

MOBILIZAÇÃO VISCERAL EM ADULTOS COM DOR LOMBAR INESPECÍFICA

Luana Ribeiro Altrão¹ Marcos Antonio Pereira Brito² Gabriel Aparecido Boiago³

Resumo Objetivo: analisar a efetividade da mobilização visceral na melhora dos sintomas de dor lombar inespecífica. Método: participaram do estudo indivíduos de ambos os sexos, que apresentavam sintomas dor lombar. A qualidade de vida foi avaliada pela versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF 36 e a intensidade da dor por uma escala visual analógica. Para todos participantes foi utilizado um protocolo de técnicas de mobilização visceral. Quanto à análise estatística, as variáveis foram avaliadas por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon e os valores de significância equivalentes a 5%. Resultados: participaram do estudo sete indivíduos, sendo quatro participantes com idade entre 40 a 50 anos (58%) e três entre 51 a 60 anos (42%) anos, sendo um do sexo masculino e seis do sexo feminino. Em ambos os aspectos avaliados, intensidade da dor e qualidade de vida, indicam diferenças entre as distribuições dos dados antes e após o tratamento pelas técnicas de mobilização visceral. Do mesmo modo, algumas variáveis estão dentro do nível de significância estabelecido, indicando que houve diferença entre as distribuições dos dados antes e após a aplicação do tratamento. Conclusão: constatou-se melhora significativa em relação aos sintomas de lombalgia na amostra estudada, na incapacidade específica e intensidade da dor, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde.

Palavras-chave: Dor Lombar; Fisioterapia; Ortopedia; Vísceras

Afiliação

¹ Centro Universitário de Adamantina- UniFAI

VISCERAL MOBILIZATION IN ADULTS WITH UNSPECIFIED LUMBAR PAIN

Abstract: Objective: to analyze the effectiveness of visceral mobilization in improving the symptoms of nonspecific low back pain. Method: individuals of both sexes, who had low back pain symptoms, participated in the study. Quality of life was assessed using the Brazilian version of the Quality of Life Questionnaire - SF 36 and pain intensity using a visual analog scale. For all participants, a protocol of visceral mobilization techniques was used. As for the statistical analysis, the variables were evaluated using the Wilcoxon non-parametric test and the significance values equivalent to 5%. Results: seven individuals participated in the study, four participants aged between 40 and 50 years old (58%) and three between 51 and 60 years old (42%) years old, one male and six female. In both aspects evaluated, pain intensity and quality of life, indicate differences between data distributions before and after treatment by visceral mobilization techniques. Likewise, some variables are within the level of significance established, indicating that there was a difference between the data distributions before and after the treatment application. Conclusion: there was a significant improvement in relation to low back pain symptoms in the sample studied, in specific disability and pain intensity, physical aspects, pain and general health status..

Key words: Low Back Pain; Physical Therapy Specialty; Orthopedics; Viscera

1 Introdução

A dor lombar é definida como dor localizada na região abaixo das últimas costelas e acima da linha glútea. Estima-se que aproximadamente 80% da população sofra de dor nas costas em algum ponto de suas vidas¹. A ocorrência de dor lombar aguda é elevada, cerca de 15% a 30% da população, sobretudo na vida adulta. Ocasiona-se por alterações posturais, musculares, viscerais, estresse, sobrecarga e movimentos repetitivos, normalmente o sintoma apresentado é dor na região lombar, em pacientes que apresentam complicações no nervo ciático a dor pode irradiar para membros inferiores². A dor quando classificada de acordo com sua duração, pode ser aguda onde apresenta disfunção recente abaixo de seis semanas, subcrônica apresentando duração de seis a doze semanas, e crônica a mais de doze semanas³. O tratamento pode ser feito de forma medicamentosa, com o uso de anti-inflamatórios e analgésicos, ajudando no quadro algico. Porém outras formas de intervenção com exercícios e técnicas fisioterapêuticas vem alcançando resultados mais satisfatórios⁴.

Além de formas convencionais de tratamento, a osteopatia vem sendo empregada em muitos lugares como uma filosofia de avaliação e tratamento para esse tipo de disfunção, profissionais especializados utilizam conceitos específicos para localizar a causa e uma possível estratégia de intervenção para a lombalgia⁵. Com técnicas manipulativas encontradas junto aos conceitos clínicos da osteopatia, os resultados são muitas vezes mais satisfatórios que os encontrados na terapia convencional⁶.

Criada pelo Dr. Andrew Taylor Still, em 1874 a osteopatia se utiliza de um diagnóstico diferencial que visa tratar a disfunção e promover a prevenção da saúde e a qualidade de vida^{7,8}. Existem três divisões na osteopatia onde são classificadas segundo os tecidos e sistemas relacionados, sendo elas: a osteopatia estrutural, que apresenta uma visão do sistema musculoesquelético, assim como fáscia e tecidos adjacentes; a osteopatia craniana, que estuda os movimentos do crânio e sua relação com outros tecidos e sistemas, além de correlacionar corpo e mente de forma a buscar informações psicossomáticas; a osteopatia visceral, que trata de disfunções relacionadas às vísceras e a fáscia que as recobre com técnicas que visam mobilizar o sistema visceral e permitir o melhor funcionamento dos órgãos⁹.

A osteopatia visceral conhecida hoje em razão do trabalho e aperfeiçoamento de Jean Pierre Barral foi fundamentada pelo Sueco Thure Brandt no final do século XIX, que criou um

método manual para tratar de disfunções de mobilidade das vísceras. Ao analisar o sistema visceral, Barral notou e destacou a importância dos movimentos fisiológicos que as vísceras realizam durante seu funcionamento, classificando esses movimentos de mobilidade e motilidade visceral¹⁰. A motilidade baseia-se nos movimentos intrínsecos que ocorre nas vísceras e a mobilidade é permitida por uma fásia que recobre todos os órgãos, chamado peritônio, cada víscera tem a capacidade de deslizar em direções e eixos, uma alteração nesse movimento gera alterações na amplitude e direção desses eixos, o que pode causar aderências e levar a disfunções em outros sistemas e tecidos como os músculos, levando à espasmos, encurtamentos e causando dor^{12,13}.

Nesta perspectiva, este estudo tem por objetivo analisar a efetividade das técnicas de mobilização visceral no tratamento da dor lombar inespecífica.

2 Materiais e Métodos

2.1 Modelo de estudo

Trata-se de um estudo quase-experimental, com perspectiva de analisar a utilização de técnicas de mobilização visceral em indivíduos com dor lombar inespecífica.

2.2 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Marília (UNIMAR), conforme deferido na resolução 466/12 (CAAE - 23057719.7.0000.5496).

2.3 Triagem e amostra

A população alvo foi constituída por sete indivíduos de ambos os sexos, com faixa etária entre 40 a 60 anos, que apresentaram sintomas de dor lombar aguda inespecífica, foram utilizados os pacientes da lista de espera da Clínica Escola de Fisioterapia (Fisioclínica) do Centro Universitário de Adamantina (UniFAI).

Os critérios de inclusão aplicados foram: adultos, com faixa etária entre 40 a 60 anos, com sintomas de dor lombar inespecífica. Os critérios de exclusão foram: existência de ferimentos, edemas, gravidez, índice de massa corporal (IMC) maior que 25,0 (sobrepeso) e menor que 18,5 (desnutrição), impossibilidade de se manter na posição ortostática, dor lombar aguda ou crônica com etiologia identificada previamente, cirurgia na coluna vertebral, histórico de cirurgia recente em vísceras abdominais, indivíduos que realizaram tratamento

fisioterapêutico nos últimos três meses, que apresentaram hérnias abdominais ou que fizeram uso de medicamentos para controle da dor e inflamação.

Todos os indivíduos foram instruídos sobre os procedimentos a serem realizados, os objetivos e possíveis riscos do estudo. Assim, solicitou-se que os participantes assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.3.1 Avaliação do índice de massa corporal

Para a avaliação da massa corporal foi calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC) definido como o peso atual do indivíduo dividido pela sua estatura ao quadrado. Foram analisados valores de corte para o IMC propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³.

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Peso atual (kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

2.3.2 Avaliação da relação cintura-quadril

A relação da circunferência de cintura-quadril (RCQ) foi realizada com auxílio da fita métrica, após a obtenção das medidas calculado a RCQ através da divisão da medida de circunferência da cintura em centímetros pela medida da circunferência do quadril em centímetros¹⁴.

2.4 Instrumentos de Avaliação

As avaliações ocorreram antes do início da primeira sessão de tratamento e ao término da última, sendo realizadas por dois integrantes da equipe, sendo os mesmos responsáveis também por aplicar o protocolo de tratamento.

2.4.1 Avaliação física

Para a avaliação foi utilizada a ficha de avaliação individual contendo informações pessoais, anamnese, exame clínico e escala analógica numérica para mensurar a dor e ter parâmetros sobre a evolução de cada paciente avaliado de forma confiável.

2.4.2 Avaliação da qualidade de vida

Para a avaliação da qualidade de vida desses indivíduos foi utilizado o Questionário de

qualidade de vida - SF-36 onde foi questionado sobre sua saúde em geral para medir as condições de vida físicas e sociais¹⁵.

2.4.3 Avaliação da funcionalidade

Para a avaliação da capacidade funcional foi utilizado o Questionário de incapacidade de Roland Morris - RMDQ, mensurando sobre suas funções diárias e incapacidades ao realizar determinados movimentos, como incapacidades em decorrência a dor lombar, portanto para a análise da variável de funcionalidade serão consideradas categorias com e sem limitações¹⁶.

2.4.4 Intensidade da dor

Para a avaliação da dor foi utilizada a Escala Visual Analógica EVA para mensurar a dor e evolução do paciente com o tratamento proposto de forma segura, questionado também, o grau da dor do paciente de 0 a 10, sendo 0 a ausência de dor e 10 o nível máximo de dor¹⁷.

2.4.5 Avaliação da mobilidade da coluna lombar

Para a avaliação da coluna lombar foi utilizado o teste de Milgram e o teste de Slump. O teste de Milgram consiste em uma manobra realizada com paciente em decúbito dorsal, com membros inferiores estendidos em 5° a 10°, o terapeuta solicita ao paciente que realize uma extensão dos membros inferiores e pede que os mantenham elevados em um intervalo de 30 segundos. Essa manobra causa estiramento no músculo iliopsoas e músculos abdominais, aumentando consideravelmente a pressão intratecal¹⁸.

Durante a realização do teste o paciente que apresentou fraqueza abdominal e não apresentou aumento da dor na região lombar ou irradiação para os membros foi considerado como sinal negativo. O paciente que apresentou alterações faciais característica e aumento do quadro doloroso, o teste foi positivo para possível presença de alteração no disco vertebral ou outra patologia que envolva a teca, o teste foi positivo somente no paciente que se queixou de uma dor muito intensa no momento de elevar as pernas, pois pode haver patologias intra ou extratecais como a presença de hérnias discais ou até mesmo tumores¹⁹.

O teste de Slump avalia a mobilidade das estruturas no canal vertebral, é utilizado como um instrumento de identificação de alterações neurodinâmicas dos membros inferiores. O teste foi realizado com o paciente em flexão de tronco com o olhar fixo no horizonte, o paciente manteve essa posição em torno de 30 segundos, sendo questionado sobre o aparecimento ou exacerbação do quadro álgico nessa postura, em seguida, o paciente auxiliado pelo terapeuta, efetuou uma flexão total da cervical e manteve essa postura por 30 segundos²⁰. O terapeuta

questionou o paciente sobre o aparecimento de dor ou irritação, em seguida o paciente realizou uma extensão de joelho e por último uma dorsiflexão do tornozelo, colocando em tensão todas as raízes nervosas da região cervical e lombar, o processo foi repetido no membro oposto.

Em cada etapa do teste o terapeuta questionou o paciente sobre a sua sintomatologia, em caso de exacerbação da dor, tanto na região da coluna lombar, quanto irradiada na perna do teste, durante as etapas, são indicativos de positividade para o quadro de hérnia discal ou aderências de raízes nervosas.

3 Procedimentos

No tratamento foi realizado uma sessão de fisioterapia por semana, durante quatro semanas no período de janeiro a fevereiro de 2020.

As técnicas de mobilização visceral realizadas tiveram por objetivo devolver a mobilidade e a motilidade das vísceras. Por meio do contato com as mãos, o terapeuta realizou o que é chamado de ausculta, que consiste em notar a presença ou ausência de movimento, e, com a devida técnica, realizar a indução desse movimento. O terapeuta manterá o contato e o vetor de força realizado até os sinais de liberação ocorrerem, que podem ser espasmos involuntários, suspiros respiratórios, a sensação de amolecimento do tecido na região, tremores e até mesmo sensações locais como ondas de calor²¹.

O paciente posicionou-se em pé, apoiando os membros superiores na borda da maca. Com o terapeuta em pé ao lado do paciente, fez-se contato com as palmas das mãos sobre a região abdominal, aplicando assim um vetor força oblíquo em direção à maca até que a percepção atingisse o contato entre as duas mãos. Realizou-se a ausculta, aguardando sinais de liberação²¹.



Figura 1- Mobilização de peritônio

3.2 Mobilização visceral da raiz do mesentério

Para a liberação da raiz do mesentério, o paciente encontrou-se posicionado em decúbito dorsal e o terapeuta à sua direita fazendo contato com os dedos das mãos na margem inferior do mesentério e com os polegares na margem superior, abraçando a raiz do mesentério. Realizou a ausculta, aguardando sinais de liberação²¹.



Figura 2- Mobilização de mesentério

3.3 Mobilização visceral de fígado

Na liberação de fígado, o paciente foi posicionado em decúbito lateral esquerdo e o terapeuta em pé atrás do paciente. Com uma das mãos na região lateral das últimas costelas e a outra mão reforçando o contato. O terapeuta aprofundou a tensão até chegar no tecido a ser tratado, ultrapassando o gradil costal e os tecidos sobrepostos. Realizando rolamentos com vetor de força nos três planos de movimento, o terapeuta buscou restrições e, encontrando alguma, realizou a ausculta até a liberação do tecido²².



Figura 3- Mobilização de fígado

3.4 Mobilização visceral do ceco e cólon sigmóide

Em seguida, para liberação do ceco, o paciente se encontrou em decúbito dorsal e o terapeuta em finta anterior voltado para os pés do paciente, ao seu lado, realizando contato com a polpa dos dedos na borda inferior do ceco. Foi aplicado o vetor de tensão cranial, até ocorrerem os sinais de liberação.



Figura 4- Mobilização de ceco

Para liberação de colon sigmóide, o terapeuta, ainda em finta anterior, realizou contato com o polegar da mão cranial na borda superior do cólon sigmóide e, com a mão caudal, realizou um vetor de força em direção ao ombro contralateral do paciente, mantendo a tensão e aguardando os sinais de liberação do tecido²³.



Figura 5- Mobilização de cólon sigmóide

3.5 Mobilização de tubo dural

Para a liberação de tubo dural, o terapeuta, com a utilização da técnica de balanço da terapia craniossacral, teve como objetivo equilibrar as tensões do tecido utilizando como pontos de apoio o sacro e o occipital, realizando a sincronização do movimento de balanço craniossacral

com o Movimento Respiratório Primário (MRP) do paciente. O MRP é o movimento que ocorre devido o ciclo de entrada e saída do líquido cefalorraquidiano no espaço epidural.

Essa técnica consistiu em dois passos. No primeiro, o paciente posicionou-se em decúbito ventral e o terapeuta em pé ao seu lado. Foi colocado a mão cranial sobre a base sacral e a mão caudal sobre a região de T10. O terapeuta realizou uma leve tração e aprofundamento do contato, até chegar no tecido a ser tratado. Realizou então a sincronização dos movimentos com o MRP até observar os sinais de liberação. No segundo passo, o terapeuta agora posicionou sua mão cranial sobre a região de T10 e a mão caudal sobre o occipital, fez uma leve tração e aprofundamento do contato, realizando a sincronização com o MRP e aguardando os sinais de liberação²⁴.



Figura 6- Mobilização de tubo dural

4 Análise de Dados

As análises descritivas das variáveis foram realizadas considerando os valores da mediana e do desvio absoluto médio. Em todas as variáveis avaliadas no estudo foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon, uma vez que nenhuma atendeu a pressuposição de normalidade segundo teste de Shapiro-wilk. Como os resultados foram colhidos na mesma unidade experimental antes e após a aplicação do tratamento, os dados foram considerados como pareados, sendo adotado um nível de significância igual a 5%. As análises foram realizadas por meio do Software R.

5 Resultados

Para a realização deste trabalho foram convidados doze indivíduos de ambos os sexos. Após a avaliação e aplicação dos critérios de exclusão definidos para o estudo, identificou-se cinco com IMC maior que 25. Dessa forma, sete indivíduos compuseram a amostra para esse estudo. A caracterização dos participantes selecionados encontra-se descrita na Tabela 1.

Em relação ao perfil dos participantes, verificou-se que 85% dos indivíduos eram do sexo feminino, a idade com maior frequência foi de 40 a 50 anos (58%). Quanto à escolaridade, a maioria possui ensino médio (85%) e em relação à prática de atividade física a maioria (71%) mencionou praticar. Os resultados demonstraram também que a amostra foi constituída por indivíduos eutróficos.

Tabela 1- Caracterização da amostra selecionada, (sexo, idade, escolaridade, prática de atividade física, Índice de Massa Corpórea – IMC, e Relação Cintura Quadril - RCQ).

Características	
Variáveis	Representação (N e %)
Sexo	Masculino 1 (15%)
	Feminino 6 (85%)
Idade	40 – 50 anos 4 (58%)
	51 – 60 anos 3 (42%)
Escolaridade	Ensino Médio 6 (85%)
	Ensino Superior 1 (15%)
Pratica atividade física	Sim 5 (71%)
	Não 2 (29%)
IMC (Kg/m ²)	Peso Normal 7 (100%)
	Sobrepeso 0 (0%)

RCQ

Risco Moderado 7 (100%)

Risco Alto 0 (0%)

N = valor absoluto; % = valor relativo.

A tabela 2 refere-se aos resultados pré e pós-intervenção relacionados ao questionário de qualidade de vida SF-36 em cada um dos domínios. Algumas variáveis estão dentro do nível de significância estabelecido, indicando que houve diferença entre as distribuições dos dados antes e após a aplicação do tratamento.

Os resultados encontrados a partir da EVA demonstraram melhora significativa em relação à dor na coluna lombar, em relação ao desempenho funcional notou-se que a amostra não apresentava incapacidade devido à dor, mas obteve melhora em suas funções após intervenção.

Tabela 2 – Mediana (Md), desvio absoluto médio (DAM) e significância das variáveis referente a dor e desempenho funcional, analisadas antes e após tratamento.

Características	n	Mediana	(DAM)	p-valor
		Pré-intervenção	Pós-intervenção	
Capacidade funcional	7	55 (44,47)	80 (29,65)	0,08989
Aspectos físico	7	45 (37,06)	100 (0,00)	0,03603*
Dor	7	60 (14,82)	90 (14,82)	0,03501*
Estado geral de saúde	7	50 (29,65)	95 (7,41)	0,02225*
Vitalidade	7	40 (51,89)	75 (37,06)	0,05917
Aspectos sociais	7	75 (37,06)	100 (0,00)	0,09751

Aspectos emocionais	7	100 (0,00)	100 (0,00)	0,14890
Saúde mental	7	48 (29,65)	88 (177,91)	0,14220

n: número de pacientes avaliados; DAM: desvio absoluto médio. *valores significativos p<0,05.

A tabela 3 relaciona-se aos resultados pré e pós-intervenção de acordo com os questionários RMDQ e EVA. Os mesmos estão dentro do nível de significância estabelecido.

Tabela 3 - Mediana (Md), desvio absoluto médio (DAM) e significância das variáveis da incapacidade funcional específica para lombalgia e intensidade da dor, analisadas antes e após tratamento.

Características	n	Mediana (DAM)		p-valor
		Pré-intervenção	Pós-intervenção	
RMDQ	7	15 (14,82)	2 (29,65)	0,02225*
EVA	7	6 (29,65)	1 (14,82)	0,01991*

EVA: Escala Visual Analógica; RMDQ: Questionário de Incapacidade de Roland Morris; *valores significativos p<0,05.

6 Discussão

O estudo realizado apresentou limitações devido à sua amostra, que apresentou número reduzido, e ao número de estudos encontrados, com poucos dados epidemiológicos claros. Consideramos relevante a realização de novos estudos sobre a utilização de técnicas de mobilização visceral no tratamento da dor lombar, e seus principais efeitos. Isto permitirá maior acurácia sobre o tratamento utilizado e seus benefícios.

A dor lombar é um sintoma comum que ocorre em pessoas de todas as idades²⁵. A causa específica na maioria dos casos não é identificada, apenas uma pequena proporção de pessoas tem uma causa patológica bem compreendida, como sintomas advindos de uma fratura vertebral, malignidade ou infecção. Pessoas com empregos fisicamente exigentes, comorbidades físicas e mentais, fumantes e indivíduos com sobrepeso também correm maior risco de relatar lombalgia²⁶.

Segundo Brazil et al²⁷, as causas das lombalgias são multifatoriais, podendo acontecer em função de processos inflamatórios locais, problemas viscerais, doenças da articulação do quadril, das articulações sacroilíacas e alterações mecânicas relacionadas aos estresses repetitivos em situações laborais ou esportivas. A lombalgia pode ser decorrente de um desequilíbrio entre a carga e a capacidade funcional ocasionado pelo esforço físico ao se realizar determinada atividade de trabalho e/ou de vida diária, sendo a capacidade funcional a aptidão de desenvolvimento para realizar essa atividade.

No estudo de Tozzi²⁸, foi investigada qualquer possível alteração da função renal e mobilização em indivíduos com lombalgia não específica, em vista que existem ligações fasciais entre os rins e estruturas circundantes dorso-lombo-pélvica, onde se dividiram em grupos 101 pessoas assintomáticas e 140 com lombalgia, realizaram uma avaliação osteopática para identificar áreas de tensão miofascial. Evidenciou o apoio à relação entre dor lombar e alteração da mobilidade renal e forma, em pacientes com dor lombar aguda e crônica.

De acordo com o estudo Paiva e colaboradores²⁹, através de uma revisão de literatura nas bases de dados Lilacs, Scielo, PubMed, JAOA e Cochrane Central Register of Controlled Trials no período de janeiro a junho de 2013, concluiu-se que os artigos revisados entraram em controvérsias quanto à efetividade do tratamento osteopático na lombalgia, principalmente à longo prazo. Fazendo-se necessário estudos adicionais para elucidar mecanicamente como a manipulação osteopática exerce seus efeitos, para determinar seus benefícios a longo prazo e para avaliar o custo-efetividade do tratamento através da manipulação osteopática no tratamento da dor lombar.

Machado e Bittencourt³⁰, em um estudo transversal, retrospectivo, analisaram os efeitos da fisioterapia convencional com a osteopática no tratamento de lombalgias crônicas. Onde foram analisadas as fichas de avaliação padrão de 20 pacientes, sendo 10 implantadas em uma clínica de fisioterapia do município de Santa Rosa e 10 em um consultório de osteopatia do município de Santo Ângelo, no período de março a julho de 2009. Embasando-se nos valores alcançados, se pôde constatar que ambas as terapias surtem resultados benéficos no tratamento de dor lombar, mas a osteopatia possui resultados em curto prazo mais satisfatórios.

Em estudo semelhante, Lagos³¹ realizou uma pesquisa de revisão bibliográfica, onde analisaram uma pesquisa realizada com 131 pacientes, entre 18 e 60 anos, referindo dor lombar, válida a utilização clínica da manipulação vertebral. Incapacidade e dor foram critérios avaliados em 1 e 4 semanas e 6 meses. A pesquisa conclui que a prática da manipulação pode ser utilizada para melhorar a qualidade do tratamento já proposto para pacientes com dor

lombar.

Do mesmo modo, Reche-Souza³², através de um estudo randomizado, duplo-cego controlado sobre os efeitos comparativo do tratamento manipulativo osteopático de técnicas musculoesqueléticas e tensões pericicatriciais na cesariana em mulheres com dor lombar, com 33 participantes evidenciou diminuição da dor e aumento da mobilidade da cicatriz no GMPC quando comparada com o grupo GMME. Melhora na média de pressão plantar e incapacidade funcional em ambos os grupos. Não houve significância na algometria. Concluiu-se que o tratamento manual das tensões peri-cicatriciais mostrou-se muito eficaz para melhora da percepção da dor ao movimento e mobilidade dos tecidos cicatriciais.

7 Conclusão

Constatou-se melhora significativa em relação aos sintomas de lombalgia na amostra estudada, na incapacidade específica e intensidade da dor, aspectos físicos, dor e estado geral de saúde. Assim, pode-se concluir que o protocolo com técnicas de mobilização visceral na lombalgia aguda inespecífica foi efetivo nos sintomas agudos dos participantes em estudo. É necessário dar atenção a novos estudos para maiores descobertas sobre as técnicas de mobilização visceral e sua influência na dor lombar inespecífica. O trabalho obteve um número amostral menor devido a pandemia ocasionada pelo COVID-19.

Referências

1. Blyth FM, et al. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*. 2001;89(2- 3):127-34.
2. Candotti CT, et al. Prevalence of back pain, functional disability, and spinal postural changes. *Fisioter Mov*. 2015;28(4):711–22.
3. Gunnar BJA. Epidemiological features of chronic low-back pain. *The Lancet*. 1999;354(9178):581-5.
4. Frasson VB. Dor lombar: como tratar?. *Organ. Pan-Americana Saúde*. 2016;1(9):1-10.
5. Lizier DT, Perez MV, Sakata RK. Exercícios para tratamento de lombalgia inespecífica. *Rev. Bras. Anesthesiol*. 2012;62(6):842-6.
6. Penney JN. A comparison of Australian and European evidence-based guidelines for intervention in acute, nonspecific low back pain. *Int J Osteopath Med* 2009;2(12):63-8.
7. Still AT. *Autobiography of Andrew Taylor Still with a history of the discovery and development of the science of osteopathy*. Kirksville, MO: AT Still. 1908;1:18.
8. Cupim TS, Ribeiro MF, Almeida BMS, Viana FC. Os efeitos da osteopatia no tratamento de disfunções na coluna

- vertebral. *Rev. Científica. Multidiscip. Núcleo do Conhecimento*. 2018;2(3):42-54.
9. Refshauge KM, Maher CG. Low back pain investigations and prognosis: a review. *Br J Sports Med*. 2006;40(6):494-8.
 10. Barral JP, Mercier P. *Visceral manipulation*, rev. ed. Seattle, WA: Eastland Press; 2006;1(1):95-9.
 11. Bevilaqua-Grossi D, et al. Cervical mobility in women with migraine. *Headache*. 2009;49(5):726-31.
 12. Kuchera ML. Osteopathic manipulative medicine considerations in patients with chronic pain. *J Am Osteopath Assoc*. 2005;4(9):529-36.
 13. Anjos LA. Índice de massa corporal (massa corporal.estatura-2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública*. 1992;26(6):431-6.
 14. Almeida RTD. Indicadores antropométricos de obesidade abdominal: prevalência e fatores associados em funcionárias de uma instituição de ensino superior. *Univ Estadual de Feira de Santana*. 2008;1(1):1-108.
 15. Adorno MLGR, Brasil-Neto JP. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crônica. *Acta Ortop Bras*. 2013;21(4):202-10.
 16. Monteiro J, et al. Questionário de incapacidade de Roland Morris adaptação e validação para os doentes de língua portuguesa com lombalgia. *Acta Med Port*. 2010;23(5):761-6.
 17. Schestatsky P, et al. Brazilian portuguese validation of the leeds assessment of neuropathic symptoms and signs for patients with chronic pain. *Pain Med*. 2011;12(10):1544- 50.
 18. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and physical examination tell us about low back pain?. *Jama*. 1992;5(6):268-760.
 19. Maitland GD. The Slump Test: Examination and treatment. *Australian Journal of Physiotherapy*. 1985;31(6):215-9.
 20. Chaitow L. *Terapia Manual Para Disfunção Fascial*. Artmed. 2017;1:1-280.
 21. Fryer G, Helge F. Osteopathic manipulative treatment for nonspecific low back pain: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal*. 2014;15:286.
 22. Almeida LC, et al. Efetividade do tratamento osteopático na qualidade de vida e na percepção dos sintomas de pacientes com doença de refluxo gastroesofágico refratária ao tratamento medicamentoso. *Gastroenterol Endosc*. 2014;34:10-17.
 23. Zakka TM, Teixeira MJ, Yeng LT. Dor visceral abdominal: aspectos clínicos. *Rev dor*. 2013;14(4):311-4.
 24. Rezende RTDB, Gabriel A. Relações entre clínica e osteopatia. *Rev Bras Clin Med*.

2008;6(5):194-6.

25. Hoy D, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* 2012;64(6):2028–37.

26. Hartvigsen J, et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018;391(10137):2356-67.

27. Brazil AV, et al. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgia. *Rev Bras Reumatol.* 2004;44(6):419-25.

28. Tozzi P. Low back pain and kidney mobility: local osteopathic fascial manipulation decreases pain perception and improves renal mobility. *Journal of Bodywork & Movement Therapies.* 2012;16(3):381-91.

29. Paiva LS, Ribeiro APCMM. Tratamento osteopático em pacientes com lombalgias evidências científicas (2003-2013). Trabalho de conclusão de curso. 2013;1(1):1-12.

30. Machado VCV, Bittencourt DCD. A conduta fisioterapêutica convencional e a osteopática no tratamento de pacientes com dor lombar crônica. *Revista Contexto e Saúde.* 2011;11(20):551-8.

31. Lagos APR, Santos CF. Osteopatia, uma revisão bibliográfica. *Unopar Ed.* 2006;13(1):1-2.

32. Reche-Souza LR. Efeitos comparativos do tratamento manipulativo osteopático de técnicas musculoesqueléticas e tensões pericatriciais na cesariana em mulheres com dor lombar: um estudo randomizado cego controlado. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. 2019;1(1):1-72.