O MÉTODO OLIVEIRA DE RECUPERAÇÃO FUNCIONAL TOTAL (MORFT®) E SEUS RESULTADOS NA RECUPERAÇÃO DE PACIENTES DE HÉRNIA DISCAL LOMBAR

CARLOS ANDRÉ OLIVEIRA *
Instituto MORFT®, Las Palmas de Gran Canaria - Las Palmas, Espanha
oliveiracentro@yahoo.es
*Licenciado em Educação Física (IPA/RS - Brasil), Especialista em Medicina Desportiva e Saúde Escolar (Facultad de Medicina, PUC/RS - Brasil), Doutorando em Traumatologia e Medicina Desportiva (UPLGC - España), Criador do Método MORFT®, Diretor do Instituto MORFT®, Espanha.

RESUMO

O Método Oliveira de Recuperação Funcional Total (MORFT®) aplica exercícios físicos preventivos, compensatórios e corretivos próprios do método, que colabora, há 28 anos, com a saúde pública, através da recuperação de uma parcela importante da população que hoje em dia se vê afetada pela dor lombar, uma das maiores causas de absentismo mundial e baixa laboral, que provoca grandes prejuízos para o indivíduo e seu país. O objetivo do presente estudo foi observar a influência dos resultados dos exercícios do MORFT® e seu tempo estabelecido de alongamento na recuperação de pacientes de hérnia discal lombar. Esta investigação se realizou durante 20, 30 e 40 sessões, com uma amostra de 44 pacientes diagnosticados através de ressonância magnética e sintomatología dolorosa. Como material se utilizou o Morftaco® (dispositivo desenvolvido e patenteado para a prática do MORFT®), macas, cadeiras, cronômetros e colchonetes. Para quantificar os resultados de recuperação da capacidade funcional se utilizou a Escala Numérica de Dor (END). Finalmente, se constatou que 95,45% da amostra finalizou totalmente assintomática e 4,55% com sintomatología inferior a pontuação de 1 sobre 10 pela END. Se observou a efetividade do MORFT® e sua colaboração como ferramenta eficaz no tratamento conservador no processo de recuperação de pacientes de hérnia discal lombar.

INTRODUÇÃO

A dor lombar é considerada uma afectação extremadamente comum no contexto sanitário, sendo uma das maiores causas de ausência no trabalho e afastamento temporário ou definitivo das atividades profissionais pela incapacidade funcional, independentemente do nível social ou econômico da população, causando perdas importantes para o Estado de forma a ser considerada um problema de saúde pública mundial (GUISADO, 2006b; LONG et al., 1996). Se comprovou que a hérnia discal lombar (HDL) apresenta alta prevalência e que é a causa mais frequente de dor lombar e radicular. A etiologia desta algia é multifatorial, podendo resultar de causas mecânicas, fatores degenerativos ou ainda pelas disfunções psicossomáticas (RULL, 2001), sendo que uma das alterações associadas as lombalgias é o desequilibrio muscular (SANTOS et al., 2012).

São vários os autores que tratam de explicar o mecanismo da dor produzido por uma HDL (MARTÍNEZ-QUIÑONES et al., 2010), sendo que alguns indicam que o desaparecimento dos sintomas tem relação direta com a regressão da hérnia (FANDIÑO, 2000). Estão descritos distintos eventos como ressorção, dissecação e fagocitose do disco, onde pacientes com HDL demonstraram regressão discal comprovada em exames sucessivos de ressonância magnética (RM), apresentando melhoria clínica em sua maioria. Os mecanismos que conduzem aos câmbios morfológicos discais que levam à desaparição da HDL e a melhora clínica, todavia não foram totalmente explicados (GHISI, J. et al, 2006).

Na busca de contribuir para possíveis soluções para o problema, surgem várias propostas de tratamento conservador (NEGRELLI, 2001) e é por esta linha que apresentamos este estudo e seus resultados realizados através do Método Oliveira de Recuperação Funcional Total (MORFT®), que nasce no Brasil há 28 anos e é posto a prova em mais de 14 países, recolhendo resultados até o presente momento de milhares de casos atendidos em sessões de recuperação funcional. O MORFT® se estabelece na busca do equilíbrio perdido entre elasticidade, flexibilidade, resistência e força. Estuda as causas contidas nos efeitos, para solucionar os problemas do desequilibrio biomecânico e bioquímico do disco intervertebral. O MORFT® se baseia em exercícios preventivos, compensatórios e corretivos, sendo um processo ativo de recuperação onde seu protocolo de aplicação se divide em duas fases: a primera chamada de descompressão feita só com alongamentos e a segunda, incorporada à primeira, chamada fase de potenciação, feita com exercícios de fortalecimento muscular. O objetivo do presente estudo foi observar a influência e os resultados dos exercícios do MORFT® na recuperação de pacientes de HDL frente a sintomatología dolorosa aplicando exercícios de alongamento nos grupos gastrocnêmios, glúteos, isquiotibiais e lombares, correspondentes a primeira fase do protocolo de recuperação das sessões do MORFT®. A segunda fase, a de potenciação, está preconizada para aqueles que depois de chegar ao estado de analgesia máxima, começam a fortalecer grupos musculares para dar maior suporte à coluna como um todo e em especial à zona afetada, para a manutenção dos resultados alcançados e a prevenção de futuras recidivas (FRANÇA, 2008; ESCAMILLA et al., 2010; GUISADO, 2006a), enfoque que não entra na investigação atual, mas que poderá ser objeto de novas e futuras investigações.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo se realizou através de uma estatística descritiva para a análise da amostra a partir das variáveis estudadas, refletindo os resultados em forma de porcentuais. A informação foi obtida desde agosto de 2011 até outubro de 2013, por meio de fichas, revisadas retrospectivamente, de 44 pacientes que realizaram o MORFT®, durante um período compreendido entre um mínimo de 20 e um máximo de 40 sessões feitas no Instituto MORFT®, na cidade de Las Palmas de Gran Canaria, Espanha. Os critérios de inclusão foram: pacientes de HDL diagnosticados pela RM nas zonas topográficas L2-L3, L3-L4, L4-L5 e/ou L5-S1, acompanhados de informe radiológico, com sintomatologia dolorosa valorada pela Escala Numérica de Dor (END), que assinaram o consentimento para o estudo, que não se submeteram a nenhuma outra terapia ou método de recuperação da coluna durante o período de estudo, seja conservador ou não. Não foram incluídos pacientes com distúrbios psíquicos, operados de coluna, com estenose de canal, espondilolistese ou outras patologias do ráquis lombar, tampouco pacientes que estivessem sob tratamento de analgésicos, antiinflamatórios ou relaxantes musculares durante o estudo ou que realizaram sessões de ozonoterapia intra-discal.

Como material se utilizou: macas, cadeiras, cronômetros, colchonetes e o Morftaco®, dispositivo desenvolvido e patentado para a prática do MORFT®, que figura na classificação de Niza na lista de produtos ou serviços classificados em conformidade com ela, sob o epígrafe 10 (aparelho de recuperação funcional e/ou reabilitação) e epígrafe 28 (artigo para ginástica, esporte e atividades físicas compensatórias e corretivas). Para quantificar os resultados de recuperação da capacidade funcional e valoração da sintomatologia dolorosa se utilizou a END, impressa em papel em modo de régua milimetrada dividida em 10 partes, pontuadas de 0 a 10 e subdivididas em decimais para melhor precisar a evolução do nível de dor do paciente, onde em uma extremidade se encontra escrito “ausência de dor” representado pela pontuação 0 e, na outra extremidade, “dor insuportável”, representado pela pontuação 10. Se optou por esta escala por ser de fácil entendimento, rápida aplicação e proporcionar uma informação

numérica sobre a intensidade de dor da zona afetada dentro da auto-valoração do próprio paciente, podendo ser mostrados seus resultados estatísticamente.

PROCEDIMENTO

A investigação foi efetuada submetendo os sujeitos com base no protocolo de aplicação do MORFT® durante seu período de tratamento. Inicialmente, cada sujeito foi entrevistado para recolhida de dados através de anamnese, onde informou sobre suas zonas de dor. Posteriormente, depois de caminhar durante 5 minutos, o paciente indicou seu nível de dor em cada zona, situando-a numéricamente, dentro da END. As valorações de dor foram registradas no princípio e final de cada sessão, em cada ponto de dor previamente estabelecido, depois da execução dos exercícios, recolhendo os resultados das sessões 1, 10, 20, 30 e 40.

O estudo foi realizado durante um mínimo de 20 e um máximo de 40 sessões, uma vez que alguns pacientes estavam totalmente assintomáticos já na sessão 20 ou 30, o que fazia desnecessário seguir até a sessão 40. As sessões tinham duração de 1 hora e 30 minutos, realizadas 5 dias consecutivos pela semana, durante um mínimo de 4 e um máximo 8 semanas.

Os exercícios utilizados fazem parte do protocolo de atuação do método MORFT®, onde depois de uma prática de 28 anos observando os resultados alcançados com diferentes tempos de alongamentos para a recuperação de pacientes de HDL, se optou pela aplicação de tempos de 2 e 3 minutos para os alongamentos, sempre com intervalo entre um exercício e outro de 2 minutos caminhando, exceto para os lombares, onde o intervalo é de 1 minuto em decúbito dorsal. Se procedeu com os alongamentos estáticos e ativos dos músculos gastrocnêmios, isquiotibiais, glúteos e lombares.

Para alongamento de gastrocnêmios se utilizou o Morftaco® onde o paciente se posiciona com um pé sobre uma lateral do Morftaco®, tendo o calcanhar fixo no solo, e a ponta do pé na base alta transversal do dispositivo, mantendo a extensão total do joelho desta perna, enquanto o outro pé está apoiado na frente, na outra extremidade, com o calcanhar sobre a base alta transversal e a ponta do pé no solo, com o joelho desta perna na flexão máxima que a postura permita. Quando o pé direito está posicionado atrás do Morftaco® a mão do pé que está atrás deverá estar apoiada na parede e o antebraço contrário deverá estar apoiado também na parede, tendo a testa descansando sobre o antebraço. Depois do intervalo, se repetiu o mesmo procedimiento com ou tempo de 3 minutos.

Para os isquiotibiais, utilizamos uma cadeira de 45 cm de altura onde o paciente, com um pé apoiado no solo e o outro com o calcanhar apoiado sobre uma cadeira, mantendo este pé em dorsoflexão, executa uma leve flexão de tronco para frente, com os dois joelhos na extensão máxima possível e a mão contrária ao pé que está sobre a cadeira apoiada em uma barra. Depois do intervalo, se repete com a outra perna sobre a cadeira. Como variação do exercício, se executa o mesmo durante 3 minutos, mas agora com rotação externa da perna que está sobre a cadeira.

Para o alongamento dos glúteos, se posicionou o paciente sentado na cadeira, com as costas apoiadas no encosto e uma perna cruzada sobre a outra, apoiando o calcanhar sobre a coxa, perto do joelho. O paciente abraça o joelho cruzado puxando na direção do ombro contrário, depois do intervalo, repete com a outra perna. Depois se aplica uma variação com o paciente sentado no solo, sobre um colchonete, com um joelho flexionado e o outro cruzado sobre o que está no solo, durante 3 minutos para cada glúteo.

Para os lombares, o paciente se posicionou em uma maca, em decúbito dorsal, com a cabeceira elevada entre 20º e 25º com um joelho flexionado entre 90º e 100º, abraçando a outra em direção do mesmo ombro. Descança 1 minuto sem levantar-se da maca, e logo executa o mesmo com a outra perna. Depois, abraça cruzando o joelho e puxando-o na direção do esterno. Repete o mesmo com a outra perna e, ao terminar o exercício, o paciente levanta da maca e caminha 2 minutos para a valoração final da sessão.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o processamento dos dados se utilizou o programa Microsoft Excel Office 2011, que possibilitou que fosse elaborada uma estatística descritiva para a análise da amostra a partir das variáveis estudadas, refletindo-se em resultados na forma de porcentuais.

RESULTADOS

A zona topográfica da lesão dos 44 pacientes se distribuía em: 50% dos casos com HDL em L5-S1, 37,50% em L4-L5, 10,42% em L3-L4 e 2,08% em L2-L3; 23 sujeitos (52,27%) eram do sexo masculino, com idades compreendidas entre 31 e 74 anos (média de 47,78) e 21 (47,73%) do sexo feminino, com idades entre 25 e 72 anos (média de 42,95 anos).

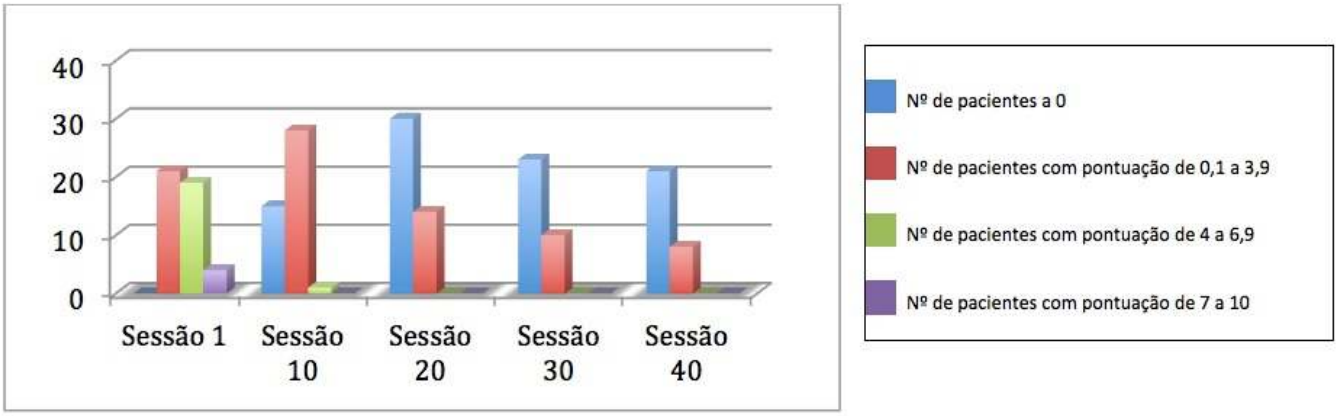
Para a análise dos dados se subdividiu a END em 3 intervalos: de 0,1 a 3,9; de 4 a 6,9 e de 7 a 10. Para a obtenção dos resultados se enfrentaram as variáveis "Nº de pacientes a 0"; "Nº de pacientes de 0,1 a 3,9"; "Nº de pacientes de 4 a 6,9" e "Nº de pacientes de 7 a 10" com a variável "Nº de sessão". A variável "Nº de pacientes a 0" fornece o nº de pacientes que alcança o estado de analgesia total e que se mantêm totalmente asintomáticos até sua última sessão.

A tabela 1 apresenta a evolução da sintomatologia dolorosa (em porcentuais) dos pacientes ao começar cada sessão de tratamento com o MORFT®. A 1ª Sessão corresponde ao estado em que chegou o paciente ao começo do tratamento, podendo-se observar com à medida que se desenvolvem as sessões diminuem os porcentuais dos intervalos de dor, sendo que na Sessão Nº 20, ou 68,18% (30 dos 44 pacientes) estão totalmente assintomáticos desde o começo desta sessão, e um 31,82% (14 pacientes) entre (0,1 e 3,9 de dor), não havendo pacientes com dor superior a estes valores a partir da Sessão Nº 20. Resultados que se podem apreciar de forma mais visual no Gráfico 1.

Tabela 1- Porcentagem de melhora da sintomatologia dolorosa ao princípio da sessão.

	Total pacientes por sessão	Nº de pacientes a 0		Nº de pacientes com pontuação de 0,1 a 3,9		Nº de pacientes com pontuação de 4 a 6,9		Nº de pacientes com pontuação de 7 a 10	
Sessão 1	44	0	0 %	21	47,73%	19	43,18%	4	9,09%
Sessão 10	44	15	34,09%	28	63,64%	1	2,27%	0	0 %
Sessão 20	44	30	68,18%	14	31,82%	0	0 %	0	0 %
Sessão 30	33	23	69,70%	10	30,30%	0	0 %	0	0 %
Sessão 40	29	21	72,41%	8	27,59%	0	0 %	0	0 %

Gráfico 1. Evolução da sintomatologia dolorosa ao princípio da sessão.

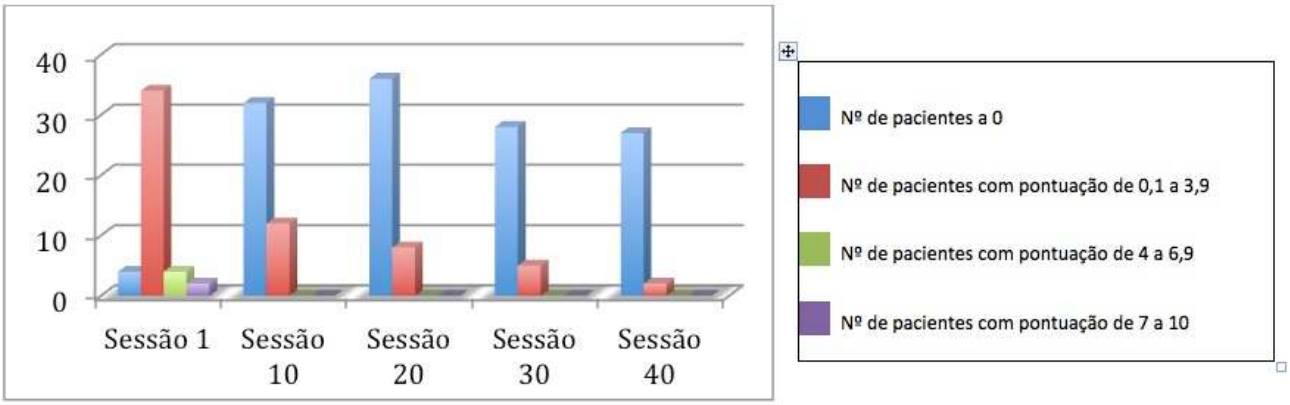


A tabela 2 mostra a evolução da sintomatologia dolorosa (em porcentagens) dos pacientes ao finalizar cada sessão. Em comparação com o estado inicial se aprecia um aumento do número de pacientes a zero, ou seja, do número de pacientes que finalizam totalmente assintomáticos. Também se observa uma diminuição da sintomatologia dolorosa no resto dos intervalos. Sendo que ao finalizar a Sessão Nº 20, onde ainda se encuentra toda a amostra (44 pacientes), 81,82% (36 pacientes) alcançam no final desta sessão o estado de analgesia total e 18,18% (8 pacientes) se reduzem ao intervalo de dor de (0,1 a 3,9), não havendo pacientes com dor superior a estes valores desde a Sessão nº 10 até a nº 40. Resultados que se podem apreciar de forma mais visual no Gráfico 2.

Tabela 2 - Porcentagem de melhora da sintomatologia dolorosa ao finalizar a sessão.

	Total pacientes por sessão	Nº de pacientes a 0		Nº de pacientes com pontuação de 0,1 a 3,9		Nº de pacientes com pontuação de 4 a 6,9		Nº de pacientes com pontuação de 7 a 10	
Sessão 1	**44**	4	9,09 %	34	77,27%	4	9,09%	2	4,55%
Sessão 10	**44**	32	72,73%	12	27,27%	0	0 %	0	0 %
Sessão 20	**44**	36	81,82%	8	18,18%	0	0 %	0	0 %
Sessão 30	**33**	28	84,85%	5	15,15%	0	0 %	0	0 %
Sessão 40	**29**	27	93,10%	2	6,90%	0	0 %	0	0 %

Gráfico 2. Evolução da sintomatologia dolorosa ao finalizar a sessão.



Em vista dos resultados, se observa a eficácia do MORFT® no tratamento da HDL para a totalidade da amostra (44 pacientes), sendo que 95,45% (42 pacientes) finalizaram totalmente assintomáticos e, 4,55%, com pontuação média inferior a 1 sobre 10.

DISCUSSÃO

Observamos uma importante diminuição e eliminação da sintomatologia dolorosa do grupo estudado em um breve período de tempo onde todos os pacientes responderam positivamente ao programa de alongamentos do MORFT®, recuperando sua capacidade funcional, o que lhes permitiu retornar às suas atividades sócio-laborais em um período máximo de 40 sessões. Da amostra investigada de 44 sujeitos, 42 deles (95,45%) finalizaram o estudo com sintomatologia zero pela END e 2 (4,55%), finalizaram a menos de 1 sobre 10, sendo que 36 sujeitos (81,82%) da amostra total terminaram a zero já na sessão número 20. Destacamos que as duas colunas fundamentais dos resultados obtidos na aplicação do MORFT®, comprovadas em uma práxis de 28 anos de aplicação do método, foram o tempo de 2 e 3 minutos que os pacientes se mantinham em cada postura de alongamento e a cadeia muscular sobre a qual se aplicou estes alongamentos.

A escassez de publicações científicas onde se analise o fator tempo de alongamento de 2 minutos ou mais de permanência em cada postura e seus efeitos aplicados sobre distintos grupos musculares na recuperação funcional da HDL, sugerem novas vias de investigação que aprofundem mais nessa temática.

Em geral, dentro do âmbito da recuperação das dores lombares, está contra-indicado o repouso absoluto, pois prolonga o estado de lombalgia e a incapacidade laboral. Por isso, vários autores recomendam manter o maior grau de atividade física que a dor permita, e si fosse necessário o repouso em cama, este deve durar no máximo 2 a 4 dias, já que se estima que cada dia de repouso em cama implica uma perda de 2% da potência muscular (GUISADO, 2006b; LÓPEZ-SASTRE; CANDAU, 1999; PATEL; OGLE, 2000). O exercício físico com caráter terapêutico desempenha um papel importante na nutrição discal (CASAJUANA, 2011) e na manutenção da condição física do paciente, o que sugere que os tratamentos conservadores ativos, baseados em exercicios físicos dirigidos, sejam mais vantajosos ao paciente de HDL que os procedimentos conservadores passivos, como a crioterapia, termoterapia, mecanoterapia, eletroterapia ou massagem, entre outros (LÓPEZ-SASTRE; CANDAU, 1999), o que poderia ser objeto de novas investigações.

Na busca de melhores resultados de recuperação e prevenção das lesões discais temos que compreender os mecanismos que podem ser desencadeantes desta lesão e da sua consequente dor. Estudos onde se analisa comparativamente as causas de uma lesão discal (FERRECUTTI et al., 2004), demostraram que as forças de alta magnitude produziam lesões sobre as vértebras e as forças repetitivas de baixa magnitude, provocavam fadiga do material discal, alterando também o equilibrio bioquímico do disco.

Alguns autores citam fatores bioquímicos como sendo os que influem na patogênese da dor lombar como os causadoras dos processos inflamatórios geradores de irritabilidade e sensibilização das raízes nervosas implicadas no distúrbio intervertebral. Este mecanismo de dor pode considerar-se químico ou imunológico (FANDIÑO, 2000; RULL et al., 2001), mas, com este estudo, observamos durante o processo de reequilibrio biomecânico e postural do paciente, que sua sintomatologia dolorosa obedecia uma diminuição imediata, diretamente proporcional ao exercício feito durante 2 ou 3 minutos, a uma velocidade que contraria as possibilidades de uma absorção dos elementos bioquímicos citados por outros autores como sendo os possíveis responsáveis do quadro clínico doloroso, ficando no ar a pergunta para ser respondida em futuras investigações de, qual é a causa da dor de uma HDL.

CONCLUSÃO

Com este estudo observamos a eficácia do MORFT® como um método relevante no tratamento conservador e seu alto índice de resultados dentro do processo de combate à dor e consequente recuperação funcional de pacientes de HDL, apresentando diminuição total da sintomatologia dolorosa e estabilização do estado assintomático em 95,45% da amostra estudada.

Palavras-Chaves: Hérnia discal lombar. Alongamento. MORFT.

REFERÊNCIAS

CASAJUANA, E.; AYATS, E.; OLIVER, B. Degeneración del disco intervertebral lumbar: anatomía, fisiología y patofisiología. **Dolor: Investigación, Clínica & Terapéutica,** v. 26, n. 2, p. 69-75, 2011.

ESCAMILLA, R. et al. Core muscle activation during Swiss ball and traditional abdominal exercises. **Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy**, v. 40, n. 5, p. 265-276, 2010.

FANDIÑO, J. Desaparición espontánea de la hernia discal. **Neurocirugía**, v. 11, n. 6, p. 419-424, 2000.

FERRACUTTI, R.; CZERNIECKI, A.; PALOTO, J.; MOLINARI, N. Análisis de las Causas de Hernia de Disco Intervertebral. **Inf. Tecnol.**, v. 15, n. 1, p. 43-48, 2004.

FRANÇA, F.J. et al. Estabilização segmentar da coluna lombar nas lombalgias: uma revisão bibliográfica e um programa de exercícios. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 200-206, 2008.

GHISI, J. et al. ¿Existe la regresión espontánea de la hernia discal? Ensayo iconográfico por resonancia magnética. **Revista Radiología Argentina**, v. 70, n. 3, 2006.

LONG, D. et al. Persistent back pain sciatica in the United State: patient characteristic. **J. Spinal Disord**, v. 9, p. 40-58, 1996.

LÓPEZ-SASTRE, A.; CANDAU, E. Hernia discal lumbar. Tratamiento conservador. **Revista Española de Cirugía Osteoarticular**, v. 34, n. 200, p. 225-231,1999.

MARTÍNEZ-QUIÑONES, J. et al. Regresión espontánea de hernias discales intervertebrales. A propósito de una serie de 37 casos. **Neurocirugía**, v. 21, n. 2, p. 108-117, 2010.

NEGRELLI, W. F. Hérnia discal: procedimentos de tratamento. **Acta Ortop. Bras.,** v. 9, n. 4, p. 39-45, 2001.

PATEL, A. ; OGLE, A. A. Diagnosis and management of acute low back pain. **Am. Fam. Phys**. v. 61, n. 6, p. 1779-1786, 2000.

GUISADO, J. P. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. **Rev. Cubana de Ortop. Traumatol.,** v. 20, n. 2, 2006.

GUISADO, J. P. Lumbalgia y ejercicio físico. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte,** vol. 6, n. 24, p. 230-247, 2006.

RULL, M.; MIRALLES, R. ; AÑEZ, C. Physiopathology of radicular pain. **Rev. Soc. Esp. Dolor**, v. 8, supl. II , p. 22-34, 2001.

SANTOS, A. M. dos et al. Fortalecimento dos músculos estabilizadores da coluna lumbar no tratamento da lumbalgia. **FIEP Bulletin**. v. 82, n. 2 (Ed. Especial), 2012. Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2287/4372>. Acesso em: 7 de outubro de 2013.

Carlos André Oliveira
Endereço : Calle León y Castillo, 304, local 7 – CP 35005
Las Palmas de Gran Canaria – Las Palmas, España
Instituto MORFT®
Telefone: (+34) 928 297 647
Celular: (+34) 639 319 854
E-mail: oliveiracentro@yahoo.es