

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO EM SUBGRUPOS PARA TRATAMENTO DA DOR LOMBAR



Jaqueline Martins

Mestre e Doutoranda do Departamento Ciências da Saúde
Especialista de Laboratório – LAPOMH – FMRP/USP

Treatment-Based Classification (TBC)



Clinical Perspective

A Treatment-Based Classification Approach to Low Back Syndrome: Identifying and Staging Patients for Conservative Treatment

Physical Therapy / Volume 75, Number 6 / June 1995

Anthony Delitto
Richard E Erhard
Richard W Bowling

Subgrouping Patients With Low Back Pain: Evolution of a Classification Approach to Physical Therapy

JULIE M. FRITZ, PT, PhD, ATC¹ • JOSHUA A. CLELAND, PT, PhD, OCS, FAAOMPT² • JOHN D. CHILDS, PT, PhD, MBA, OCS, FAAOMPT³

JUNE 2007 | JOURNAL OF ORTHOPAEDIC & SPORTS PHYSICAL THERAPY



Treatment-Based Classification System for Low Back Pain: Revision and Update

Muhammad Alrwaily, Michael Timko, Michael Schneider, Joel Stevans, Christopher Bise, Karthik Hariharan, Anthony Delitto

Phys Ther. 2016
Jul;96(7):1057-66

Intervenções Fisioterapêuticas

PIORA

INALTERADO

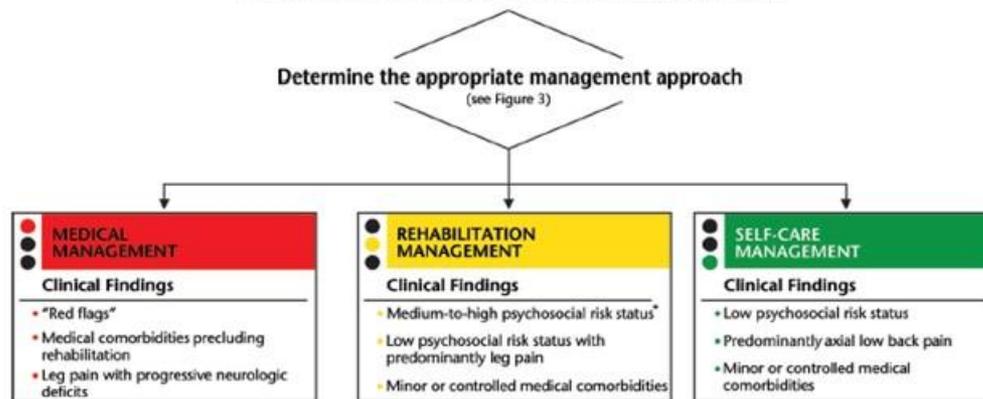
MELHORA

Intervenção única → amostra heterogênea pacientes

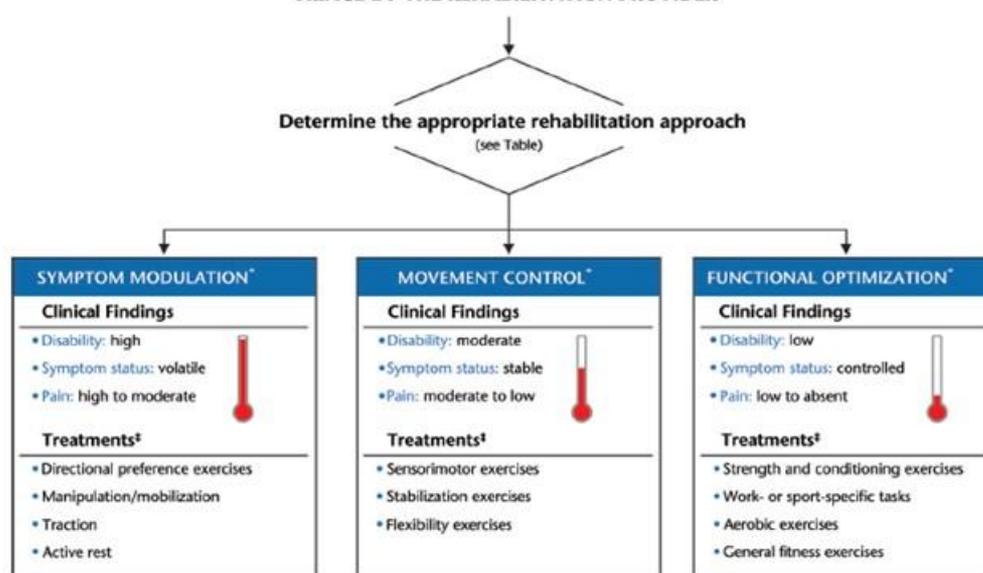
Pacientes com lombalgia devem ser classificados em subgrupos homogêneos e condizentes com um tratamento específico

Treatment-Based Classification (TBC)

TRIAGE BY THE FIRST-CONTACT HEALTH CARE PROVIDER



TRIAGE BY THE REHABILITATION PROVIDER†



Qual o Manejo adequado?

Nível 1

Qual o estágio do paciente?

Nível 2

Qual Tratamento?

Nível 3

Triagem feita pelo fisioterapeuta

Nível 2

Qual o estágio do paciente?

Apresentação clínica do paciente diante da dor e incapacidade?
Quais fatores podem afetar o tratamento? (PSICOSSOCIAIS)

I



SYMPTOM MODULATION*

Clinical Findings

- Disability: high
- Symptom status: volatile
- Pain: high to moderate



II



MOVEMENT CONTROL*

Clinical Findings

- Disability: moderate
- Symptom status: stable
- Pain: moderate to low



III



FUNCTIONAL OPTIMIZATION*

Clinical Findings

- Disability: low
- Symptom status: controlled
- Pain: low to absent



DOR > Disfunção

ODI 41-60%

EVA 7-10

Disfunção > DOR

ODI 21-40%

EVA 4-7

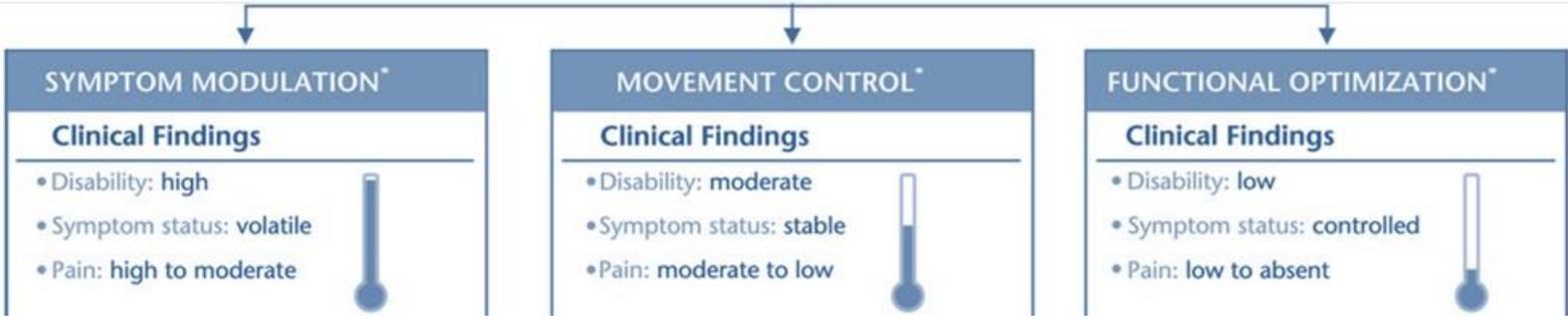
DOR = Disfunção

ODI ≤ 20 %

EVA 1-3

ODI, Oswestry Disability Index

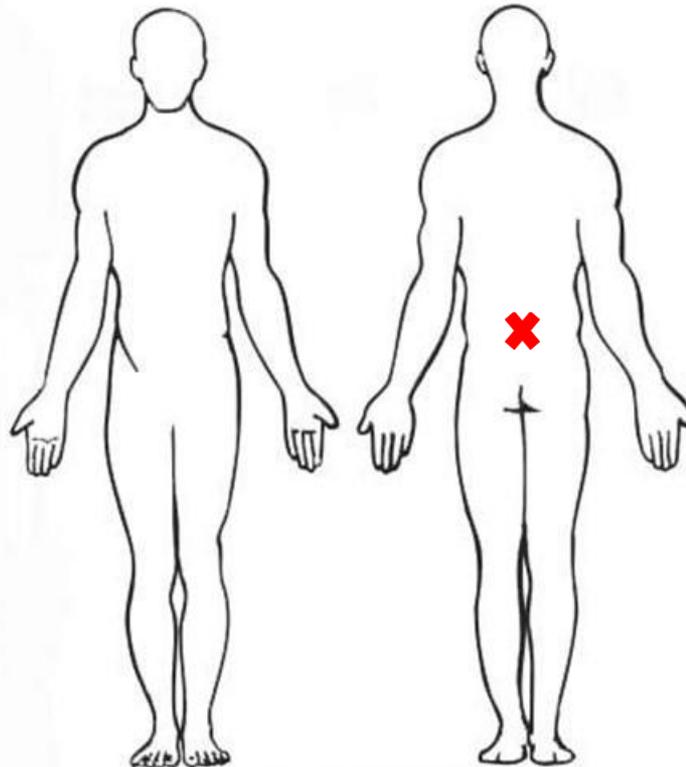
Como avaliar o estágio do paciente?



EVA (0-10)



Dor atual
Pior dor no dia
Menor dor no dia



Oswestry Disability Index - ODI

Núcleo de Estudos - INSTITUTO WILSON MELLO

Paciente: _____

Diagnóstico: _____ Data: _____

QUESTIONÁRIO OSWESTRY PARA AVALIAÇÃO DA DOR LOMBAR

Por favor, responda esse questionário. Ele foi desenvolvido para dar-nos informações sobre como seu problema nas costas ou pernas tem afetado a sua capacidade de realizar as atividades da vida diária. Por favor, responda a todas as seções.

ASSINALE EM CADA UMA DELAS APENAS A RESPOSTA QUE MAIS CLARAMENTE DESCRIVE A SUA CONDIÇÃO NO DIA DE HOJE.

Seção 1 – Intensidade da Dor

- Não sinto dor no momento.
- A dor é muito leve no momento.
- A dor é moderada no momento.
- A dor é razoavelmente intensa no momento.
- A dor é muito intensa no momento.
- A dor é a pior que se pode imaginar no momento.

Seção 2 – Cuidados Pessoais (lavar-se, vestir-se, etc.)

- Posso cuidar de mim mesmo normalmente sem que isso aumente a dor.
- Posso cuidar de mim mesmo normalmente, mas sinto muita dor.
- Sinto dor ao cuidar de mim mesmo e faço isso lentamente e com cuidado.
- Necessito de alguma ajuda, porém consigo fazer a maior parte dos meus cuidados pessoais.
- Necessito de ajuda diária na maioria dos aspectos de meus cuidados pessoais. Não consigo me vestir, lavo-me com dificuldade e permaneço na cama.

Seção 3 – Levantar Objetos

- Consigo levantar objetos pesados sem aumentar a dor.
- Consigo levantar objetos pesados, mas isso aumenta a dor.
- A dor me impede de levantar objetos pesados do chão, mas consigo levá-los se estiverem convenientemente posicionados, por exemplo, sobre uma mesa.
- A dor me impede de levantar objetos pesados, mas consigo levantar objetos leves a moderados, se estiverem convenientemente posicionados.
- Consigo levantar apenas objetos muito leves.
- Não consigo levantar ou carregar absolutamente nada.

Seção 4 – Caminhar

- A dor não me impede de caminhar qualquer distância.
- A dor me impede de caminhar mais de 1.600 metros (aproximadamente 16 quarteirões de 100 metros).
- A dor me impede de caminhar mais de 800 metros (aproximadamente 8 quarteirões de 100 metros).
- A dor me impede de caminhar mais de 400 metros (aproximadamente 4 quarteirões de 100 metros).
- Só consigo andar usando uma bengala ou muletas.
- Fico na cama a maior parte do tempo e preciso me arrastar para ir ao banheiro.

Núcleo de Estudos - INSTITUTO WILSON MELLO

Seção 5 – Sentar

- Consigo sentar em qualquer tipo de cadeira durante o tempo que quiser.
- Consigo sentar em uma cadeira confortável durante o tempo que quiser.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de 1 hora.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de meia hora.
- A dor me impede de ficar sentado por mais de 10 minutos.
- A dor me impede de sentar.

Seção 6 – Ficar em Pé

- Consigo ficar em pé o tempo que quiser sem aumentar a dor.
- Consigo ficar em pé durante o tempo que quiser, mas isso aumenta a dor.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de 1 hora.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de meia hora.
- A dor me impede de ficar em pé por mais de 10 minutos.
- A dor me impede de ficar em pé.

Seção 7 – Dormir

- Meu sono nunca é perturbado pela dor.
- Meu sono é ocasionalmente perturbado pela dor.
- Durmo menos de 6 horas por causa da dor.
- Durmo menos de 4 horas por causa da dor.
- Durmo menos de 2 horas por causa da dor.
- A dor me impede totalmente de dormir.

Seção 8 – Vida Sexual

- Minha vida sexual é normal e não aumenta minha dor.
- Minha vida sexual é normal, mas causa um pouco mais de dor.
- Minha vida sexual é quase normal, mas causa muita dor.
- Minha vida sexual é severamente limitada pela dor.
- Minha vida sexual é quase ausente por causa da dor.
- A dor me impede de ter uma vida sexual.

Seção 9 – Vida Social

- Minha vida social é normal e não aumenta a dor.
- Minha vida social é normal, mas aumenta a dor.
- A dor não tem nenhum efeito significativo na minha vida social, porém limita alguns interesses que demandam mais energia, como por exemplo, esporte, etc.
- A dor tem restringido minha vida social e não saio de casa com tanta frequência.
- A dor tem restringido minha vida social ao meu lar.
- Não tenho vida social por causa da dor.

Seção 10 – Locomoção (ônibus/carro/táxi)

- Posso ir a qualquer lugar sem sentir dor.
- Posso ir a qualquer lugar, mas isso aumenta a dor.
- A dor é intensa, mas consigo me locomover durante 2 horas.
- A dor restringe-me a locomoções de menos de 1 hora.
- A dor restringe-me a pequenas locomoções necessárias de menos de 30 minutos.
- A dor impede de locomover-me, exceto para receber tratamento.

6 itens
0 a 5

Incapacidade
Lombar
percebida pelo
paciente

0-100 pontos

100 indica
máxima
incapacidade

Oswestry Disability Index - ODI

▪ Grupos de Classificação:

0 – 20 %	✓ Realiza AVDs normalmente
21 – 40 %	✓ Referem dor em AVDs ✓ Precisam de tratamento conservador
41 – 60%	✓ Disfunção severa ✓ Investigação detalhada
61 – 80%	✓ Incapaz ✓ Dor afeta todos os aspectos da vida
81 – 100 %	✓ Acamado ou exagerando os sintomas

Rehabilitation management of low back pain – it’s time to pull it all together!

Journal of Pain Research 2017:10 2373–2385

Yannick Tousignant-Laflamme, Marc Olivier Martel, Anand B Joshi, Chad E Cook

Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF

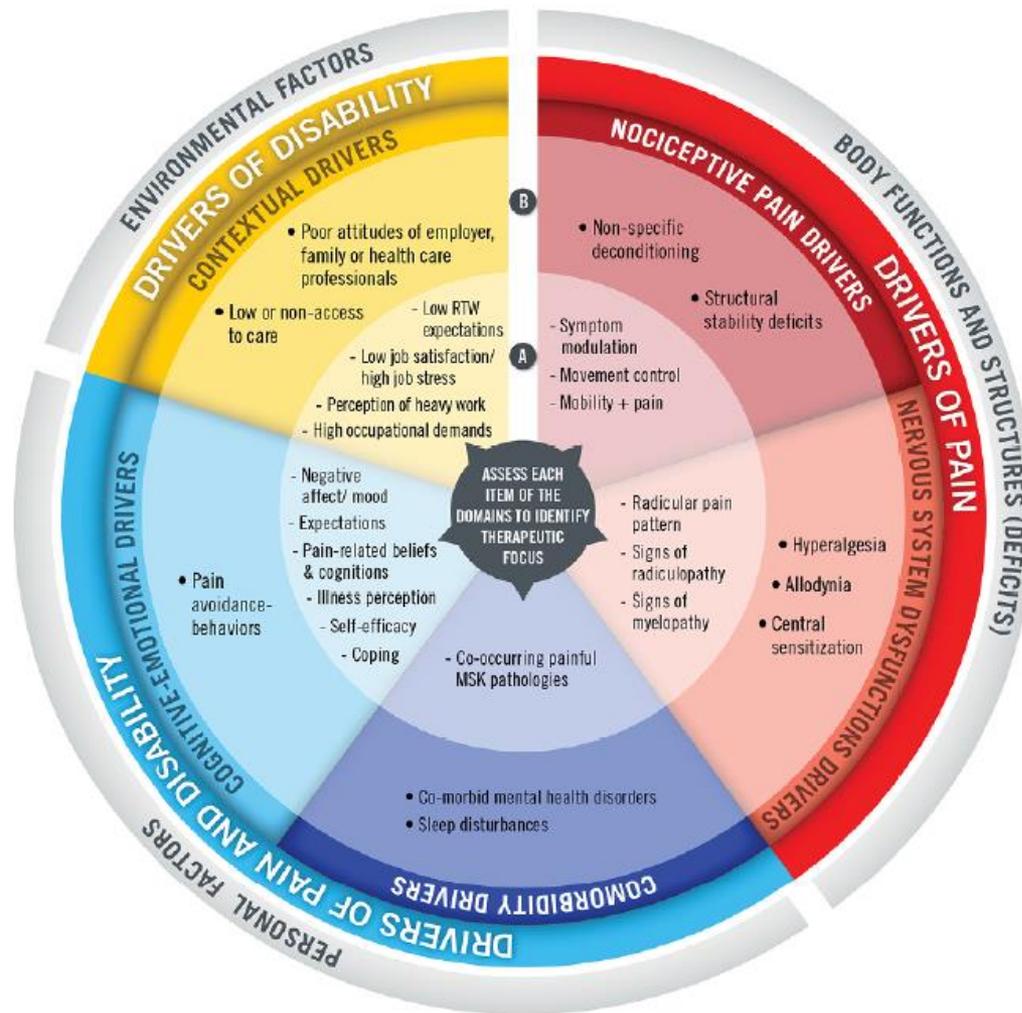


Figure 1 Pain and disability driver management model. (A) refers to more common and/or modifiable elements; (B) refers to elements that are more complex and less modifiable, and that will prompt more aggressive or require interdisciplinary care to effectively address the problematic domain. Abbreviations: RTW, return to work; MSK, musculoskeletal.

TRIAGEM da DOR

Nociceptiva

Pontuação ≤ 12

neuropática?

Pontuação ≥ 19

Pontuação total: -1 a 38 pontos

painDETECT Versão Brasileira

Data: _____ Paciente Nome: _____ Sobrenome: _____

Como você avaliaria sua dor agora, nesse momento?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qual foi a intensidade da dor mais forte que você sentiu nas últimas 4 semanas?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qual foi a intensidade média da sua dor durante as últimas 4 semanas?
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Marque a imagem que melhor representa a evolução da sua dor

- 0 Dor constante com pequenas flutuações
- 1 Dor constante com crises de dor aguda
- +1 Crises de dor aguda sem dor nos intervalos
- +1 Crises de dor aguda com dor nos intervalos

Por favor, indique a principal área da sua dor

A sua dor se espalha para outras regiões do seu corpo?
 Sim Não

Se sim, indique para onde sua dor se espalha

Você sofre de uma sensação de queimação (ex. ardência) nas áreas marcadas?
 Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte 0 a 5

Você tem uma sensação de formigamento ou picada na área da sua dor (como formigas andando ou choque elétrico...)?
 Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

O toque suave (ex. roupa, cobertor) é doloroso nessa área?
 Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Você tem crises repentinas de dor nessa área, como choques elétricos?
 Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

O frio ou calor (água de banho) nesta região é eventualmente doloroso?
 Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Você sofre de uma sensação de dormência nas áreas que você marcou?
 Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Uma leve pressão nessa área (como um dedo, por exemplo), causa dor?
 Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

Nunca Insignificante Pouco Moderada Forte Muito Forte

x 0 = 0 x 1 = x 2 = x 3 = x 4 = x 5 =

Pontuação Total de 35 no máximo

Figure 1 Brazilian version of the painDETECT questionnaire.

STarT Back Screening Tool

ASSESSMENT

TRIAGEM



Pensando nas duas últimas semanas, assinale sua resposta para as seguintes perguntas:

fatores físicos

Fatores psicossociais

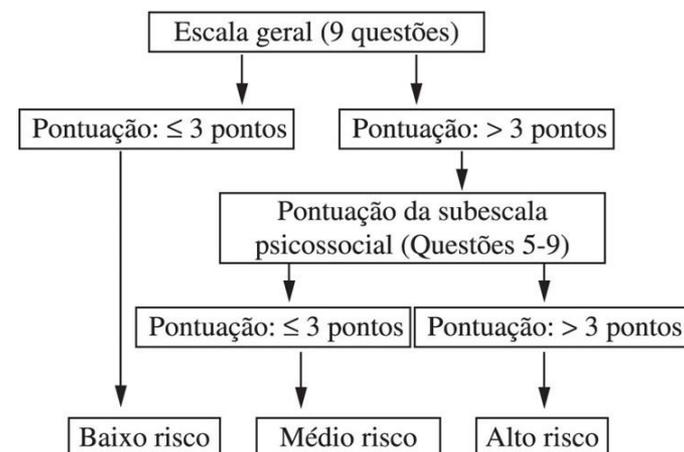
	Discordo	Concordo
	0	1
1. A minha dor nas costas se espalhou pelas pernas nas duas últimas semanas	()	()
2. Eu tive dor no ombro e/ou na nuca pelo menos uma vez nas últimas duas semanas	()	()
3. Eu evito andar longas distâncias por causa da minha dor nas costas	()	()
4. Nas duas últimas semanas, tenho me vestido mais devagar por causa da minha dor nas costas	()	()
5. A atividade física não é realmente segura para uma pessoa com um problema como o meu	()	()
6. Tenho ficado preocupado por muito tempo por causa da minha dor nas costas	()	()
7. Eu sinto que minha dor nas costas é terrível e que nunca vai melhorar	()	()
8. Em geral, eu não tenho gostado de todas as coisas como eu costumava gostar	()	()
9. Em geral, quanto a sua dor nas costas te incomodou nas duas últimas semanas	()	()

() Nada () Pouco () Moderado () Muito () Extremamente

0 0 0 1 1

Pontuação total (9 itens): _____ Subescala psicossocial (5-9 itens): _____

Objetivo: triagem para risco de **mau prognóstico no tratamento de dor lombar** em relação a fatores físicos e psicossociais



STarT Back Screening Tool



Objetivo: triagem para o risco de mau prognóstico no tratamento

▪ Grupos de Classificação

Baixo Risco	✓ Orientações em relação aos sintomas de dor lombar, AVDs e atividade física
Médio Risco	✓ Tratamento da disfunção ✓ Orientações domiciliares ✓ Acompanhamento frequente
Alto Risco	✓ Tratamento da disfunção ✓ Abordagem Psicossocial Multidisciplinar

fisioterapia
informada
psicologicamente

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire

ASSESSMENT



TRIAGEM

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire – versão português do Brasil (FABC-Brasi).

Pontuação

Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto as atividades físicas como fletir o tronco, levantar, caminhar ou dirigir, afetam ou afetariam sua dor nas costas

1. Minha dor foi causada por atividade física	Atividade física = 24 pontos	0	1	2	3	4	5	6
2. A atividade física faz minha dor piorar		0	1	2	3	4	5	6
3. A atividade física pode afetar minhas costas		0	1	2	3	4	5	6
4. Eu não deveria realizar atividades físicas que poderiam fazer a minha dor piorar		0	1	2	3	4	5	6
5. Eu não posso realizar atividades físicas que poderiam fazer minha dor piorar		0	1	2	3	4	5	6

4 itens

Para cada afirmação, favor circular um número de 0 a 6, para informar quanto o seu trabalho normal afeta ou afetaria sua dor nas costas

6. Minha dor foi causada pelo meu trabalho ou por um acidente de trabalho		0	1	2	3	4	5	6
7. Meu trabalho agravou minha dor	Trabalho = 42 pontos	0	1	2	3	4	5	6
8. Eu tenho uma reivindicação de pensão em virtude da minha dor		0	1	2	3	4	5	6
9. Meu trabalho é muito pesado para mim		0	1	2	3	4	5	6
10. Meu trabalho faz ou poderia fazer minha dor piorar		0	1	2	3	4	5	6
11. Meu trabalho pode prejudicar minhas costas		0	1	2	3	4	5	6
12. Eu não deveria realizar meu trabalho normal com minha dor atual		0	1	2	3	4	5	6
13. Eu não posso realizar meu trabalho normal com minha dor atual		0	1	2	3	4	5	6
14. Eu não posso realizar meu trabalho normal até que minha dor seja tratada		0	1	2	3	4	5	6
15. Eu não acho que estarei de volta ao trabalho normal dentro de três meses		0	1	2	3	4	5	6
16. Eu não acho que algum dia estarei apto para retornar ao meu trabalho		0	1	2	3	4	5	6

7 itens

Objetivo: Avalia medos e as crenças dos indivíduos em relação ao trabalho e às atividades físicas

**DOR LOMBAR
CERVICAL
OMBRO**

Instruções – itens relacionados com o relato de alguns pacientes sobre sua dor: 0 = discordo completamente; 1 = discordo razoavelmente; 2 = discordo ligeiramente; 3 = não sei dizer; 4 = concordo ligeiramente; 5 = concordo razoavelmente; 6 = concordo completamente.

Fear Avoidance Beliefs Questionnaire



- **FABQ Atividade Física (24 pontos):**

≤ 14 pontos	✓ Baixos níveis de cinesiofobia ✓ Melhor benefício com atividade física
> 14 pontos	✓ Impactos negativos no tratamento ✓ Recuperação mais demorada

- **FABQ Trabalho (42 pontos):**

> 29 pontos	✓ Preditor de maus resultados na reabilitação
-----------------------	---

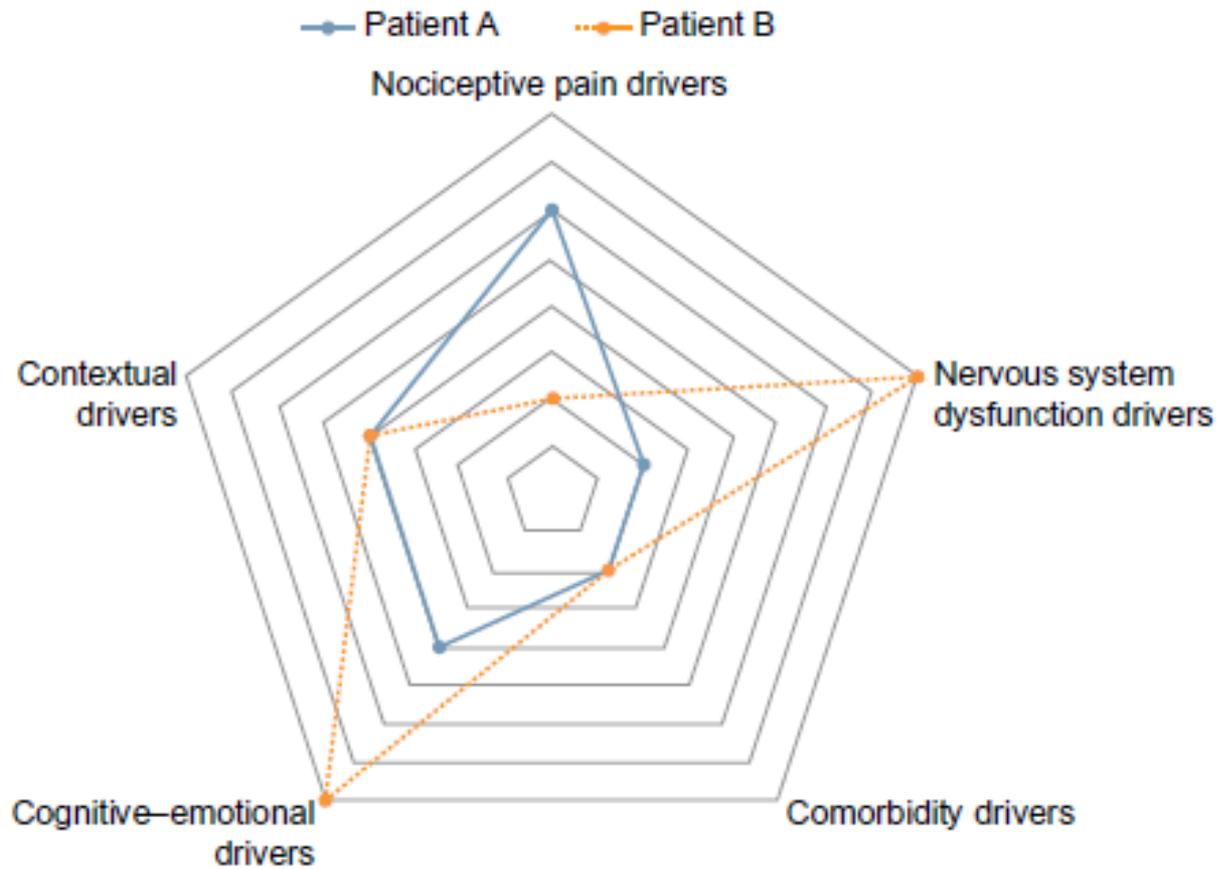


Figure 2 Treatment guidance capacity/potential of the pain and disability drivers management model.

Treatment-Based Classification (TBC)

Nível 3

Qual
Tratamento?

MODULAÇÃO DE SINTOMAS

- 1 MANIPULAÇÃO
- 2 MOV.ESPECÍFICOS
- 3 TRAÇÃO
- 4 ESTABILIZAÇÃO

ACTIVE REST

EXS DOMICILIARES

CONTROLE DO MOVIMENTO

EXS. AERÓBIOS
MOBILIDADE
FORTALECIMENTO GLOBAL
EXERCÍCIOS DE ESTABILIZAÇÃO
CONTROLE MOTOR

OTIMIZAÇÃO FUNCIONAL

EXS. FUNCIONAIS E DE
CONTROLE MOTOR MAIS
AVANÇADOS

**Específicos da tarefa
trabalho ou esporte**

ODI 41-60%
EVA 7-10

ODI 21-40%
EVA 4-7

ODI ≤20 %
EVA 1-3

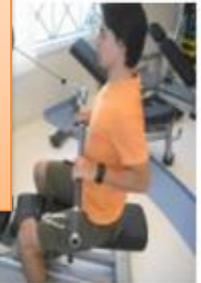
- 1 EXS. AERÓBIOS
- 2 ALONGAMENTO
- 3 FORTALECIMENTO GLOBAL
- 4 ESTABILIZAÇÃO LOMBAR
- 5 CONTROLE MOTOR

Tratamento TBC



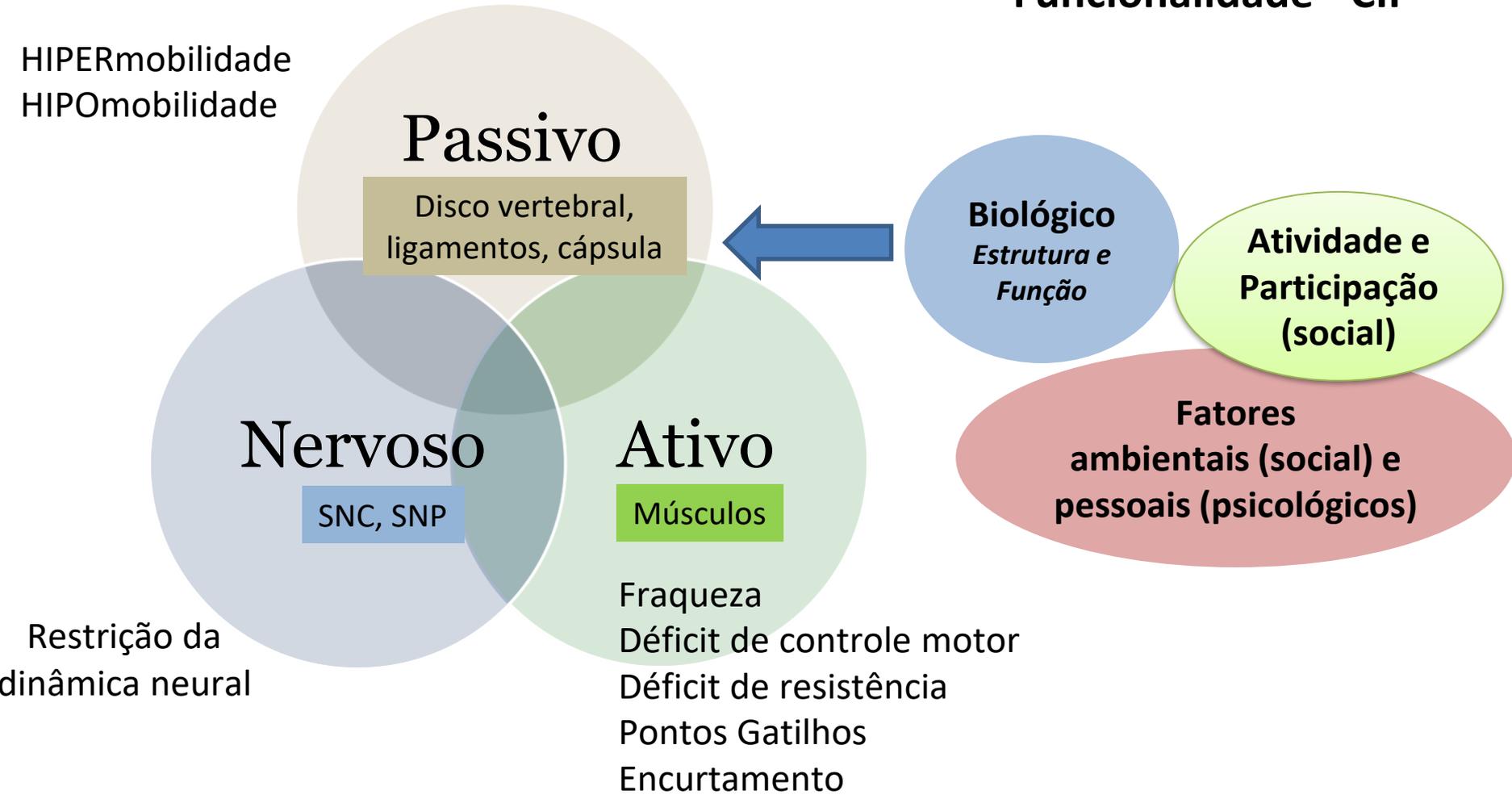
CONTROLE DO MOVIMENTO

Intervenções:
melhorar a qualidade do sistema de
movimento



Subsistemas

Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF



REGRAS DE PREDIÇÃO CLÍNICA(RPC) “Clinical Prediction Rules(CPR)”

MODULAÇÃO DE SINTOMAS

- 1 MANIPULAÇÃO
- 2 MOV.ESPECÍFICOS
- 3 TRAÇÃO
- 4 ESTABILIZAÇÃO

ACTIVE REST
 Exercícios domiciliares



Subgrouping Patients With Low Back Pain: Evolution of a Classification Approach to Physical Therapy

MODULAÇÃO DE SINTOMAS

- 1 MANIPULAÇÃO
- 2 MOV.ESPECÍFICOS
- 3 TRAÇÃO
- 4 ESTABILIZAÇÃO
- 5 ACTIVE REST



Movimentos
Específicos

Subgrupos TBC

Extensão

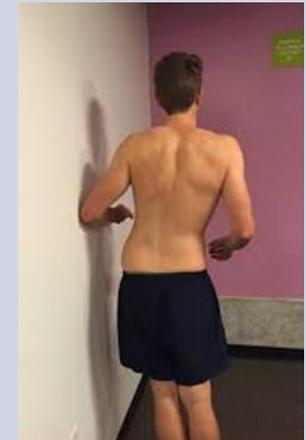
- Dor irradiada até glúteo
- Centralização dos sintomas com Extensão
- Distalização com flexão
- Preferência por posturas em extensão

Flexão

- Idade > 50 anos
- * Centralização dos sintomas com Flexão
- * Distalização com extensão
- Preferência por posturas em flexão
- Estenose degenerativa em exames de imagem
- * Claudicação neurogênica

Lateral_Shift

- Desvio visível do ombro em relação à pelve no plano frontal
- Nenhum movimento centraliza os sintomas





Movimentos
Específicos

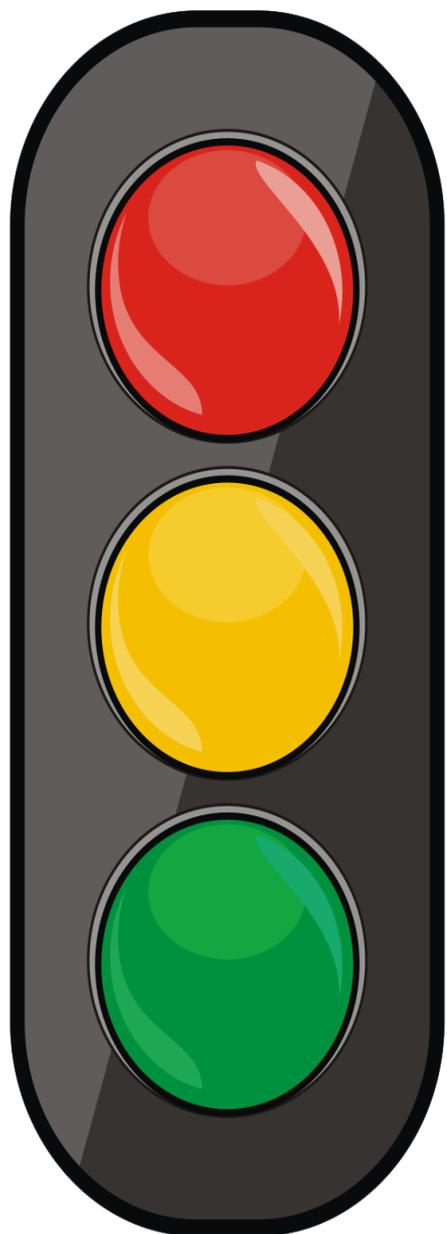
Tratamento - TBC

Lateral Shift

- Exercícios para corrigir o lateral shift
- Tração mecânica ou autotração

https://www.youtube.com/watch?v=pXTqp_CtWjY





Exame Clínico

PIOROU

Dor e parestesia periferaliza

NÃO MUDA *STATUS QUO*

Progride a carga

MELHORA

parestesia ou dor é abolida/diminui ou centraliza

Flexão

- Mobilização ou manipulação lombar e quadril
 - Exercícios em flexão
- 10-15 repetições a cada 4h
- Exercícios para déficits de flexibilidade e força
 - Caminhada na bicicleta, aeróbicos em flexão

Tratamento - TBC



Mobilização lombar (PA)



Copyright © 2015 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

Lumbar roll



<https://www.youtube.com/watch?v=zdNyKqvwZJw>

Extensão

- Exercícios em extensão
10-15 repetições a cada 4h
- Mobilização (PA) para ganho de extensão
- Evitar atividades/posturas de flexão

Tratamento - TBC



Rolo lombar

Subgrupos e Tratamento TBC

Manipulação	Estabilização	Tração
<ul style="list-style-type: none"> • Hipomobilidade lombar (PA) • Início dos sintomas < 16 dias • Irradiação somente até o joelho • FABQ Work < 19 • RI do quadril > 35 graus (pelo menos 1 lado) <div data-bbox="28 778 627 935" style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin-top: 10px;">  <p>pacientes com mais 60 anos compressão de raiz nervosa osteoporose, espondilolistese</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipermobilidade lombar (PA) • Idade < 40 anos • Frouxidão ligamentar geral • SLR acima de 90° • Prone instability test + • Movimentos aberrantes ADM ativa flexão/extensão * Frequência alta de recidivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas de compressão nervosa (dor irradia para MMII) • Nenhum movimento centraliza os sintomas * Centralização com tração manual • Lasegue ou cross lasegue + * Idade > 30 anos * FABQ W < 21 pontos

Tratamento

<ul style="list-style-type: none"> • Manipulação lombopélvica • Manipulação torácica • Ajuste do ilíaco • Exercícios de ADM ativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento e controle motor dos mm. Estabilizadores da coluna Multífidos, eretores da coluna, transversos do abdome, oblíquos interno e externo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tração mecânica, manual ou aquática
---	---	---

Manipulação

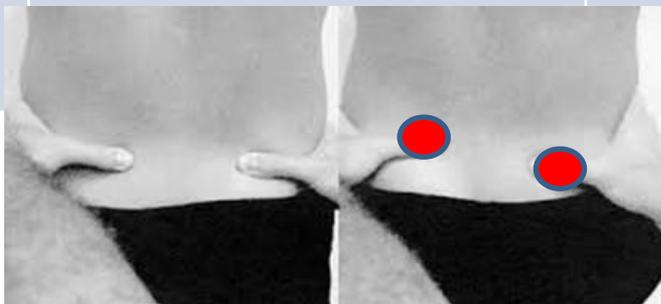
Manipulação

- Hipomobilidade lombar (PA)
- Início dos sintomas < 16 dias
- Irradiação somente até o joelho
- FABQ Work < 19
- RI do quadril > 35 graus (pelo menos 1 lado)

RI do quadril > 35
graus

Mobilidade
Íliaco

Long supine test



Intervir no lado que
se move mais
superiormente



Se perna longa: íliaco está posteriorizado
Se perna curta: íliaco está anteriorizado

Manipulação

Lumbar Roll

<https://www.youtube.com/watch?v=ajrwcM0MITM>

Manipulação Torácica

<https://www.youtube.com/watch?v=HPjda62K8us>

Ajuste do ilíaco

<https://www.youtube.com/watch?v=4OyiCIKlxqw>



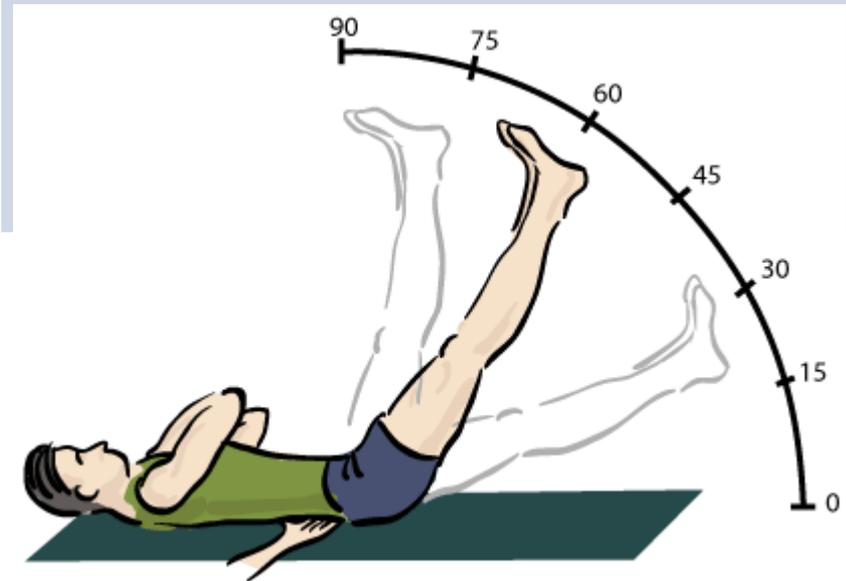
Estabilização

Estabilização

- Idade < 40 anos
 - Frouxidão ligamentar geral
 - SLR acima de 90°
 - Prone instability test +
 - Hipermobilidade lombar (PA)
 - Movimentos aberrantes ADM ativa flexão/extensão
- * Frequência alta de recidivas

Prone Instability Test

SLR > 90



Estabilização

Tratamento TBC



Tração

Exame Clínico

EXAME NEUROLÓGICO

Raíz Nervosa	Movimento (Miótomo)
L2	Flexão de Quadril
L3	Extensão de Joelho
L4	Dorsiflexão de Tornozelo – andar no calcanhar
L5	Extensão do Hálux
S1	Extensão do Quadril, Flexão Plantar e Eversão do Tornozelo ou Andar na ponta dos pés
S2	Flexão do Joelho

Tração

Tração

- Sinais e sintomas de compressão nervosa (dor irradia para MMII)
- Nenhum movimento centraliza os sintomas
- * Centralização com tração manual
- Lasegue ou cross lasegue +
- * Idade > 30 anos
- * FABQ W < 21 pontos

Reflexo patelar



Reflexo Aquileu

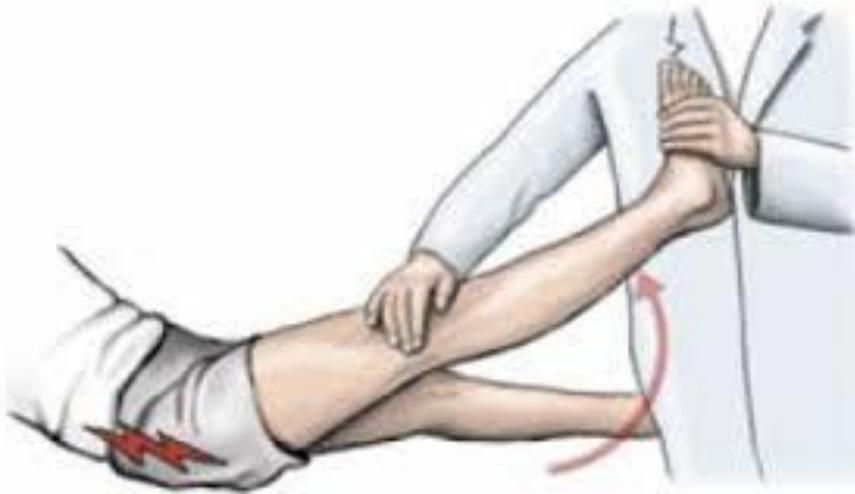


Tração

Tração

- Sinais e sintomas de compressão nervosa (dor irradia para MMII)
- Nenhum movimento centraliza os sintomas
- * Centralização com tração manual
- Lasegue ou cross lasegue +
- * Idade > 30 anos
- * FABQ W < 21 pontos

Teste de Lasegue



Teste do nervo Femoral



Tração Tratamento

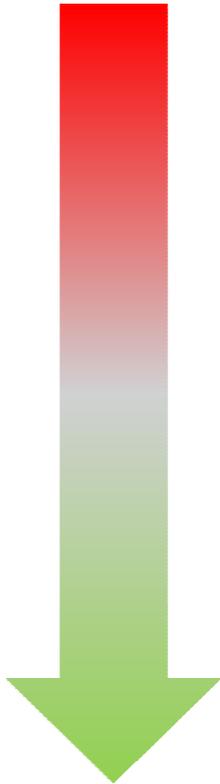


Tração manual com joelho a 0° e faixa de Mulligan

- **Tração manual com joelho a 90°:** paciente em decúbito dorsal com joelho fletido do lado a ser tracionado e outro joelho estendido. O examinador firma o pé do paciente do lado a ser tracionado na maca, usando a mão distal. Com a mão proximal o examinador abraça o joelho e aplica a tração usando o peso do corpo.

Aplicar a tração 3 a 4 séries de 10 a 20 repetições e manter por 30 segundos no final de cada série.

REAVALIAÇÕES PERIÓDICAS



MODULAÇÃO DE SINTOMAS

- 1 MOV.ESPECÍFICOS
- 2 MANIPULAÇÃO
- 3 ESTABILIZAÇÃO
- 4 TRAÇÃO

“ACTIVE REST” e Ex domiciliares

ODI 60-41%
EVA 7-10

CONTROLE DO MOVIMENTO

- 1 EXS. AERÓBIOS
- 2 ALONGAMENTO
- 3 FORTALECIMENTO GLOBAL
- 4 CONTROLE MOTOR

ODI 40-21%
EVA 6-3

OTIMIZAÇÃO FUNCIONAL

EXS. FUNCIONAIS E DE
CONTROLE MOTOR MAIS
AVANÇADOS

ODI <20%
EVA 3-1

Prevalence and reliability of treatment-based classification for subgrouping patients with low back pain

Isadora Orlando de Oliveira ^{1, 2}, Rodrigo Antunes de Vasconcelos ^{1, 2}, Bruna Pilz ^{1, 2}, Paulo Eduardo Portes Teixeira ², Eduarda de Faria Ferreira ², Wilson Mello ², Débora Bevilaqua Grossi ^{1, 2}

Affiliations + expand

PMID: 29456446 PMCID: PMC5810770 DOI: 10.1080/10669817.2017.1350328

[Free PMC article](#)

Abstract

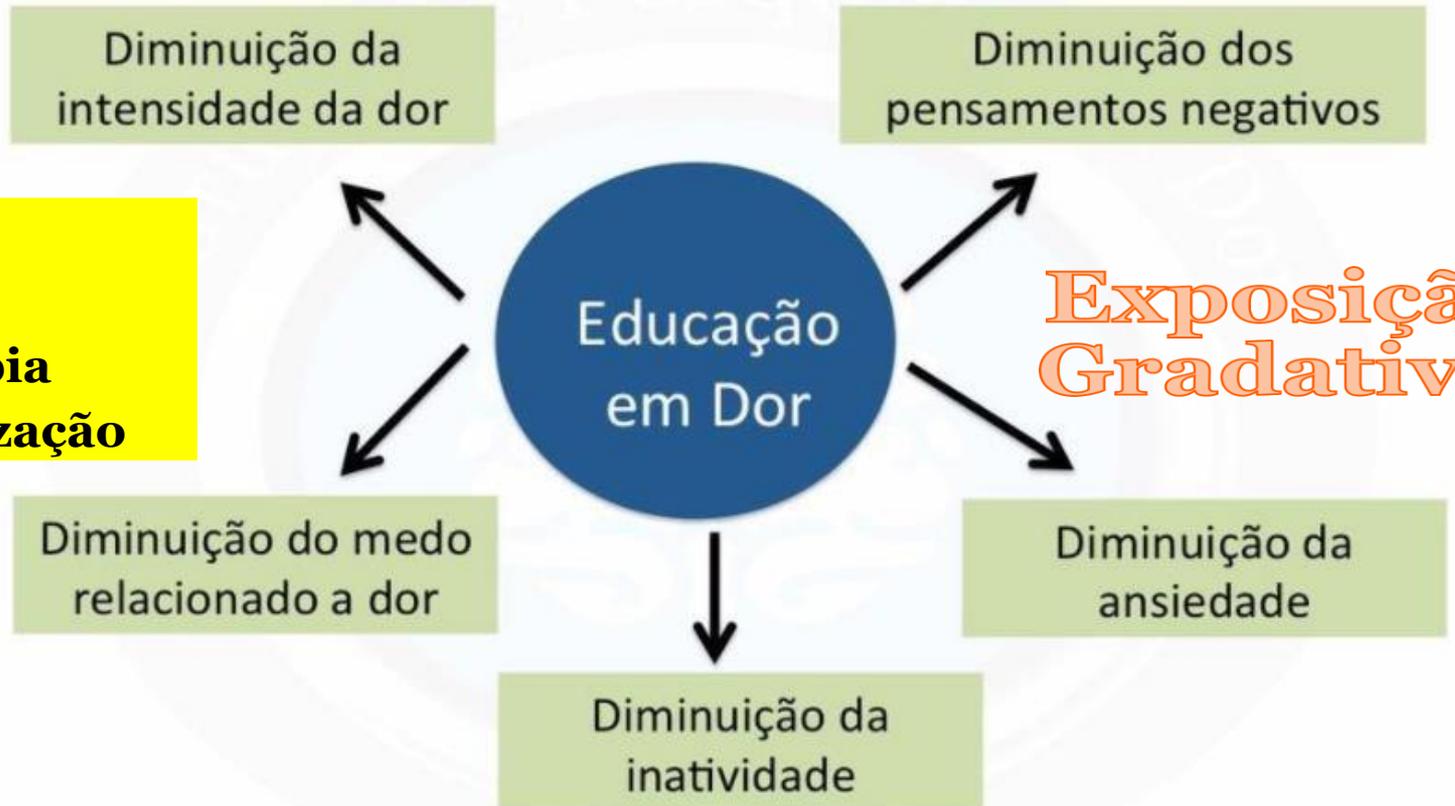
Objectives: To observe the distribution of patients who presented with low back pain (LBP) and to determine the between therapists' interrater reliability of assessments in a private outpatient setting using treatment-based classification (TBC) subgroups.

Methods: An observational and methodological study was conducted. Four hundred and twenty-nine patients (231 male; 198 female) presenting LBP symptoms and referred to conservative treatment were assessed by 13 physical therapists who conducted a 60-min examination process utilizing TBC subgroups. Interrater reliability analyses from six raters were assessed using Fleiss' kappa and previously recorded data ($n = 30$).

Results: In this study, 65.74% of patients were classified in only one subgroup, the most prevalent being stabilization (21.91%), followed by extension (15.38%), traction (11.89%), flexion (10.96%), manipulation (5.13%), and lateral shift (0.47%). Approximately 20.98% of patients were classified in two subgroups, where the most frequent overlaps were flexion + stabilization (7.46%), extension + stabilization (6.06%), flexion + traction (4.20%), extension + manipulation (1.86%), and 13.29% of patients were not classified in any TBC subgroup. Analysis of interrater reliability showed a kappa value of 0.62 and an overall agreement of 66% between raters.

Discussion: LBP is a heterogeneous clinical condition and several classification methods are proposed in the attempt to observe better outcomes for patients. Eighty-five percent of patients assessed were able to be classified when using the TBC assessment and reliability analysis showed a substantial agreement between raters.

Ensinando sobre Dor



Medo
Crenças
Cinesiofobia
Catastrofização

Exposição Gradativa!

Louw, et al. "The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature." *Physiotherapy Theory and Practice* 32.5 (2016): 332-355.



Table 2 Characteristics of Included Studies

	Dufour et al (2010) ²	Bodes Pardo et al (2018) ³	Pires et al (2015) ⁴
Study design	Randomized controlled trial	Randomized controlled trial	Randomized controlled trial
Participants	<p>286 patients with chronic NS-LBP between January 2002 and November 2003 were referred by general practitioners and rheumatologists in Copenhagen.</p> <p><i>Biopsychosocial education group (n = 129):</i> Age: • 18 < age ≤ 40 (46.6%) • 40 < age ≤ 60 (53.4%) Gender: • Male (43.4%) • Female (56.6%) VAS pain average (0–100 mm): 56.8 (19.8)</p> <p><i>TE group (n = 143):</i> Age: • 18 < age ≤ 40 (49.7%) • 40 < age ≤ 60 (50.3%) Gender: • Male (43.4%) • Female (56.6%) VAS pain average (0–100 mm): 57.7 (19.9)</p> <p>Inclusion criteria: (1) LBP ≥ 12 wk with or without pain radiating into the leg(s) and (2) age of 18–60 y. Exclusion criteria: (1) symptoms of serious spinal pathology such as malignancy, osteoporosis, vertebral fracture, and spinal stenosis, (2) clinical symptoms of an acute herniated disk accompanied by nerve root entrapment, unstable spondylolisthesis, and spondylitis, (3) health conditions that prevented them from performing strenuous exercise, and (4) language problems.</p>	<p>65 patients recruited from 4 private physiotherapy practices and Alcalá University were randomized into combined PE and TE group and TE-only group.</p> <p><i>TE group:</i> Age: 49.2 (10.5) (mean) Gender: • Male = 6 • Female = 22</p> <p><i>PE plus TE group:</i> Age: 44.9 (9.6) (mean) Gender: • Male = 6 • Female = 22 NPRS (0–10): 7.8 (1.2)</p> <p>Inclusion criteria: (1) aged between 20 and 75 y, (2) experiencing chronic NS-LBP for ≥ 6 mo, and (3) Spanish as native language. Exclusion criteria: (1) diagnosis of lumbar radiculopathy, (2) receiving treatment for their chronic NS-LBP at the time of the study, (3) pain related to tumors or infections, metastases, osteoporosis, inflammatory arthritis, or fractures, and (4) known mental disorders diagnosed by a physician.</p>	<p>62 participants recruited from a waiting list of a Portuguese outpatient clinic were randomly assigned to groups with either aquatic therapy alone or combined aquatic therapy and pain neurophysiology.</p> <p><i>Education group (n = 30):</i> Age: 50.9 (6.2) (mean) Gender: • Male = 10 • Female = 20 Pain intensity (0–100): 43.4 (22.9) (mean)</p> <p><i>Control group (n = 32):</i> Age: 51.0 (6.3) (mean) Gender: • Male = 12 • Female = 20 Pain intensity (0–100): 42.4 (21.2) (mean)</p> <p>Inclusion criteria: (1) LBP ≥ 3 mo, (2) aged between 18 and 65 y, and (3) literate in Portuguese. Exclusion criteria: (1) clinical signs of an infection, tumor, osteoporosis, fracture, structural deformity, inflammatory disorder, radicular syndrome, or cauda equina syndrome, (2) history of back surgery or conservative treatment in the prior 6 and 3 mo, respectively, (3) pregnancy, and (4) cardiac and/or respiratory condition impediment to physical exercise.</p>
Intervention investigated	<p>Group A received a program of combined exercise, education, and pain management. They were reassured that there was no serious cause for their back pain and that the exercise program was safe and effective.</p> <p><i>12-wk program:</i> • Weeks 1–4: exercises completed 3 times per week for 2-h sessions and biweekly lessons on anatomy, postural techniques, and pain management for 10 h in total. • Weeks 5–8: 2-h exercise sessions twice a week at the study site and once at home. • Weeks 9–12: 2-h exercise sessions 3 times a week at home.</p> <p>Group B received a program of specific and intensive muscle training exercises to strengthen and shorten the muscles of the back and gluteus region for 1 h twice a week for 12 wk with a physiotherapist.</p>	<p>All participants received a TE program that consisted of motor control exercise for the lumbar spine, stretching, and aerobic exercise.</p> <p>The TE program was demonstrated and corrected to them during the first session, and then, those were completed at home everyday for a month, reexamined, and continued alone for 2 more months.</p> <p>The combined TE and PE group also received 2 education sessions lasting 30–50 min in small groups and a leaflet with the content.</p> <p>The PE content consisted of verbal explanation and visual presentation of the neurophysiology of pain.</p>	<p>All participants performed a 6-wk program consisting of 12 biweekly sessions of aquatic exercise based in a therapeutic pool.</p> <p>The PE program consisted of two 90-min sessions that addressed acute pain origin in the nervous system, transition from acute to chronic pain, central sensitization, the role of the brain in the perception of pain, psychosocial factors related to pain, cognitive and behavioral responses related to pain, flare-up management, and pacing.</p>

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

STEVEN Z. GEORGE, PT, PhD, FAPTA • JULIE M. FRITZ, PT, PhD, FAPTA • SHERI P. SILFIES, PT, PhD
MICHAEL J. SCHNEIDER, DC, PhD • JASON M. BENECKUJ, DPT, PhD, MPH • TREVOR A. LENTZ, PT, PhD, MPH
JOHN R. GILLIAM, PT, DPT • STEPHANIE HENDREN, MLIS • KATHERINE S. NORMAN, DPT, MS

Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021

Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Academy of Orthopaedic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association

J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(11):CPG1-CPG60. doi:10.2519/jospt.2021.0304

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS.....	CPG2
INTRODUCTION	CPG3
METHODS	CPG5
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES	
Intervention: Exercise.....	CPG9
Intervention: Manual and Other Directed Therapies.....	CPG16
Intervention: Classification Systems.....	CPG21
Intervention: Patient Education.....	CPG25
EVIDENCE MAPS	CPG29
AUTHOR/REVIEWER AFFILIATIONS AND CONTACTS.....	CPG31
REFERENCES.....	CPG32
APPENDICES (ONLINE).....	CPG39

REVIEWERS: Paul F. Beattie, PT, PhD, OCS, FAPTA, NREMT • Mark D. Bishop, PT, PhD, FAPTA • Christine Goertz, DC, PhD
Stephen Hunter, PT, DPT, OCS, FAPTA • Kenneth A. Olson, PT, DHS, OCS, FAOMPT • Sean D. Rundell, PT, DPT, PhD
Michael Schmidt, PT, DPT, FAOMPT, GCS, OCS • Mark Shepard, PT, DPT • Robert Vining, DC, DHS



For author, coordinator, contributor, and reviewer affiliations, see end of text. ©2021 Academy of Orthopaedic Physical Therapy, American Physical Therapy Association (APTA), Inc., and JOSPT®, Inc. The Academy of Orthopaedic Physical Therapy, APTA, Inc., and JOSPT®, Inc. consent to reproducing and distributing this guideline for educational purposes. This publication was made possible in part by Grant Number T32-GM061740 from NIH-NIGMS. Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the NIGMS or NIH. Address correspondence to Clinical Practice Guidelines Managing Editor, Academy of Orthopaedic Physical Therapy, APTA, Inc., 2820 East Avenue South, Suite 200, La Crosse, WI 54601. E-mail: cpg@orthopt.org

Summary of Recommendations

EXERCISE FOR ACUTE LOW BACK PAIN

C Physical therapists can use exercise training interventions, including specific trunk muscle activation, for patients with acute low back pain (LBP).

EXERCISE FOR ACUTE LOW BACK PAIN WITH LEG PAIN

D Physical therapists may use exercise training interventions, including trunk muscle strengthening and endurance and specific trunk muscle activation, to reduce pain and disability for patients with acute LBP with leg pain.

EXERCISE FOR CHRONIC LOW BACK PAIN

A Physical therapists should use exercise training interventions, including trunk muscle strengthening and endurance, multimodal exercise interventions, specific trunk muscle activation exercise, aerobic exercise, aquatic exercise, and general exercise, for patients with chronic LBP.

B Physical therapists may provide movement control exercise or trunk mobility exercise for patients with chronic LBP.

EXERCISE FOR CHRONIC LOW BACK PAIN WITH LEG PAIN

B Physical therapists may use exercise training interventions, including specific trunk muscle activation and movement control, for patients with chronic LBP with leg pain.

EXERCISE FOR CHRONIC LOW BACK PAIN WITH MOVEMENT CONTROL IMPAIRMENT

A Physical therapists should use specific trunk muscle activation and movement control exercise for patients with chronic LBP and movement control impairment.

EXERCISE FOR CHRONIC LOW BACK PAIN IN OLDER ADULTS

A Physical therapists should use general exercise training to reduce pain and disability in older adults with chronic LBP.

EXERCISE FOR POSTOPERATIVE LOW BACK PAIN

C Physical therapists can use general exercise training for patients with LBP following lumbar spine surgery.

MANUAL AND OTHER DIRECTED THERAPIES FOR ACUTE LOW BACK PAIN

A Physical therapists should use thrust or nonthrust joint mobilization to reduce pain and disability in patients with acute LBP.

B Physical therapists may use massage or soft tissue mobilization for short-term pain relief in patients with acute LBP.

MANUAL AND OTHER DIRECTED THERAPIES FOR CHRONIC LOW BACK PAIN

A Physical therapists should use thrust or nonthrust joint mobilization to reduce pain and disability in patients with chronic LBP.

B Physical therapists may use thrust or nonthrust joint mobilization to reduce pain and disability in patients with chronic LBP with leg pain.

B Physical therapists may use soft tissue mobilization or massage in conjunction with other treatments to reduce pain and disability in the short term for patients with chronic LBP.

C Physical therapists can consider the use of dry needling in conjunction with other treatments to reduce pain and disability in the short term for patients with chronic LBP.

B Physical therapists may use neural mobilization in conjunction with other treatments for short-term improvements in pain and disability in patients with chronic LBP with leg pain.

D Physical therapists should not use mechanical traction for patients with chronic LBP with leg pain, based on the lack of benefit when added to other interventions.

CLASSIFICATION SYSTEMS FOR ACUTE LOW BACK PAIN

B Physical therapists may use treatment-based classification (TBC) to reduce pain and disability in patients with acute LBP. This recommendation is unchanged from the 2012 clinical practice guideline.

C Physical therapists can use Mechanical Diagnosis and Therapy (MDT) to reduce pain and disability in patients with acute LBP.

CLASSIFICATION SYSTEMS FOR CHRONIC LOW BACK PAIN

B Physical therapists may use MDT, prognostic risk stratification, or pathoanatomic-based classification to reduce pain and disability in patients with chronic LBP.

C Physical therapists can use TBC, cognitive functional therapy, or movement system impairment to reduce pain and disability in patients with chronic LBP.

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

STEVEN Z. GEORGE, PT, PhD, FAPTA • JULIE M. FRITZ, PT, PhD, FAPTA • SHERI P. SILFIES, PT, PhD
MICHAEL J. SCHNEIDER, DC, PhD • JASON M. BENEJUK, DPT, PhD, MPH • TREVOR A. LENTZ, PT, PhD, MPH
JOHN R. GILLIAM, PT, DPT • STEPHANIE HENDREN, MLIS • KATHERINE S. NORMAN, DPT, MS

Interventions for the Management of Acute and Chronic Low Back Pain: Revision 2021

Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability and Health From the Academy of Orthopaedic Physical Therapy of the American Physical Therapy Association

J Orthop Sports Phys Ther. 2021;51(11):CPG1-CPG60. doi:10.2519/jospt.2021.0304

SUMMARY OF RECOMMENDATIONS.....	CPG2
INTRODUCTION	CPG3
METHODS	CPG5
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES	
Intervention: Exercise.....	CPG9
Intervention: Manual and Other Directed Therapies.....	CPG16
Intervention: Classification Systems.....	CPG21
Intervention: Patient Education.....	CPG25
EVIDENCE MAPS	CPG29
AUTHOR/REVIEWER AFFILIATIONS AND CONTACTS.....	CPG31
REFERENCES.....	CPG32
APPENDICES (ONLINE).....	CPG39

REVIEWERS: Paul F. Beattie, PT, PhD, OCS, FAPTA, NREMT • Mark D. Bishop, PT, PhD, FAPTA • Christine Goertz, DC, PhD
Stephen Hunter, PT, DPT, OCS, FAPTA • Kenneth A. Olson, PT, DHS, OCS, FAAOMPT • Sean D. Rundell, PT, DPT, PhD
Michael Schmidt, PT, DPT, FAAOMPT, GCS, OCS • Mark Shepard, PT, DPT • Robert Vining, DC, DHS



For author, coordinator, contributor, and reviewer affiliations, see end of text. ©2021 Academy of Orthopaedic Physical Therapy, American Physical Therapy Association (APTA), Inc., and JOSPT®, Inc. The Academy of Orthopaedic Physical Therapy, APTA, Inc., and JOSPT®, Inc. consent to reproducing and distributing this guideline for educational purposes. This publication was made possible in part by Grant Number T32-GM081740 from NIH-NIGMS. Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the NIGMS or NIH. Address correspondence to Clinical Practice Guidelines Managing Editor, Academy of Orthopaedic Physical Therapy, APTA, Inc, 2320 East Avenue South, Suite 200, La Crosse, WI 54601. E-mail: cpg@orthopt.org

ACUTE AND CHRONIC LOW BACK PAIN: CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

EDUCATION FOR ACUTE LOW BACK PAIN

B Physical therapists may use active education strategies rather than passive strategies (ie, providing access to educational materials only). Active education strategies include one-on-one education on the biopsychosocial contributors to pain and self-management techniques, such as remaining active, pacing strategies, and back-protection techniques. Physical therapists may also incorporate counseling on the favorable natural history of acute LBP as part of the education strategy.

EDUCATION FOR CHRONIC LOW BACK PAIN

B Physical therapists may use standard education strategies for patients with chronic LBP, but not as a stand-alone treatment. Standard education strategies include advice related to exercise and advice about staying active.

A Physical therapists should deliver pain neuroscience education alongside other physical therapy interventions, such as exercise or manual therapy, to patients with chronic LBP.

A Physical therapists should use active treatments (ie, yoga, stretching, Pilates, and strength training) instead of stand-alone educational interventions for patients with chronic LBP.

EDUCATION FOR POSTOPERATIVE LOW BACK PAIN

B Physical therapists may use general education (ie, post-surgical precautions, exercise, and resuming physical activity) for patients with LBP following lumbar spine surgery. This recommendation applies to those undergoing discectomy or decompression surgery. No specific recommendation is provided for education for patients undergoing other surgical procedures (eg, spinal fusion) due to lack of evidence.

Subgrupos TBC

Extensão	Flexão	Lateral Shift
<ul style="list-style-type: none"> • Dor irradiada até glúteo • Centralização dos sintomas com Extensão • Distalização com flexão • Preferência por posturas em extensão 	<ul style="list-style-type: none"> • Idade > 50 anos * Centralização dos sintomas com Flexão * Distalização com extensão • Preferência por posturas em flexão • Estenose degenerativa em exames de imagem * Claudicação neurogênica 	<ul style="list-style-type: none"> • Desvio visível do ombro em relação à pelve no plano frontal • Nenhum movimento centraliza os sintomas 
Manipulação	Estabilização	Tração
<ul style="list-style-type: none"> • Hipomobilidade lombar (PA) • Início dos sintomas < 16 dias • Irradiação somente até o joelho • FABQ Work < 19 • RI do quadril > 35 graus (pelo menos 1 lado) <div data-bbox="382 1086 824 1208" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">  <p>pacientes com mais 60 anos compressão de raiz nervosa osteoporose, espondilolistese</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipermobilidade lombar (PA) • Idade < 40 anos • Frouxidão ligamentar geral • SLR acima de 90° • Prone instability test + • Movimentos aberrantes ADM ativa flexão/extensão * Frequência alta de recidivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas de compressão nervosa (dor irradia para MMII) • Nenhum movimento centraliza os sintomas * Centralização com tração manual • Lasegue ou cross lasegue + * Idade > 30 anos * FABQ W < 21 pontos

CASO 1

SEXO FEMININO , 49 ANOS 162CM 54 KG , COMERCIANTE, PRATICANTE DE ACADEMIA

- 1- HISTÓRICO DE 20 ANOS DE DOR LOMBAR BAIXA **Descarta Manipulação (início <16dias), paciente com dor crônica: importante educação em dor, cinesiofobia, fatores psicossociais**
- 2- PIOR PELA MANHÃ, MELHORA AO LONGO DO DIA **Tecido não está altamente irritado**
- 3- PERÍODO PRÉ MENSTRUAL E LADO EMOCIONAL INTERFERE NA DOR LOMBAR **Orientar fatores psicossociais / encaminhamento outro profissional**
- 4- NÃO RELATA PATOLOGIAS DE BASE **Sem red flags/comorbidades: Nível 2 - Reabilitação**
- 5- PIORES POSIÇÕES DE BRUÇO E EM PÉ POR MUITO TEMPO **Sugestivo grupo Flexão???**

EXAME FISICO :

- 1- RETIFICAÇÃO LORDOSE CERVICAL
- 2- FROUXIDÃO LIGAMENTAR GERAL **Grupo Estabilização**
- 3- PRONE INSTABILITY TEST POSITIVO **Grupo Estabilização**
- 5- HIPERMOBILIDADE LOMBAR **Grupo Estabilização**
- 6- TESTES SACRO ILIACA NEGATIVOS **descarta sacroilíaca**
- 7- LASEGUE NEGATIVO **SEM Compressão Raíz Nervosa - descarta grupo Tração**
- 8 -EXAME NEUROLOGICO NORMAL **SEM Compressão Raíz Nervosa - descarta grupo Tração**
- 9- FLEXÃO OU EXTENSÃO REPETIDA NAO ALTERAM SINTOMAS **Descarta Grupo Flexão e Extensão**



CASO 2

FLEXÃO

SEXO FEMININO , 47 ANOS 51 KG , EMPRESÁRIA, PILATES E ACADEMIA

- 1- HÁ 4 MESES DOR LOMBAR EM POSTURA DE TOMAR SOL EM DV **descarta grupo de manipulação (início < 16 dias), sugestivo de grupo Flexão**
- 2- COMEÇOU A SENTIR DOR NA LOMBAR A DIREITA COM PIORA PROGRESSIVA **Dor não desce para a perna: descarta radiculopatia – grupo Tração**
- 3- CONTINUOU COM PILATES POREM EM DETERMINADOS EXERCICIOS A DOR PIORAVA
- 4- PIORA MUITO TEMPO EM PÉ OU DEITADA DE BRUÇOS **Sugestivo de grupo Flexão**
- 5- NO DIA DA AVALIAÇÃO MENOS DOR DEVIDO A MEDICAÇÃO
- 6- NÃO RELATA DOR NA PERNA, APENAS NA LOMBAR A DIREITA **Dor não desce para a perna: descarta radiculopatia – grupo Tração**

EXAME FISICO :

- 1- EXTENSÃO EM PÉ E EXTENSÃO REPETIDA PIORA A DOR **Sugestivo de grupo Flexão**
- 2- FLEXÃO EM PÉ E FLEXÃO REPETIDA ALIVIA CONSIDERAVELMENTE A DOR **Sugestivo de grupo Flexão**
- 3- APRESENTA FROUXIDÃO LIGAMENTAR **Incluir Exercícios de Estabilização no estágio 2 (Verificar melhor se atende critérios de grupo estabilização: idade >40 anos)**
- 5- EXAME NEUROLOGICO COMPLETO NORMAL **Descarta grupo Tração**
- 6- DOR A PALPAÇÃO DE MUSCULATURA PARAVERTEBRAL
- 7- DOR MIOFASCIAL GLUTEA **Não é neurológica: liberação Miofascial, fortalecer/alongar glúteos**

CASO 3

EXTENSÃO

SEXO FEMININO, 37 ANOS, 170CM, 70KG, ACADEMIA

- 1- HA 2 ANOS SENTIU DOR INTENSA NA REGIÃO LOMBAR IRRADIADA PARA GLÚTEO D, SEM CAUSA APARENTE (PRATICAVA CORRIDA E MUSCULAÇÃO) **Dor até glúteo: sugere Grupo Extensão, Descarta grupo Tração;**
- 2- FEZ RM E CONSTATOU PROTUSÃO DISCAL; FEZ FISIO GERAL E HOUVE MELHORA DISCRETA **Protusão discal pode indicar Grupo Extensão**
- 3- APOS 1 ANO DO PRIMEIRO EPISÓDIO, SENTIU DOR NOVAMENTE AO AUMENTAR A INTENSIDADE DOS EXS NA ACADEMIA **provavelmente relacionada com movimento**
- 4- REALIZOU FISIO GERAL E QUIROPAXIA, DESTA VEZ SEM MELHORA **Descarta Manipulação**
- 5- FAZ USO DE TOPIRAMATO, LIRICA E ETNA (CRISES CONVULSIVAS ESPORÁDICAS); AUSENCIA DE RED FLAGS **Manter consulta com outro profissional para controle de comorbidades**

EXAME FISICO :

- 1- ADM ATIVA DE FLEXÃO LIMITADA E EXTENSÃO NORMAL, SEM SHIFT E INCLINAÇÕES NORMAIS **Sugere grupo Extensão; Ausência de shifts/inclinações normais: descarta compressão raiz nervosa)**
- 2- EXAME QUADRANTE INFERIOR NORMAL **Descarta grupo Tração: dor não irradiada para MMII**
- 3- MOVIMENTOS EM EXTENSÃO CENTRALIZARAM SINTOMAS **Sugere grupo Extensão, descarta grupo Tração: nenhum movimento centraliza os sintomas**
- 4- LASEGUE E SLUMP POSITIVOS **Sugere fazer mobilização neural associada com exercícios de extensão**
- 5- HIPERMOBILIDADE NA PA **Verificar melhor critérios para estabilização e se presente incluir exercícios de estabilização no estágio 2 – controle dos movimentos**
- 6- START BACK ALTO RISCO **Encaminhar para outro profissional**
- 7- ODI: 60%; FABQ AF:13 W:0; 8- EVA 8 **Estágio 1 – Modulação dos sintomas**
- 9- TESTES SACROILIACA NEGATIVOS – **Descarta sacroilíaca**

CASO 4

TRAÇÃO
Evoluir para grupo
flexão

SEXO MASCULINO, 42 ANOS, DENTISTA, SPINNING E PILATES

- 1- PACIENTE RELATA INICIO DE DOR LOMBAR BAIXA E GLUTEA A DIREITA JUNTO COM DOR RADICULAR NA PERNA DIREITA E PARESTESIA NOS DEDOS DO PÉ ESQUERDO POR VOLTA DE UM MES APÓS REALIZAR JARDINAGEM **Dor/parestesia irradiada para MMII: grupo Tração**
- 2- APRESENTA COMPONENTE DE DOR CRONICA HÁ ANOS – DORSALGIA E DOR PERIESCAPULAR ESQUERDA DEVIDO A PROFISSÃO **Dor crônica: educação em dor, fatores psicossociais, cinesiofobia, etc**

EXAME FISICO :

- 1- ESCOLIOSE IDIOPÁTICA CONVEXA TORÁCICA
- 2- GRANDE PIORA E LIMITAÇÃO COM EXTENSÃO E INCLINAÇÃO A DIREITA; SEM DOR Á INCLINAÇÃO A ESQUERDA **Dor piora com inclinação à D e extensão (descarta EXTENSÃO, padrão de fechamento)**
- 3- REFLEXOS PATELAR E AQUILEO PRESENTES, PORÉM APRESENTA DIMINUIÇÃO DE FORÇA DE EXTENSORES DO HÁLUX BILATERALMENTE (GRAU 4) E PARESTESIA NA BORDA LATERAL DO PÉ DIREITO (L5) **Sinais de compressão de raiz nervosa L5**
- 4- LASEGUE 30° PERNA DIREITA; CROSS LASEGUE NEGATIVOS; RI>35° **Sinais de compressão de raiz nervosa**
- 5- FABERE NEGATIVO **descarta envolvimento de quadril e sacroilíaca**
- 6- MELHORA COM TRAÇÃO E FLEXÃO **Grupo Tração e com padrão de abertura (melhora com flexão)**
- 7- DOR Á PALPAÇÃO GLUTEO DIREITO E TRAJETO CIÁTICO (ISQUIOS E PANTURRILHA) **Sinais de compressão de raiz nervosa**
- 8 – HERNIA DISCAL L4-S1