**Evidências científicas da mobilização e manipulação na dor lombar e dor cervical**

**Alunos:** David Santos, Luis Carlos Caseiro, Mateus Rigonatti, Pedro Soares.

**Feedback sobre o resumo**

Gostaria de parabenizar o grupo pela condução do trabalho nesse tema o qual foi superficialmente apresentado na disciplina de acordo com a proposta do plano de ensino. Esse assunto está dentre os mais importantes da fisioterapia musculoesquelética devido a alta prevalência dessas condições. Assim, há uma enorme quantidade e diversidade de publicações sobre o assunto por essas condições serem muito estudadas e isso muitas vezes dificulta a escolha do que selecionar da literatura. Essa é uma atividade educacional formativa que visa o desenvolvimento de habilidades como a leitura e interpretação de artigos científicos e a apresentação dos conceitos. Nesse sentido, gostaria de adicionar alguns comentários sobre a condução do raciocínio e escrita do resumo.

Sobre o primeiro parágrafo do texto, gostaria de chamar a atenção para o cuidado das relações “causais” que escrevemos a partir de leituras que não nos permitem tais conclusões. A dor cervical (22 a 70%) e a dor lombar (60 a 80%) são muito prevalentes e estão dentre as principais causas globais de incapacidade na população adulta gerando efeitos significativos na qualidade de vida da sociedade e da economia segundo o *Global Burder of Disease*. Entretanto, a “incapacidade” da sociedade não necessariamente está relacionada ao fato de tais condições possuírem causas generalizadas (como apresentado por vocês). “Incapacidade” segundo a CIF é o impacto que condições agudas e crônicas tem nas funções corporais e na habilidade do indivíduo atuar de modo esperado e pessoalmente desejável na sociedade. Então gostaria de esclarecer e chamar a atenção para a escrita desses conceitos que estão confusos nesse parágrafo. O trecho: “combater o efeito de ambos os males” também não é o mais adequado. Na verdade, a ideia do seminário é discutir o efeito de tais intervenções nessas condições musculoesqueléticas, e não o contrário.

No segundo parágrafo, vocês apresentam as definições de mobilização e manipulação articular as quais eu também gostaria de adicionar alguns comentários. A mobilização articular é um recurso terapêutico manual no qual o terapeuta realiza movimento passivo, oscilatório e rítmico dentro do arco de movimento articular. Os graus de mobilização definidos por Maitland (I, II, III e IV) tem como base a amplitude de deslocamento e a resistência tecidual encontrada pelo fisioterapeuta durante a aplicação da técnica. A manipulação articular é realizada por meio de um movimento passivo e de alta velocidade que tende a trazer os elementos de uma articulação ou de um grupo de articulações além da amplitude de movimento fisiológica. Corrigindo o que foi apresentado na definição de vocês, a manipulação é realizada no fim da amplitude de movimento disponível, então o uso da expressão “meio do arco” ficou inespecífico e incorreto no texto. Além disso, a sugestão é sempre utilizar arco de movimento. No grau III, por exemplo, a movimentação passiva vai além da resistência do tecido e retorna, então o ideal é utilizar o termo: “movimento por toda a amplitude disponível ultrapassando a resistência do tecido”. Assim como no grau IV, sendo no “fim do arco de movimento e após a resistência dos tecidos” o mais adequado. Outra sugestão seria adicionar as contraindicações no texto, visto que são importantes de serem levadas em consideração na tomada de decisão clínica.

No terceiro parágrafo, eu também gostaria de adicionar um comentário sobre a interpretação dos achados da revisão da Cochrane de 2015 (que inclusive não está na lista de referências bibliográficas do resumo).

Comparado ao controle inativo: uma única manipulação produziu alivio temporário. Evidências conflitantes no acompanhamento a curto prazo para redução da dor com várias sessões. A manipulação torácica levou a redução da dor em pacientes com dor subaguda no pescoço e melhora da funcionalidade em pacientes com dor cervical aguda com efeito a curto e médio prazo. Quanto à mobilização ou manipulação comparada a tratamentos ativos: a manipulação cervical levou a melhora da dor, função qualidade de vida e percepção global de melhora comparada a mobilização cervical a médio prazo em pacientes com dor cervical de qualquer duração. A manipulação cervical foi mais eficaz do que combinações de analgésicos, relaxantes e AINES para melhora da dor e função a longo prazo em pacientes com dor cervical. Há outros resultados e discussões no artigo que devem ser explorados por meio da leitura completa desse estudo de revisão.

A conclusão parece adequada quanto ao que foi apresentado. Só gostaria de incluir que a dor é multidimensional e que, também por isso e principalmente em condições de dor crônica na coluna, os efeitos dessas técnicas sem considerar outros fatores é inadequado.

Por fim, gostaria de sugerir melhorias na escrita. Lembrem-se que quanto maior a sentença maior a chance da informação não ficar clara para quem está lendo. Por exemplo, reparem no terceiro parágrafo a sentença inicial do parágrafo contém 9 linhas. Isso dificulta o entendimento de quem lê.

**Feedback sobre o vídeo/apresentação**

Gostaria de parabenizar o grupo pela apresentação das definições e das evidências e também de indicar algumas sugestões visando o aperfeiçoamento e aprendizagem de tais habilidades. Nesse sentido, gostaria de também adicionar algumas sugestões, como por exemplo a adição da foto de cada apresentador durante a sua fala, ou a adição de mais figuras ao longo da apresentação dos conceitos. Sugestões de melhorias para o vídeo em especial: atenção quanto a sincronização do áudio ao vídeo, e também do volume do áudio ao longo de toda a apresentação.

Quanto ao conteúdo apresentado no vídeo: no início da apresentação (nos 3 primeiros slides), foi comentado que a “rigidez do tronco” devido ao episodio de dor lombar levaria a dor lombar recorrente. Cuidado com essas relações causais na interpretação de vocês sobre o que se lê. O entendimento de cronicidade da dor não é tão simples e linear quanto pareceu na apresentação de vocês. Lembrem-se que principalmente nas condições de dor crônica não há relação causal direta ou tecidual. A causa específica é quando há alguma alteração anatomopatológica grave consistente com padrões sintomáticos e perdas funcionais, e ainda assim questionável. Já na dor inespecífica não podemos fazer essa associação direta.

Outras considerações sobre a apresentação: Não confundir artrocinemática (movimento acessório) com osteocinemática (movimento fisiológico). E lembrar também que a quiropraxia é uma especialização no Brasil e uma “profissão” no exterior.