados, em pacientes sem alteração de mobilidade deverá aumentar 5 cm. Em aumentos menores que 5 cm o teste é positivo. Posteriormente, o teste

de Schöber foi modificado, marcando um ponto 5 cm abaixo e 10 cm acima da articulação lombossacra, devido à dificuldade de localizar a articulação lombossacra com precisão¹⁵.

Com base nos elementos da coleta do estudo principal, os dados quantitativos foram tabelados numa planilha do Microsoft Excel® para posterior análise. Com base nesses dados procedeu-se a interpretação dos resultados, apresentados na forma descritiva simples.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa teve quatro colaboradoras com artrose lombar, selecionadas na clínica escola, com idade superior a 18 anos. Há de se considerar que o gênero feminino apresenta características anatomofuncionais como menor estatura, massa muscular e óssea, articulações mais frágeis, com maior peso de gordura e menos adaptação aos esforços físicos, o que favorece o surgimento das DLC¹⁶.

Destas quatro voluntárias, duas eram casadas e duas divorciadas, com vida sexual ativa após a cirurgia. Quanto a escolaridade, metade tinha Ensino Fundamental Completo e metade Ensino Fundamental Incompleto. Grande parte da população brasileira, 49,2%, com 25 anos ou mais tem Ensino Fundamental Incompleto; o percentual representa 54,5 milhões de brasileiros. Apesar deste alto índice, existe avanço na escolaridade da população quando se compara os dados atuais aos números do censo realizado no ano de 2000, quando 64% dos brasileiros não tinham concluído o Ensino Fundamental¹⁷. Quanto às atividades laborais, duas foram afastadas do trabalho em função da dor e duas estão aposentadas

O Índice Oswestry de Incapacidade avaliou a intensidade da dor, cuidados pessoais, levantar pesos, andar, sentar, ficar de pé, sono, vida sexual, vida social e viagens, revelando o seguinte:

- a. Intensidade da dor:** três mulheres informaram apresentar dor muito forte no momento e uma dor mais ou menos intensa.
- b. Cuidados pessoais:** três relataram que é doloroso se cuidar, que são lentas e cuidadosas durante as AVDs, e uma informou que precisa de ajuda em alguns momentos, mas que consegue dar conta de se cuidar.
- c. Manipulação de pesos:** duas alegaram que a dor impede de levantar pesos pesados e duas que só conseguem levantar pesos muito leves.

- d. Marcha:** todas afirmaram que a “dor me impede andar mais que poucos metros”.
- e. Sentar e ficar de pé:** todas responderam que a dor impede ficar sentada ou em pé por mais de 30 minutos.
- f. Sono:** duas informaram que dormem menos de seis horas devido à dor e duas menos de quatro horas.
- g. Vida sexual:** três relaram ter a vida sexual muito restringida devido à dor e uma ter a vida sexual praticamente inexistente.
- h. Vida Social e Viagens:** todas responderam que “a dor restringe minha vida social e eu não saio muito de casa”, e “a dor restringe minhas viagens para distâncias menores que uma hora”.

As afirmações foram pontuadas de 0 a 5 (0 para a primeira e 5 para a última) e foram assinaladas em cada seção. A média do resultado foi de 3 pontos totalizando 30, considerando o cálculo $30/50 \times 100 = 60\%$, que significa que o nível de incapacidade para todas as participantes foi intenso. A pontuação total varia de 0 (nenhuma incapacidade) a 100 (incapacidade total). A interpretação dos resultados divide-se, para tanto, em cinco grupos: incapacidade mínima (0 – 20%), incapacidade moderada (21- 40%), incapacidade intensa ou severa (41 – 60%), incapacidade muito severa (61 – 80%) e incapacidade total (81 – 100%)¹⁸.

No teste de Schöber os resultados para as quatro participantes foram de 14,2 cm, 14,1 cm, 12,9 cm e 12,5 cm. Considerando que o resultado esperado no teste para não apresentar alteração deve ser superior a 15 cm, concluímos que todas as colaboradoras apresentaram restrição importante na flexibilidade.

A mobilidade lombar é um fator de extrema importância no dia a dia, ela que permite a amplitude de movimento da coluna, facilita os movimentos funcionais e deve ser considerada nas avaliações fisioterapêutica para melhor reabilitar o paciente. Após o resultado demonstrado no teste de Schöber, nota-se que todas as pacientes tiveram a limitação da mobilidade após a cirurgia. Gerando diminuição da funcionalidade para as AVDs. Foganholi e Macedo (2015)¹² relatam que o teste de Schöber é uma das formas utilizadas para verificar a mobilidade da coluna lombar. Por outro lado, alguns estudos avaliaram e compararam a amplitude de movimento de flexão da região lombar pelo teste de Schöber com o exame de Raio-X, um instrumento de avaliação padrão ouro para a amplitude de movimento da região lombar.

Para melhor compreensão das respostas dadas pelas colaboradoras durante a aplicação da entrevista, agrupou-se as mesmas nas categorias descritas abaixo.

Vida sexual normal

A partir da pergunta “Pra você o que é uma sexual normal?”, as colaboradoras deram respostas semelhantes em que se destacou “ter uma vida sexual normal é não sentir dor, é sentir vontade, desejo é poder fazer com prazer sem existir nenhuma restrição 2X por semana.” As colaboradoras disseram não saber o que é isso a muito tempo. A dor lombar pode afetar de modo negativo a qualidade de vida do indivíduo, devido a um distúrbio do sono associado a alterações da capacidade física e mental, tendo como consequência a fadiga, depressão e a limitação da produtividade, interferindo nas atividades rotineiras e laborais do paciente¹⁹.

Definir o que é uma vida sexual “normal” é praticamente impossível, pois cada indivíduo tem uma opinião diferenciada. Nesse estudo obteve-se respostas comuns, mas uma pesquisa não seria capaz de concluir o que as pessoas sentem em relação a esse assunto, embora se possa perceber o que as pessoas sentem a respeito quando tratam o tema. As colaboradoras citaram a palavra “vontade e desejo”, mas essas palavras são amplas. Para Chaui (1991)²⁰, desejar direciona-se sempre a alguma coisa ou alguém. É carência, sentir falta. É buscar um preenchimento, uma satisfação no objeto ou na pessoa desejada. O desejo não é uma necessidade, ainda que possa senti-lo com igual ou maior força do que a necessidade.

Conforme Trindade e Ferreira (2008)²¹ o desejo sexual hipoativo ou inibido, no campo da clínica e da Psicologia é uma deficiência ou ausência de fantasias sexuais e de desejo pela atividade sexual, causando angústia e dificuldades interpessoais. É a disfunção sexual mais comum, tanto em homens quanto em mulheres; porém, é a mais difícil de tratar.

Em um estudo realizado por Abdo (2002)²² que abordou o perfil sexual da população brasileira em uma amostra composta por 56% de mulheres, sendo em sua maioria jovens de 26 a 49 anos, uma das principais queixas foi a ausência de desejo sexual em 34% das participantes.

Cirurgia X Vida sexual

Na pergunta “Como você avalia a relação da cirurgia com sua vida sexual?”, a resposta de todas foi “antes da cirurgia eu tinha uma vida ativa e com prazer, às vezes, apresentava dor, mas não existia limitação e era mais frequente. Hoje a dor me impede de realizar os movimentos, não tem

a mesma frequência e tenho medo. A cirurgia mudou muito minha vida em tudo, muitas vezes me arrependo de ter realizado a cirurgia, mas não tive escolha". As quatro mulheres referiram ter arrependimento em relação a cirurgia. Mantelli (2014)²³ diz que aspectos físicos e psicológicos podem interferir na vida sexual acarretando redução do interesse por sexo na mulher. Podem ser de etiologia diversas, tais como depressão, doenças crônicas até efeitos colaterais de medicamentos que têm a possibilidade de alterar a libido da mulher.

As colaboradoras possuem artrodese lombar, a qual já limita os movimentos e quando existe a presença da dor, os movimentos da coluna são reduzidos mais ainda, buscando minimizar o estresse articular, muscular ou discal. Deste modo, existe relação com as medidas de incapacidade, no qual o medo de aumentar a dor leva o indivíduo a não desenvolver determinadas atividades, contribuindo assim, para maior inatividade e menor mobilidade. A maioria dos pacientes que são submetidos por cirurgia não serão beneficiados. Mas uma avaliação cirúrgica pode ser considerada para pacientes com diagnósticos e compressão de raiz nervosa e estenose do canal vertebral que possuam deficiências funcionais ou dor refratária apesar de vários tratamentos não cirúrgicos²⁴.

O estudo de Foster et al. (2010)²⁵ associou dor como fatores psicológicos, percebendo que a incapacidade estava associada também à percepção negativa em relação a doença, bem como à baixa autoeficácia e à depressão.

Dor X Posições

Em relação a pergunta que fala de posição "Se dor, em quais postura ou posições você sente mais desconforto?", a resposta que se destacou foi que em todas as posturas ou posições existe dor no seu dia a dia, mas que em relação a posições sexuais de lado é mais tranquilo. Todas alegaram ter relação sexual entre duas e cinco vezes no mês, coisa que antes da cirurgia era duas vezes na semana e devido isso seus relacionamentos mudaram muito.

Ao pensar sobre o assunto, imagina-se como deve ser sentar na cadeira, levantar, caminhar e até mesmo em outros momentos sentir dor nas costas intensamente. Para se manter sentado em demais posições é importante ter os músculos fortes e suficientemente alongados, mas muitas vezes as pessoas não conhecem essa necessidade e deixam de fazer por falta do conhecimento. Maaswinkel et al. (2016)²⁶, fala que estabilidade da coluna vertebral depende da integração de três sistemas: sistema passivo (composto pelos corpos vertebrais, articulações facetárias, cápsulas articulares,

ligamentos espinhais e discos intervertebrais); sistema ativo (constituído de músculos e tendões) e sistema neural (sistema nervoso central e periférico). Esses subsistemas, sob condições normais, garantem a estabilidade estática e dinâmica da coluna vertebral.

O presente estudo selecionou pacientes com artrodese lombar, no qual essa articulação impacta na vida sexual de várias formas. A mais comum de todas é a dificuldade de mexer o quadril, impedindo o movimento na cama durante o ato sexual. A análise das respostas faz surgir um questionamento: será que essas participantes conhecem seu próprio corpo? Será que elas conhecem a função das suas articulações e músculos no dia a dia e também na vida sexual? Trindade e Ferreira (2008)²¹ afirmam que questões do cotidiano das mulheres, na parte que fala sobre o funcionamento do próprio corpo, emergiram da discussão a questão das posições durante o ato sexual. Enfatizou-se que algumas posições proporcionam desconforto ao invés de prazer e que isso deve ser discutido com a parceria. Para auxiliar o entendimento das mulheres às explicações dadas, foi mostrado um modelo do aparelho reprodutor feminino para que elas observassem a localização do clitóris e como esse órgão deve ser estimulado para proporcionar prazer. Neste momento, emergiu uma estratégia que está intimamente relacionada ao conhecimento do próprio corpo.

Os indivíduos com dor lombar crônica normalmente acreditam que suas atividades funcionais possam aumentar a dor ou ainda trazer algum outro acometimento físico, e esses fatores cognitivos influenciam diretamente no nível funcional. Alguns profissionais da saúde ainda reforçam negativamente, orientando seus pacientes que evitem atividades que desencadeiem ou agravem a DL, sendo assim fortalecidas as restrições de atividade²⁷.

O papel da Fisioterapia

Na pergunta “Após começar a fisioterapia depois da cirurgia, você notou alguma diferença?”, as participantes informaram ter limitações em coisas simples, mas que quando fazem a fisioterapia, conseguem ter mais mobilidade, realizar suas atividades diárias com mais facilidade. Ambas referem melhora na dor por um tempo maior. Uma das frases utilizada por uma participante foi: “minha vida após esse um ano de fisioterapia mudou muito, eu comecei a viver novamente, hoje consigo fazer as minhas coisas de casa, serviços simples que antes eu apresentava muita dor e deixava de fazer. Hoje sem dúvidas tenho uma vida melhor”. Admite-se que 10 milhões de brasileiros ficam incapacitados devido a dor lombar e, pelo alto índice de incidência da população que poderá sofrer um episódio de dor na vida, torna-se uma das principais “patologias” mais encontradas na prática fisioterapêutica²⁸.

Ter uma boa qualidade de vida é poder ser independente, realizar suas tarefas sem auxílio. Quando a função e a mobilidade de uma pessoa estão afetadas pela dor, envelhecimento, lesões, doenças, incapacidade e longos períodos de inatividade, isso gera um certo incomodo, afetando até mesmo a autoestima. E a fisioterapia tem como objetivo melhorar a qualidade de vida desses indivíduos com tais limitações, com abordagem multidisciplinar, buscando de forma eficaz identificá-la e tratá-la a fim de minimizar as incapacidades funcionais. Benato et al. (2009)²⁹ no seu estudo sobre pós cirurgia de artrose, iniciaram fisioterapia no hospital visando à reabilitação e ao ganho de amplitude de movimento articular (ADM). A reabilitação precoce é uma conduta do Grupo de Cirurgia da Coluna Vertebral, que opta pelo menor tempo possível de repouso pós-operatório. Após 15 dias, os pacientes já haviam retirado os pontos e iniciavam a fisioterapia, que foi mantida por 30 sessões, em 100% dos casos.

De acordo com Caprara e Rodrigues (2004)³⁰ é necessário ao profissional ter sensibilidade para conhecer a realidade do paciente e ouvir suas queixas para juntos encontrarem estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença. A terapia de exercícios em grupos é algo interessante que insere os pacientes em uma rede de contatos, o qual os fazem perceber que não estão sozinhos, encontram pessoas que compartilham de sofrimentos parecidos com os seus, além de ser uma forma de conforto facilita o atendimento fisioterapêutico^{31,32}.

CONCLUSÃO

A presente série de casos foi composta sobre quatro colaboradoras que são atendidas em uma Clínica Escola de Fisioterapia da FEEVALE, Vale do Sinos, novo Hamburgo, RS que apresentaram artrose lombar, objetivando identificar a mobilidade pélvica e outras complicações nestas mulheres.

Segundo o Índice Oswestry as voluntárias apresentaram dor muito forte, cuidados pessoais, dolorosos e difíceis, que são lenta e cuidadosas, que a dor impede de levantar pesos pesados ou que só conseguem levantar pesos muito leves. Ainda, que a dor impede andar mais que poucos metros e que impede permanecer sentada ou em pé por mais de 30 minutos. Todas apresentaram problemas para dormir relacionados à dor. Quanto à vida sexual, todas relataram impactos importantes ou completos por conta da dor. Quanto à vida social e viagens, todas estiveram restritas de modo importante. A incapacidade ocasionada pela dor residual foi classificada como intensa para todas. Todas apresentaram flexibilidade restrita pelo teste de Schöber.

Como já se sabe, a artrodese lombar já limita os movimentos e quando existe presença da dor, os movimentos da coluna são reduzidos mais ainda, buscando minimizar o estresse articular, muscular ou discal. Deste modo, existe relação com as medidas de incapacidade, no qual o medo de aumentar a dor leva o indivíduo a não desenvolver determinadas atividades, contribuindo assim, para maior inatividade no dia a dia e no ato sexual. Então, pode surgir outras complicações como depressão.

Tendo em vista o que foi apresentado, é possível afirmar que as implicações que a cirurgia de artrodese pode gerar são relevantes e, diante disso, torna-se importante a ampliação deste tipo de estudo, quanto às implicações no dia a dia e especialmente no que diz respeito à vida sexual. A fisioterapia tem como objetivo melhorar a qualidade de vida desses indivíduos nessas limitações, com abordagem multidisciplinar, buscando de forma eficaz identificá-la e tratá-la a fim de minimizar as incapacidades funcionais e, deste modo, pode ser a peça-chave para a minimização do sofrimento de um incontável número de mulheres que passaram por artrodese lombar

REFERÊNCIAS

1. Gotfryd AO, Henriques GG, Poletto PR. Influence of the extent of lumbosacral arthrodesis in clinical and functional outcomes. Coluna/Columna, v. 11, n. 1, p. 13-16, 2012.
2. Marques DV, Bigolin SE. A avaliação da força abdominal no pré e pós-operatório submetidos à artrodese lombar. Fisioterapia Brasil, v. 8, n. 5, p. 308-312, 2007.
3. Oliveira V, et al. Estudo comparativo da artrodese posterolateral e PLIF no tratamento da espondilolistesis degenerativo grau I ou II? Análise de 124 casos. Rev. Port. Ortop. Traum., v. 22, n. 1, p. 34-46, 2014.
4. Korelo RIG, et al. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas. Fisioterapia em Movimento, Curitiba, v. 24, n. 1, jan./mar. 2011.
5. Berg S, Fritzell P, Tropp H. Sex life and sexual function in men and women before and after total disc replacement compared with posterior lumbar fusion. Spine J. 2009 Dec;9(12):987-94.
6. Piassarolli VP, et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 32, n. 5, p. 234-240, 2010.
7. Faria L, Golçalves MCP, Ribeiro LC. Os benefícios da cinesioterapia postural para o fisioterapeuta: cuidando da coluna do cuidador. Fisioterapia Ser, v. 5, n. 3, 2010.

8. Achour A. Flexibilidade e alongamento: saúde e bem-estar. São Paulo: Manole, 2004.
9. Rocha ID, Cristante AF, Marcon R. Estabilizaciones lumbares dinâmicas. Coluna/Columna, v.11, n. 1, p. 77-80, 2012.
10. Amaral V, Marchi L, Oliveira LPL. Prevalência e relação de fatores emocionais e clínicos em pacientes com discopatia degenerativa. Coluna/Columna, v. 9, n. 2, p. 150-156, 2010.
11. Carvalho AR, Andrade A, Peyré-Tartaruga L. Possíveis alterações no mecanismo minimizador de energia da caminhada em decorrência da dor lombar crônica. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 55, n. 1, p. 55-61, 2015.
12. Correia VG, Foganholi G, Macedo CSG. Análise da Flexão Lombar e Incapacidade Funcional: um estudo comparativo entre sujeitos assintomáticos e pacientes com lombalgia. UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde, v. 17, n. 3, p. 194-197, 2015.
13. Vigatto RA. Development of a Brazilian Portuguese Version of the Oswestry Disability Index: Cross-Cultural Adaptation, Reliability and Validity. Spine, v. 32, n. 4, p. 481-486, fev. 2007.
14. Thomas JR, Nelson JK, Silverman SJ. Métodos de Pesquisa em Atividade Física. Porto Alegre: Artmed; 6ª ed. 478 p.
15. Macedo CSG, et al. Estudo da validade e confiabilidade intra e interobservador da versão modificada do teste de Schöber modificado em indivíduos com lombalgia. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v. 16, n. 3, 2009.
16. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 377-385, mar./abr. 2004.
17. Brasil. Ministério da Previdência Social. Anuário estatístico da Previdência Social 2013. Brasília, DF: MPS, 2013. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/aeps-2013-anuario-estatistico-da-previdencia-social-2013/aeps-2013-secao-i-beneficios>>. Acesso em: 15 mai. 2017.
18. Silva CCG. Dor lombar crônica e qualidade de vida. Trabalho final (Artigo Científico), Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal, 2010.
19. Salvetti MG. et al. Prevalência de fadiga e fatores relacionados em pacientes com dor lombar crônica. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 21, p.12-19, 2013.
20. Chauí MS. Repressão sexual essa nossa desconhecida. 12 ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
21. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. Texto contexto - enferm., 2008, v. 17, n. 3, p. 417-426, 2008.
22. Abdo CHN, Oliveira JR. O ginecologista brasileiro frente às queixas sexuais femininas: um estudo preliminar. RBM Rev. Bras. Med., v. 59,n. 3179-86, 2002.

23. Mantelli E, Ginecologia, Obstetrícia e Sexologia.
https://www.facebook.com/DoutoraEricaMantelli?locale=pt_BR.
24. Last AR, Hulbert K. Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management. Am Fam Physician, v. 79, n. 12, p.1067-1074, 2009.
25. Foster NE, et al. Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. Pain, v. 148, n. 3, p. 398-406, 2010.
26. Maaswinkel M, et al. Methods for assessment of trunk stabilization, a systematic review. Journal of Electromyography and Kinesiology, v. 26, n. 2016, p. 18-35, 2016.
27. Tome F, et al. Lombalgia crônica: comparação entre duas intervenções na força inspiratória e capacidade funcional. Fisioterapia em Movimento, v. 25, n. 2, p. 263-272, 2012.
28. Carvalho DA. Os princípios do método Pilates no solo na lombalgia crônica. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Fisioterapia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, 2006.
29. Benato ML, et al. A. Artrodese cervical anterior em três e quatro níveis com dispositivo intersomático não associado à placa cervical. Coluna/Columna, v. 8, n. 2, p. 143-147, 2009.
30. Caprara A, et al. A relação assimétrica médico-paciente: Repensando o vínculo terapêutico. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n. 1, p.139-146, 2004.
31. Airaksinen O, et al. Chapter 4 European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. Eur Spine J, v. 15, Suppl 2. p. 192-300, 2006.
32. Dreisinger TE. Exercise in the Management of Chronic Back Pain. The Ochsner Journal, v. 14, n. 1, p. 101-107, 2014.