



IPS Instituto  
Politécnico de Setúbal  
**Escola Superior de  
Saúde**

## **Actividade**

### Relatório Clínico I

Valter Rodrigues, 1910

**MÓDULO 6 | RACIOCÍNIO CLÍNICO NAS DIFUNÇÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS**

**UNIDADE CURRICULAR | FISIOTERAPIA TEORIA E PRÁTICA III**

**RESPONSÁVEL DO MÓDULO | PROF. MARCO JARDIM**

2010-2011

# Índice

INTRODUÇÃO.....	3
EXAME SUBJECTIVO.....	3
EXAME OBJECTIVO.....	9
PRINCIPAIS PROBLEMAS DO UTENTE.....	13
DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA.....	13
BIBLIOGRAFIA.....	14

## INTRODUÇÃO

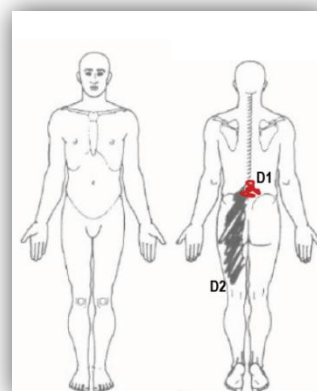
O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular de Fisioterapia Teoria e Prática III e prende-se com a elaboração de um Relatório Clínico com base no caso do Sr. André Lima, evidenciando o raciocínio clínico inerente às questões da avaliação do utente, por meio do exame subjectivo e objectivo, ao diagnóstico em fisioterapia e ao subsequente levantamento dos principais problemas do utente.

## EXAME SUBJECTIVO

Segundo Maitland (1987;2001) citado por Cruz e Serpa (2005), optar por localizar o enfoque da dor ou sintomas apresenta-se como elemento estruturante do raciocínio clínico e que permite levantar hipóteses no que concerne às estruturas que se encontram na origem dos sintomas para que posteriormente as mesmas possam ser testadas e verificadas. Para isso, torna-se extremamente importante fazer uma caracterização dos sintomas evidenciados pelo utente, com base na exploração das diferentes características dos diferentes tipos de dor registados, tais como a intensidade, a profundidade ou a qualidade da dor e na exploração do comportamento dos sintomas, tais como os factores que agravam/aliviam e padrão da dor ao longo do dia ou a natureza dos sintomas. É, também, relevante analisar o impacto funcional que as dores em causa exercem no dia-a-dia do utente. Deste modo, é com base neste conceito que estruturarei o meu raciocínio clínico que se encontra subjacente ao caso do Sr. André Lima.

### Dados do utente:

- **Nome:** Sr. André Lima;
- **Idade:** 37 anos;
- **Estado Civil:** Casado;
- **Profissão:** Agente da Polícia Judiciária;
- **Área de Residência:** Setúbal;
- **Agregado Familiar:** Esposa e filha (com 3 anos).



O caso apresentado reporta-se ao Sr. André Lima que, na sequência de uma operação policial que visava intersectar a fuga de um dos suspeitos, após saltar três degraus seguidos e com o

embate dos seus membros inferiores no solo sentiu uma dor «no meio das costas». No dia seguinte, ao acordar, sentiu uma dor «tipo guinada» na zona central da região lombar referindo, ainda, dores que se repetem ao longo do dia em actividades como andar de moto-quatro, a dar banho à sua filha na banheira ou quando calça as meias e sapatos, sentindo a dor a «vir pela perna abaixo».

**Caracterização dos Sintomas** - O Body Chart evidencia duas áreas com sintomatologia, designadamente na região central da coluna lombar e que afigura-se como a principal dor referida pelo utente (**D1**), preponderando-se como o asterisco da avaliação subjectiva e objectiva, e também ao longo da face posterior da coxa direita (**D2**).

Relativamente a D1, o utente caracteriza-a como uma dor do tipo “guinada” e classificou-a com intensidade de 5/10 no pior momento e de 0/10 presentemente na Escala Visual Análoga – EVA. Trata-se de uma dor intermitente, com um padrão diário “on/off”, surgindo e desaparecendo ao longo do dia, evidenciada pelo discurso do Sr. André Lima, ao referir que esta dor se acentua ao realizar actividades como andar de motro-quatro, dar banho à sua filha e ao calçar as meias e sapatos, o que sugere que esta dor intermitente pode induzir para uma disfunção mecânica cuja dor é despoletada por estímulos cujo limiar seja suficiente para a activação das terminações nervosas livres (McKenzie, 1981 citado por Cruz & Almeida, 2008). Relativamente a D2, conforme é assinalado no body chart, trata-se de uma dor situada ao longo da face posterior da nádega e coxa esquerda e com intensidade de 0/10 EVA actualmente e que teve 4/10 EVA no pior momento de dor. Trata-se de uma dor sem padrão diário definido e que me remete para a possibilidade de ter origem neural por compressão do nervo ciático dada a caracterização que o utente relata quanto ao tipo de dor – “fio de arame” – (Petty, 2007).

Quanto à **profundidade da dor**, não constam dados para a sua caracterização em nenhuma das áreas com sintomatologia, D1 e D2, registadas no “body chart”, pelo que se tornaria importante questionar a utente qual profundidade das suas dores, ou seja, se é profunda ou superficial, visto que poderá direccionar o Fisioterapeuta para a principal estrutura lesada dado que se a dor for mais superficial poderá ser de ordem muscular (Mense, 1993 citado por Cruz & Almeida, 2008), ou se for mais profunda poderá ser de origem articular (Mooney & Robertson 1976, citados por Cruz & Almeida, 2008).

Dado que com base no caso e no body-chart não se encontram registadas quaisquer **sensações anormais** no que diz respeito a ambas as áreas com sintomatologia, tornar-se-ia pertinente questionar o utente sobre quaisquer sensações tais como formigueiros ou de picadas no corpo, pois pode ser sinal de parestesia que ocorre sempre que um nervo é comprimido (e que,

segundo National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2010) se trata de um conjunto de distúrbios que se encontram ou podem vir a afectar o sistema nervoso central, tais como os acidentes vasculares cerebrais, encefalite ou esclerose múltipla.

De acordo com a informação apresentada no body chart, não existe relação entre os sintomas, o que poderá sugerir que as diferentes dores são originadas por diferentes estruturas (Petty, 2007).

**Comportamento dos sintomas** - O comportamento dos sintomas permite ao fisioterapeuta identificar a severidade (S), irritabilidade (I) e natureza (N) de uma dada condição, pelo que será possível averiguar se os respectivos sintomas serão fáceis ou difíceis de serem reproduzidos e se será possível completar o exame objectivo, ou não, bem como permitirá determinar qual o vigor com que o tratamento será posto em prática (Petty, 2007). Neste sentido, é fundamental explorar junto deste utente que movimentos ou que posturas podem agravar os sintomas, tendo em conta as suas principais actividades da vida diária, incluindo as exigências da sua profissão, as tarefas em casa ou as actividades de lazer.

**Factores que agravam a sintomatologia** - Em relação a D1, é referido que o utente, após a sua dor se ter despoletado na sequência da perseguição a um dos suspeitos, voltou a referir sintomas de dor no dia seguinte quando acordou, ao levantar-se da cama, ao referir que sentiu uma dor “tipo guinada” na zona central da região lombar e “não me conseguia mexer... e tive um longo período para que conseguisse levantar da cama”, o que sugere que a dor surge devido a uma flexão da coluna lombar. As actividades que agravam os sintomas de D1 trata-se de andar de moto-quatro visto que ao realizar esta actividade, o Sr. André Lima adopta uma postura permanente de flexão acentuada da coluna vertebral e, neste contexto, da coluna lombar mais concretamente, o que aliado aos sobressaltos na água causados pela velocidade a que uma moto-quatro se desloca provoca uma sobrecarga sobre a coluna lombar e condiciona-a a diversos movimentos tais como os de rotação, inclinação lateral, deslizamento para trás e para a frente entre as vértebras lombares, o que poderá estar por detrás do agravamento da dor.

Ao dar banho à sua filha bem como ao calçar-se, o utente sujeita a sua coluna a uma flexão bastante acentuada ou a uma flexão acentuada da coxo-femural esquerda o que, neste caso, terá despoletado D2 e se tratam de actividades que agravam a sua sintomatologia, ao referir que “sinto logo a dor a vir pela perna abaixo”.

**Factores que aliviam a sintomatologia** – Neste ponto, torna-se importante identificar não só os factores que aliviam os sintomas mas também relacionar o efeito do alívio de um dos sintomas nos

outros restantes, visto que o aliviar de diferentes sintomas ao ser realizado o mesmo movimento ou ao adoptar-se a mesma postura sugere que os sintomas em questão encontram-se a ser originados pela mesma disfunção estrutural (Petty, 2007). O Sr. André Lima sente alívio da sintomatologia ao deitar-se em decúbito ventral e ao desempenhar a marcha. A posição de decúbito ventral promove a extensão da coluna lombar, o que leva a crer que o alívio da sintomatologia surge com a extensão da coluna lombar por diminuição das forças de pressão e carga sobre as vértebras lombares, o que evita o deslizamento. Já o facto de ao desempenhar a marcha também ter diminuição dos sintomas de dor, também promove uma postura mais vertical da coluna vertebral e, concretamente, da coluna lombar. Além disso, creio, ainda, que a posição de pé promove uma distribuição da carga não só sobre a coluna vertebral mas também pelos membros inferiores, o que também aliviará as dores do utente.

**Severidade e Irritabilidade dos sintomas** - Os sintomas são considerados severos quando um determinado movimento origina uma dor de tal modo intensa, num momento concreto da amplitude de movimento, que obriga o utente a pôr termo, de imediato, ao movimento. Noutro âmbito, os sintomas são classificados como irritáveis e não irritáveis, e são irritáveis se o utente após a execução de um movimento ou manutenção de postura pará-lo ou mudar de posição a dor ou sintomatologia mantiver por um período de tempo superior a 2-3 minutos; Caso os sintomas desapareçam logo que um movimento cesse, então podem considerar-se como não irritáveis.

Em relação à severidade dos sintomas em D1, seria necessário explorar junto do utente sobre se esta dor o tem inibido, ou não, de realizar as suas actividades da vida diária ou a sua profissão, enquanto Agente da Polícia Judiciária. Apesar de serem mencionadas actividades que agravam a sua sintomatologia, não é possível perceber se D1 inibe-o de realizar essas mesmas actividades, como andar de moto-quatro, dar banho à sua filha e calçar as meias/sapatos. Assim, seria de extrema importância questionar o utente sobre a severidade dos sintomas de D1, ou seja, se as dores que sentidas o impedem de realizar as suas actividades. Quanto à irritabilidade dos sintomas em D1, considero que seja não irritável já que a dor do tipo “guinada” sugere uma dor que aparece e desaparece rapidamente, o que vai de encontro ao padrão diário on/off da dor.

Quanto à severidade dos sintomas em D2, à semelhança de D1, não existem dados no caso que permitam concluir sobre se é severa ou não, pelo que seria também importante questionar o utente sobre isto. Quanto à irritabilidade, os dados presentes no caso não permitem concluir sobre se D2 é irritável ou não visto que para além de não ter um padrão diário definido, não se sabe se a

dor sentida na face posterior da coxa desaparece de imediato após o utente dar banho à sua filha e a calçar-se. Assim, seria essencial questionar o utente sobre se após mudar a sua postura a dor alivia ou não em pelo menos nos ditos 2 a 3 minutos pois se permanecer mais do que esse tempo a dor é irritável.

Como não se tem certezas acerca da severidade em D1 e D2 nem da irritabilidade em D2, não me é possível aferir se estou perante uma condição SIN ou não SIN, pelo que seria importante a obtenção dos dados em falta.

**Comportamento diário dos sintomas** – O comportamento diário da dor pode-nos permitir aferir se existe inflamação ou irritação mecânica (Cruz & Almeida, 2008), o que me permite supor que D1 caracteriza-se, ao longo do dia, por ser pior quando a utente sai da cama (manhã) e pela ausência de sintomas de dor durante a tarde, tendo um padrão diário em que os sintomas de dor tanto surgem como desaparecem (on/off). O facto de D1 bem como D2 não interferirem com o sono permite aferir que não haverá presença de inflamação.

Por outro lado, o Sr. André Lima não é capaz de padronizar o comportamento de D2 restantes dores. Neste âmbito, é importante salientar um conjunto de informações presentes no body-chart sabendo-se que as dores não lhe perturbam o sono, bem como o tossir ou espirrar não são motivos de queixa por parte da utente, não estando estabelecido uma relação entre os sintomas.

Já a D2 não tem um padrão diário definido, não tendo o utente uma opinião formada sobre o comportamento desta dor ao longo do dia bem como as actividades e movimentos ou posturas implicados que provocam a dor.

**Função/ Factores contribuintes para a manutenção da condição** – A informação que é possível obter com base na análise das actividades funcionais neste caso descritas é benéfica na medida em que torna perceptível qual o impacto destas na condição clínica de um utente, ajudando o Fisioterapeuta a delinear metas para o tratamento (Almeida & Cruz, 2008).

Neste caso, torna-se importante considerar a profissão deste utente, agente da polícia judiciária, e perguntar ao utente quais são as suas rotinas diárias no seu trabalho, ainda para mais porque após consulta o médico provavelmente terá prescrito uns dias de baixa no trabalho – “(...) que devia repousar uns dias”. Pode-se supor-se que o Sr. André Lima já regressou ao trabalho e nesse sentido é importante saber se habitualmente passar mais tempo sentado numa secretária ou se o seu trabalho exige deslocações a vários lugares ou se costuma integrar equipas de intervenção

em operações policiais, isto porque caso passe mais tempo à secretária, tenderá a adoptar posturas e/ou movimentos incorrectos que possam agravar a sua condição, tais como uma postura de flexão da coluna vertebral, e conseqüentemente da coluna lombar, enquanto está sentado; caso o seu trabalho seja mais no campo de intervenção, por assim dizer, poderá estar sujeito a movimentos demasiados abruptos como numa perseguição de carro pois poderá ter que fazer travagens bruscas ou a pé, podendo dar uma queda ou novamente dar um salto a uma determinada altura que também provoquem um agravamento da sua condição.

**História Clínica Actual e Anterior** - O Sr. André Lima, na sequência de uma operação policial que visava intersectar a fuga de um dos suspeitos, após saltar três degraus seguidos e embater com os membros inferiores no solo sentiu uma dor «no meio das costas» - D1 -, não tendo esta sido impeditiva para que continuasse a participar na operação policial embora lhe tenha causado alguma apreensão pois pensou que a dor fosse condicionar a sua participação na operação. No dia seguinte, sentiu uma dor «tipo guinada» na zona central da região lombar referindo, ainda, dores que se repetem ao longo do dia em actividades como andar de moto-quatro, a dar banho à sua filha na banheira ou quando calça as meias e sapatos, sentindo a dor a «vir pela perna abaixo» - D2. Após consulta médica, o médico, através de um Rx, referiu não haver fractura de nenhuma das vértebras e que deveria repousar durante alguns dias e tomar medicação para as dores, mas visto que as dores não desapareceram nem diminuíram, o Sr. André Lima decidiu recorrer à Fisioterapia.

Dada a proximidade entre o surgimento de D1 e D2 (surgiram no mesmo dia e D2 surgiu após alguns movimentos que também despoletaram D1), torna-se plausível que D2, dor sentida ao longo da nádega e coxa posterior, seja uma dor irradiada de D1.

**Questões Complementares** – De acordo com Petty (2007), a importância em formular questões e colocá-las a um utente reflecte-se na necessidade em identificar a natureza da condição do mesmo, visto que a origem dos sintomas poderá não estar numa condição neuro-músculo-esquelética benigna (adequado às competências inerentes à Terapia Manual) mas sim em condições sistémicas, neoplásicas ou outras não neuro-músculo-esqueléticas, que não são adequadas para tratamento por parte de um Fisioterapeuta. Logo, deverão ser colocadas questões que permitam ao Fisioterapeuta compreender a natureza da condição do utente e identificar quais as precauções ou contra-indicações para a avaliação e para o tratamento.

Contextualizando com o caso do Sr. André Lima, um dado importante já disponível trata-se do Rx aquando da sua consulta médica o qual não revela quaisquer fracturas ao nível das vértebras o que, não significando o afastamento de lesão neurológica, poderá ainda assim atenuar a extensão



deste tipo de lesão (Serra, 2001). Será importante questioná-lo sobre a medicação que esteve ou ainda se encontra a tomar já que é referido que o médico lhe aconselhou a «tomar uns comprimidos para as dores» e, caso se encontre a tomar analgésicos estes poderão influenciar a sua sintomatologia, nomeadamente em factores como a intensidade ou comportamento diário das dores nas suas actividades funcionais, porque permitirá ter conhecimento de informações relativas ao processo patológico e qual o seu impacto no planeamento do tratamento (Magee 2002; Petty, 2007). Dever-se-á questionar ao utente sobre eventuais sensações de cansaço ou desconforto já que são frequentes em patologias sistémicas, metabólicas ou neoplásicas (O'Connor & Currier, 1992 citados por Petty, 2007). Também se deverá questionar o utente sobre sensações de fraqueza ou desconforto generalizado, falta de energia e depressão visto que podem indicar artrite reumatóide (Dickson & Whright, 1984 citados por Petty, 2007). Dado que se coloca a hipótese da lesão ao nível de D1 e D2 poder ser do foro neurológico, será igualmente relevante questionar o utente sobre sensações de formigueiro bilateral ao nível dos pés ou de alterações na marcha, que poderão remeter para a compressão da espinal medula, devendo o utente, nesta situação, ser encaminhado para o médico (Petty, 2008).

**História Sócio – Familiar** - O Sr. André Lima tem 37 anos, é casado e vive com a sua esposa e com a sua filha, de 3 anos. Dada a responsabilidade que acarretará ser o de Agente da Polícia Judiciária, a profissão do utente deverá exercer grande impacto sobre si em termos psicológicos, pelo que é bastante importante compreender de que forma se encontra a sua condição a limitar o seu desempenho no emprego, considerando que não parou de trabalhar por causa da sua sintomatologia, e quais as suas principais rotinas, de modo a averiguar se existem factores que possam agravar a sintomatologia, tal como já foi referido anteriormente. Ao nível familiar, para além de marido também é pai, e com os episódios de dor pelos quais referiu passar, dar banho à sua filha, tendo em conta a postura e movimentos ao nível da coluna, trata-se de um factor de agravamento da sintomatologia e que lhe pode limitar esta actividade. Isto, aliado ao facto de também se agravarem os seus sintomas ao realizar um dos seus hobbies, andar de moto-quatro, ou simplesmente ao calçar-se, poderão motivá-lo a querer ter uma participação activa no seu tratamento já que o seu emprego será um dos garantes de estabilidade financeira e dado que será do seu interesse estar apto a cuidar da filha bem como conseguir fazer alguns dos seus hobbies, o que se revela como um factor positivo.

## EXAME OBJECTIVO

Através do exame objectivo, poderão ser testadas e confirmadas, ou declinadas, as hipóteses levantadas com base no exame subjectivo.

**D1 – Dor situada na região central da coluna lombar** – Perante as hipóteses levantadas no exame subjectivo levam-me a crer que a hérnia discal poderá estar na origem desta dor. Devido a uma situação traumática, coluna lombar terá sido sujeita a um súbito aumento da pressão no disco intervertebral o que pode, desde logo, levar a crer que ocorreu a uma hérnia discal, por norma a situar-se ao nível de L4-L5 e L5-S1 (Serra, 2001; Magee, 2002), por prolapso do disco ou até mesmo por extrusão do disco, ou seja, por perfuração do anel fibroso e consequente movimentação de parte do núcleo pulposo para dentro do espaço epidural (Magee, 2002). O disco intervertebral, herniado, pode levar a compressão neural e também das estruturas ligamentares posteriores, nomeadamente o ligamento vertebral comum posterior (Kapandji, 1990; Neumann, 2002). No entanto, deverão ser comprovadas ou rejeitadas as hipóteses de distensões musculares ou ligamentares dado que também são lesões frequentes em eventos traumáticos como o deste caso (Serra, 2001).

**D2 – Dor situada ao longo da face posterior da coxa esquerda** - Considerando a uma das hipóteses explicativas levantadas para a origem de D1, a de hérnia discal por prolapso do disco, a hipótese de D2 ser de origem neural torna-se plausível dado que como consequência do prolapso do disco, nomeadamente ao nível de L4-L5 e L5-S1, pode ocorrer uma ligeira compressão do lado esquerdo da raiz do nervo ciático (Magee, 2002). Esta hipótese de D2 ser irradiada desde a coluna lombar torna-se ainda mais credível tendo em conta a descrição da dor feita pelo utente, do tipo “fio de arame”, visto que este tipo de dor como que um choque eléctrica, aguda e ao longo de um nervo específico e não localizada trata-se de uma característica neural.

**Observação** – A observação é efectuada em situações dinâmicas e estáticas de modo a que utente possa ser avaliada quanto à qualidade de movimento e quanto à postura, não deixando de ser de grande relevância atender à expressão facial da utente aquando da observação.

Neste caso, a observação deverá ter enfoque sobre a coluna lombar, a potencial estrutura lesada, tendo em conta as hipóteses sobre a origem da dor levantadas para D1 e D2 Assim, deverá ser efectuada a observação, sempre de três perspectivas – anterior, posterior e de perfil -, à postura da coluna vertebral (presença de desvio lateral, escoliose, cifose ou lordose), pélvis (anteversão ou erm retroversão, se existe desvio lateral, rotação ou torsão) e membros inferiores (verificar se há

assimetrias e se o utente suporta mais carga num dos membros inferiores) (Petty, 2007). Também se deverá efectuar a observação da marcha pois o utente poderá estar a adoptar uma marcha anti-álgica e esse ser um factor que esconda os sintomas (Petty, 2007).

Deverá ser efectuada a observação aos tecidos moles bem como das eminências ósseas pois pode haver processo inflamatório perante a hipótese de distensão muscular para D1, tendo em consideração a cor da pele, a presença de edema ou cicatrizes, na sequência do episódio traumático (Cruz & Almeida, 2002).

Com a observação das atitudes e sentimentos da utente será possível verificar se existem eventuais sinais de comportamento de dor, nomeadamente tocar, “esfregar” ou “segurar” a área com dor, o suspirar ou expressões faciais características de dor. Será importante, igualmente, ter noção de qual é a percepção que o Sr. André Lima tem em relação à sua condição e de que forma é que a condição se encontra a afectar a sua vida.

**Movimentos fisiológicos activos** – Ao nível da coluna lombar será importante promover os movimentos activos de flexão/extensão, rotação esquerda e direita e flexão lateral esquerda e direita, bem como os quadrantes de flexão e de extensão, de modo a avaliar qual ou quais os movimentos que despoletam a sua sintomatologia, sendo importante dar enfoque ao movimento de flexão da coluna lombar, pois será expectável que se manifestem D1 e D2, e ao comportamento da dor durante a amplitude de movimento e no final dessa amplitude (Cruz & Almeida, 2008). Aos movimentos realizados activamente e que não provoquem dor deverá ser aplicada a pressão adicional (Cruz & Almeida, 2008).

**Movimentos fisiológicos passivos** – Os movimentos passivos fisiológicos poderão assumir a forma de movimentos fisiológicos passivos intervertebrais, com a vista a avaliar o movimento a cada nível segmentar da coluna e podem complementar os movimentos acessórios passivos intervertebrais para a indentificação de hipomobilidade ou hiper mobilidade segmentar (Petty 2007). Tendo em conta a hipótese de hérnia discal para D1, o utente poderá apresentar hipomobilidade no local onde se dá esta lesão ou compressão de uma estrutura que cause dor (Porter, 2003).

**Testes Articulares** – O teste de integridade articular da coluna lombar avalia a mobilidade dos segmentos ao nível da coluna lombar (Petty, 2008), devendo deste modo efectuar este teste ao utente com vista a confirmar ou refutar a hipótese de lesão ligamentar, nomeadamente das estruturas ligamentares posteriores.

**Movimentos acessórios passivos intervertebrais** – Deverão ser avaliados os seguintes movimentos intervertebrais acessórios para a coluna lombar: - poster-anterior central e unilateral, transversal e antero-posterior unilateral ao sacro (pressão postero-anterior sobre a base, corpo e ápex) e ao cóccix (postero-anterior), de modo a identificar a que nível lombar se encontra D1. Posteriormente, deverá ser feita uma reavaliação dos sintomas de D1, tendo em consideração a hipótese da hérnia discal, de forma a compor o efeito dos movimentos acessórios nos sinais e sintomas do utente.

**Testes musculares** – Os testes musculares visam avaliar a força muscular, controlo e contracção isométrica, sendo importante testar-se os grupos musculares responsáveis pela flexão, pela extensão, inclinação lateral e rotação ao nível da coluna lombar (Petty, 2007) e, em especial, o músculo multifidus lombar visto que pode atrofiar em utentes com dor lombar (Hides et al 1994 citados por Petty, 2007).

**Testes neurológicos** - Os sintomas apontados a D2 encontram-se situados abaixo da prega glútea, pelo que é relevante testar e avaliar a integridade do sistema nervoso (Petty, 2007). Através dos testes de integridade do sistema nervoso será possível verificar se há, de facto, compressão do nervo ciático. Os cuidados a ter no que toca à realização dos testes neurológicos são acrescidos, derivado às suas contra-indicações face aos sintomas de D2 do Sr. André Lima serem extremamente recentes. Assim, deveria ser realizada a avaliação dos dermatomas de modo a compreender se existem alterações de sensibilidade (Cruz & Almeida, 2008), que caso positivo, pode induzir-nos para comprometimento do nervo ciático. Também deverá ser feita a avaliação dos miotomas, nomeadamente aos extensores da coxo-femural e aos flexores do joelho visto que ambos são inervados pelo nervo ciático.

Procederia também à realização de testes neurodinâmicos com vista a avaliar se existe comprometimento da mobilidade do sistema nervoso, nomeadamente o Passive Neck Flexion, em que é efectuado um movimento de flexão passiva da coluna cervical que produz movimento e tensão ao nível da espinal medula, meninges da coluna lombar e do nervo ciático (Breig, 1978; Tencer et al, 1985 citados por Petty, 2007), o Straight Leg Raising, que caso seja positivo poderá indicar aderências ao nível das raízes nervosas lombossacrais e da dura-máter as quais podem resultar da hérnia discal (Magee, 2002), e o Slump Test. Através destes testes, à semelhança de outros testes já mencionados, poder-se-á constatar se existe, ou não, compressão do nervo ciático, o que me permitiria confirmar/declinar os sintomas de D2.

## **PRINCIPAIS PROBLEMAS DO UTENTE**

Com base na avaliação subjectiva e objectiva do Sr. André Lima, aqueles que considero ser os seus principais problemas actualmente situam-se em torno da sintomatologia sentida, D1 e D2 o que reflecte em restrições ao nível das actividades do foro profissional (Agente da Polícia Judiciária), ao nível familiar (nos cuidados prestados à filha) e ao nível pessoal (dor ao andar de moto-quatro e dor na simples actividade de calçar-se). Estes três aspectos têm relação directa uns entre os outros visto que são influenciadas pela capacidade do utente em desempenhar as actividades funcionais da sua vida diária e afectam o seu bem-estar.

## **DIAGNÓSTICO EM FISIOTERAPIA**

O Sr. André Lima, de 37 anos, é agente da polícia judiciária, vive com a sua esposa e com a sua filha, de 3 anos. Apresenta restrições na realização de actividades da vida diária para si importantes, designadamente as de dar banho à sua filha, andar de moto-quatro como forma de lazer ou a simples actividade de se calçar, por dor na região central da coluna lombar, do tipo “guinada” com intensidade de 5/10 na Escala Visual Análoga no pior momento de dor e 0/10 EVA actualmente, e por dor irradiada para a face posterior da coxa esquerda, do tipo “fio de arame” com 4/10 EVA no pior momento de dor e 0/10 EVA actualmente, na sequência de uma situação traumática após embate violento dos membros inferiores com o solo após saltar três degraus seguidos. Trata-se de um utente que estará motivado para a fisioterapia, tendo em conta as exigências da sua profissão e a necessidade em estar apto a trabalhar bem como para cuidar da sua filha e conseguir fazer as suas actividades de lazer.

## BIBLIOGRAFIA

- Kapandji, I. A. (1990). *Fisiologia Articular* (Vol. 3). São Paulo: Editora Manole.
- Magee, D. (2002). *Avaliação Musculo-Esquelética* (3th ed.). Brasil: Manole;
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke **Retirado de:** <http://www.ninds.nih.gov/disorders/paresthesia/paresthesia.htm>
- Neumann, D. *Kinesiology of the Musculoskeletal System: Foundations for Physical Rehabilitation*. Mosby. 2002.
- Petty, N. (2007). *Exame e Avaliação neuro-músculo-esqueléticas*. Um manual para terapeutas. (3ª edição). Churchill Livingstone: Elsevier;
- Petty, N. (2008). *Princípios de Intervenção e Tratamento do Sistema Neuro-Músculo-Esquelético. Um guia para terapeutas*. Oxford, Reino Unido: Elsevier;
- Porter, S. (2003). *Tidy's Physiotherapy* (13ª edição). Reino Unido: Elsevier Science
- Serpa, R., & Cruz, E. B. (2005). Padrões de Dor Lombar: Categorização dos Sinais, Sintomas e Restrições da Capacidade em Utentes com Dor Lombar. *EssFisiOnline* , 1(2): 15 – 25;
- Serra, L. M. (2001). *Crítérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia*. Lousã, Portugal: LIDEL;