Biblioteca Dorsale

Volume 01

Hérnia de Disco

Regeneração • Imagem • Tratamento • Movimento

2026

Biblioteca Dorsale
Ciência da Coluna

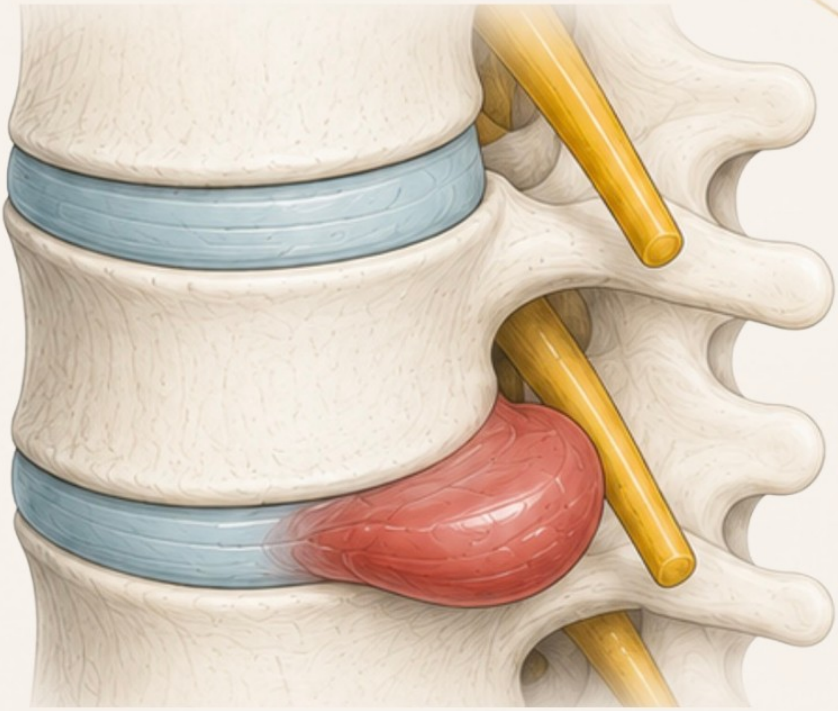
AMOSTRA GRATUITA

Volume 01

Hérnia de Disco

Regeneração • Imagem • Tratamento • Movimento

Um guia completo, baseado em ciência, sobre o disco, o nervo, a leitura dos exames, os nutrientes e o movimento que sustentam a recuperação.



Compreender para cuidar

Tratar para recuperar

Nutrir para fortalecer

Movimentar para prevenir

João Márcio De Grande

Fisioterapeuta • CREFITO-3: 128832-F

Responsável Técnico – Dorsale, Bela Vista, São Paulo

São Paulo, 2026

BIBLIOTECA DORSALE · VOLUME 01 · AMOSTRA GRATUITA

Hérnia de Disco

Todos os dias, milhares de pessoas recebem o mesmo diagnóstico: hérnia de disco. Para muitas, essas duas palavras chegam carregadas de medo — medo da dor, medo de nunca mais se mover como antes, medo de que a cirurgia seja o único caminho possível.

A verdade, sustentada por décadas de evidência científica, é bem diferente do que o senso comum costuma dizer. O corpo humano possui uma capacidade notável de cicatrizar, se reorganizar e se recuperar — quando recebe as condições certas para isso. É justamente esse conhecimento que este material coloca em suas mãos.

Sobre esta amostra gratuita

Esta é uma amostra do Volume 01 da Biblioteca Dorsale — Hérnia de Disco: Regeneração, Imagem, Tratamento e Movimento.

Esta amostra reúne quatro capítulos completos do Volume 01, além de um Guia Rápido para as primeiras 48 horas de uma crise. Foram escolhidos por um critério simples: estão entre os conteúdos que mais ajudam alguém que acabou de receber o diagnóstico, ou que está no meio de uma crise, a entender o que está acontecendo e a reduzir o medo em relação ao próprio corpo.

O conteúdo não foi resumido nem simplificado — são os textos originais do volume completo. O que ficou de fora está apresentado, com transparência, ao final deste material.

"O conhecimento não deve ficar escondido ou sob o poder de poucos. Cada pessoa tem o direito de compreender o que acontece com seu corpo e participar ativamente de sua recuperação."

AVISO IMPORTANTE — CONTEÚDO ESTRITAMENTE INFORMATIVO

As informações apresentadas neste material descrevem mecanismos e associações discutidos na literatura científica, com finalidade exclusivamente educativa. Elas não constituem prescrição médica, fisioterapêutica ou nutricional, nem substituem avaliação individualizada.

Nenhum medicamento deve ser iniciado, alterado ou suspenso, e nenhum plano de exercícios ou alimentar deve ser adotado, sem orientação de profissional legalmente habilitado. Este material observa os deveres de exatidão e dignidade na divulgação profissional previstos no Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia, com a redação dada pela Resolução COFFITO nº 532/2021.

O que você vai encontrar nesta amostra

O volume completo tem 31 capítulos, distribuídos em nove partes, e 58 páginas. Esta amostra reúne, na íntegra, os conteúdos abaixo.

Guia Rápido	**Crise aguda — as primeiras 48 horas** *sinais de alerta, o que ajuda, o que evitar*
Capítulo 1	**Anatomia do disco intervertebral e da raiz nervosa** *como a estrutura funciona*
Capítulo 2	**O que acontece na hérnia de disco** *abaulamento, protrusão, extrusão e sequestro*
Capítulo 3	**A cicatrização natural: reabsorção espontânea** *o que a ciência mostra sobre a recuperação sem cirurgia*
Capítulo 6	**Ressonância magnética e correlação clínico-radiológica** *por que o laudo não é o diagnóstico*
Extras	**Perguntas frequentes selecionadas e os 10 Princípios da Recuperação**

Guia Rápido: crise aguda — as primeiras 48 horas

Esta seção foi pensada para consulta rápida no momento em que a dor está mais intensa. Ela resume, de forma direta, o que a evidência sugere fazer e evitar nas primeiras horas de uma crise.

PROCURE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA AGORA SE NOTAR:

- Perda do controle da bexiga ou do intestino, ou dificuldade para iniciar a micção;
- Perda de sensibilidade na região da "sela" — períneo, genitais ou face interna das coxas;
- Fraqueza que piora progressivamente em uma ou nas duas pernas, especialmente se avança em horas;
- Febre associada à dor nas costas, sobretudo após procedimento recente na coluna;
- Dor súbita e intensa após queda ou acidente significativo.

Esses sinais podem indicar síndrome da cauda equina ou outra condição que exige avaliação em pronto-socorro sem demora. A conduta nesses casos não é aguardar dias para ver se melhora.

O que costuma ajudar nas primeiras 48 horas

- **Evite o repouso absoluto prolongado:** ficar na cama por mais de um a dois dias tende a atrasar a recuperação e enfraquecer a musculatura de sustentação da coluna;
- **Mantenha-se em movimento leve e tolerável** — caminhar por curtos períodos dentro de casa, trocando de posição com frequência;
- **Experimente posições de conforto.** Nenhuma vale para todo mundo: o critério é sempre a resposta individual. Se uma posição aumentar a dor, abandone-a e tente outra. Entre as mais relatadas: deitar-se de lado com quadris e joelhos flexionados e um travesseiro entre os joelhos; deitar-se de costas com as pernas apoiadas sobre almofadas; deitar-se de bruços com a barriga apoiada sobre travesseiros, por alguns minutos;
- **Calor ou frio local por 15 minutos,** conforme a preferência pessoal, podem ajudar a reduzir o desconforto muscular associado — a evidência sobre o efeito é modesta, mas a prática é segura quando bem orientada;
- **Evite posições que aumentem a pressão dentro do disco por tempo prolongado,** como sentar-se por muitas horas seguidas ou curvar o tronco combinando flexão com rotação;
- **Evite elevar a perna para alongar a musculatura posterior da coxa** — isso deixa o nervo ciático mais irritado e pode aumentar a dor depois.

O que evitar

- Repouso no leito além de um a dois dias;
- Automedicação prolongada, doses acima do orientado ou combinações de medicamentos sem orientação profissional;
- Retomar atividades de alto impacto, levantamento de peso ou exercícios intensos antes de a fase mais aguda da dor ceder.

Quando marcar uma avaliação (não é emergência, mas não convém esperar)

Se a dor não melhorar de forma perceptível em uma a duas semanas, se houver dor irradiada persistente para a perna, ou se as atividades do dia a dia continuarem significativamente limitadas, vale agendar avaliação com um fisioterapeuta especializado em coluna ou com o médico assistente. Uma avaliação pode ajudar a identificar fatores modificáveis e orientar uma recuperação segura.

A Dorsale avalia condições da coluna com um paciente por horário, na Bela Vista, em São Paulo. Para conversar sobre o seu caso: **(11) 99840-8628**.

PARTE I

A Biologia da Hérnia de Disco e sua Cicatrização Natural

A boa notícia, sustentada por décadas de pesquisa científica, é que a hérnia de disco não é uma sentença definitiva. Na maioria dos casos, o organismo tende a reduzir espontaneamente o volume do fragmento herniado e a reorganizar as estruturas ao redor, com melhora progressiva dos sintomas. Vale a ressalva de que a capacidade intrínseca de reparo do disco é limitada: a recuperação clínica costuma depender mais da resolução do processo inflamatório e do retorno funcional do que da restauração da anatomia original.

1. Anatomia do disco intervertebral e da raiz nervosa

O disco intervertebral é uma estrutura fibrocartilaginosa localizada entre os corpos vertebrais, responsável por absorver impacto, distribuir cargas e permitir a mobilidade da coluna. Ele é formado por três componentes principais:

- **Núcleo pulposo:** gel central rico em água e proteoglicanos, responsável por distribuir a pressão de forma uniforme;
- **Ânulo fibroso:** camadas concêntricas de fibras de colágeno que envolvem o núcleo e conferem resistência à tração;
- **Placas terminais (endplates):** camadas cartilaginosas finas que conectam o disco aos corpos vertebrais e são a principal via de nutrição do disco, já que este não possui vasos sanguíneos próprios em condições normais.

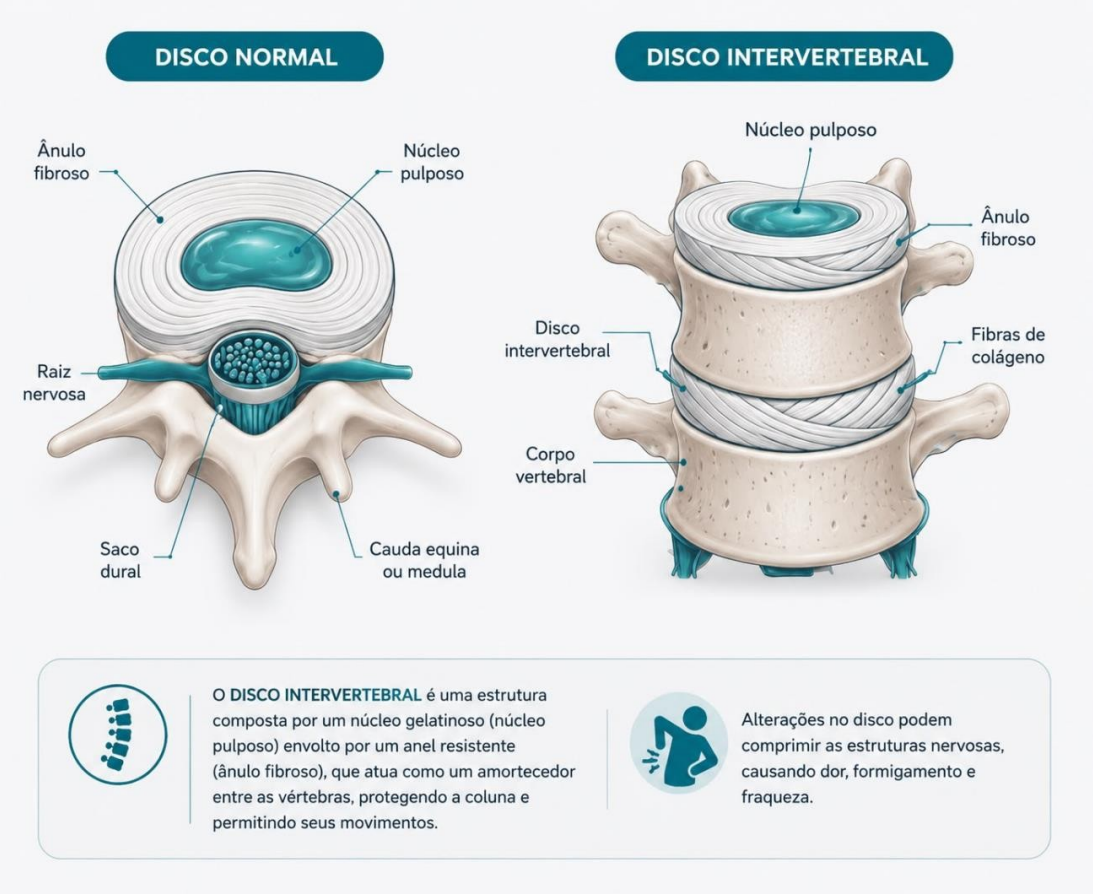


Figura 1 — Anatomia do disco intervertebral e da raiz nervosa adjacente.

Por trás (posteriormente) e ao lado do disco emergem as raízes nervosas que formam os nervos espinhais — estruturas responsáveis por levar sensibilidade e comando motor aos membros. Quando um fragmento de disco se desloca em direção póstero-lateral, ele pode encostar ou comprimir essa raiz, gerando os sintomas típicos da hérnia com radiculopatia: dor irradiada, formigamento, perda de força ou de sensibilidade no trajeto do nervo — por exemplo, o ciático.

2. O que acontece na hérnia de disco

A hérnia de disco ocorre quando o núcleo pulposo se desloca através de uma fissura no ânulo fibroso. De acordo com o grau de deslocamento, ela é classificada em:

- **Abaulamento:** estufamento de um disco além do seu espaço normal, sem que haja ruptura de suas fibras externas;
- **Protrusão:** o núcleo desloca o ânulo, mas a camada mais externa permanece íntegra;
- **Extrusão:** o material do núcleo rompe totalmente o ânulo e extravasa para o canal vertebral, mas ainda em continuidade com o disco de origem;
- **Sequestro:** o fragmento se solta por completo do disco de origem, tornando-se um fragmento livre no canal.



Figura 2 — Evolução da hérnia de disco: abaulamento, protrusão, extrusão e sequestro.

A dor da hérnia de disco não vem apenas da compressão mecânica sobre o nervo. Uma parte importante dela é de origem inflamatória: o material do núcleo pulposo, ao entrar em contato com o espaço epidural, é reconhecido pelo sistema imunológico como um estímulo inflamatório, desencadeando a liberação de citocinas e outros mediadores químicos que sensibilizam a raiz nervosa.

Esse componente inflamatório explica por que a dor pode ser intensa mesmo em hérnias relativamente pequenas — e por que estratégias que modulam a inflamação (movimento adequado, medicações quando prescritas pelo médico e certos nutrientes) têm papel relevante na recuperação.

A inflamação não é sua inimiga. Quando controlada, ela faz parte da cura.

3. A cicatrização natural: a reabsorção espontânea da hérnia

Um dos achados mais importantes — e menos conhecidos pelo público leigo — da literatura científica sobre hérnia de disco é o fenômeno da reabsorção espontânea, também chamada de regressão espontânea. Estudos de imagem seriada, com ressonâncias magnéticas repetidas ao longo do tempo, mostram que boa parte das hérnias diminui de tamanho ou desaparece completamente sem qualquer cirurgia.

> **O que a evidência mostra**
>
> Uma revisão sistemática de referência (Chiu et al., 2015) avaliou 31 estudos e concluiu que o tempo médio de reabsorção de uma hérnia lombar é de cerca de 5,5 meses — sendo os fragmentos extrusos e sequestrados, paradoxalmente os de aparência mais grave na ressonância, os que apresentam maior probabilidade de regressão, justamente por provocarem uma resposta inflamatória e vascular mais intensa.
>
> Meta-análises subsequentes (Zhong et al., 2017) e revisões mais recentes confirmam que a reabsorção espontânea ocorre em mais de 60–70% dos pacientes, da adolescência à terceira idade.

Como o corpo faz isso?

O mecanismo biológico por trás da reabsorção envolve três processos principais, que ocorrem de forma sequencial e sobreposta:

- **Neovascularização:** novos vasos sanguíneos crescem em direção ao fragmento herniado, algo que normalmente não ocorre no disco saudável, que é avascular;
- **Infiltração de macrófagos:** células de defesa migram pelos novos vasos e reconhecem o material do núcleo pulposo como tecido a ser removido;
- **Fagocitose e degradação enzimática:** os macrófagos literalmente "digerem" o fragmento, auxiliados por enzimas (metaloproteinases) que degradam a matriz extracelular do material herniado, reduzindo seu volume progressivamente.

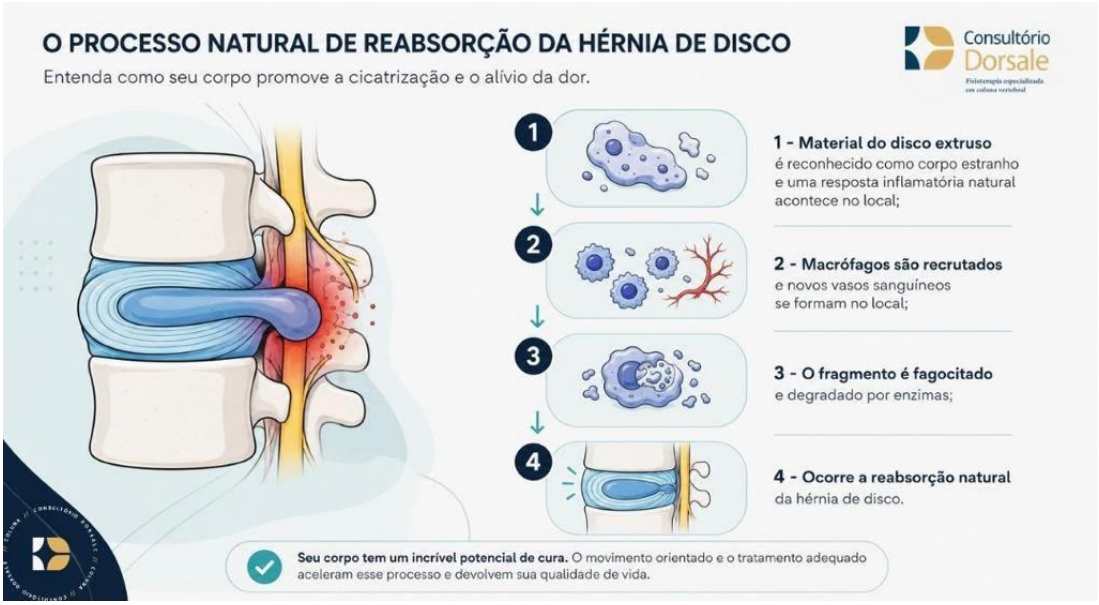


Figura 3 — Estágios da hérnia de disco e o processo natural de reabsorção mediado por macrófagos.

O que isso significa na prática

Fragmentos maiores e mais extrusos, que parecem mais assustadores na ressonância, costumam ter maior chance de reabsorção espontânea do que pequenas protrusões contidas — porque geram uma resposta inflamatória e vascular mais robusta. Isso reforça por que, na ausência de sinais de alarme, o tratamento conservador bem conduzido é a primeira escolha segundo diversas diretrizes internacionais.

Estudos clássicos e ensaios controlados de grande porte sustentam esse cenário. O estudo de Weber (1983) e, décadas depois, o SPORT Trial (Weinstein et al., 2006; 2008) demonstraram que, embora a cirurgia

proporcione alívio mais rápido nas primeiras semanas, os resultados de dor, função e satisfação entre pacientes operados e tratados conservadoramente tendem a se equalizar em médio e longo prazo.

Seu corpo sabe cicatrizar. Nosso papel é criar o ambiente para que isso aconteça.

6. Ressonância magnética e correlação clínico-radiológica

Poucos documentos exercem tanto efeito sobre o estado emocional de quem sente dor quanto um laudo de ressonância magnética. Palavras como degeneração, desidratação discal, protrusão e hérnia volumosa costumam ser lidas como uma sentença sobre o futuro da coluna. Este capítulo existe para colocar a imagem no seu devido lugar: uma ferramenta valiosa, que responde muito bem a algumas perguntas e simplesmente não responde a outras.

O que a ressonância mostra — e o que ela não mostra

A ressonância magnética representa a anatomia da coluna com alta resolução e sem radiação ionizante. Ela permite caracterizar o material deslocado, identificar o nível envolvido, descrever a relação entre esse material e a raiz nervosa ou o canal vertebral e, sobretudo, reconhecer causas específicas que exigem conduta própria — infecção, tumor, fratura, inflamação sistêmica.

O que ela não faz é igualmente importante. A ressonância não mostra dor: não existe uma sequência que a torne visível. Não mede incapacidade, nem quanto alguém consegue caminhar, trabalhar ou dormir. Não estabelece prognóstico isoladamente. E é uma fotografia estática de um processo que muda ao longo de meses — inclusive por reabsorção espontânea.

A ressonância mostra como a coluna se parece. Ela não mostra como a coluna dói, nem o que a pessoa consegue fazer.

Achados de imagem em pessoas que não sentem dor alguma

A pergunta decisiva não é “esse achado existe?”, e sim “esse achado é frequente também em quem não tem sintoma nenhum?”. A resposta está bem documentada.

> **Prevalência de achados em pessoas assintomáticas (Brinjikji et al., 2015a — 33 estudos, 3.110 indivíduos)**
>
> - Degeneração discal: 37% aos 20 anos e 96% aos 80 anos;
> - Abaulamento discal: 30% aos 20 anos e 84% aos 80 anos;
> - Protrusão discal: 29% aos 20 anos e 43% aos 80 anos;
> - Fissura anular: 19% aos 20 anos e 29% aos 80 anos.
>
> Na coluna cervical o padrão se repete. Em 1.211 voluntários assintomáticos avaliados por ressonância (Nakashima et al., 2015), 87,6% apresentavam abaulamento discal — a maioria já entre os participantes na casa dos 20 anos.

Boa parte do que um laudo descreve, portanto, acompanha o envelhecimento normal — do mesmo modo que cabelos brancos ou rugas acompanham o envelhecimento da pele, sem que ninguém os trate como doença.

O outro lado: isso não significa que a imagem seja irrelevante

Seria um erro simétrico concluir que a ressonância não informa nada. A mesma equipe de pesquisadores publicou, no mesmo ano, uma meta-análise comparando adultos com até 50 anos com e sem dor lombar (Brinjikji et al., 2015b). Abaulamento, degeneração, protrusão, extrusão, alterações de Modic tipo 1 e espondilólise mostraram-se mais prevalentes em quem tinha dor do que nos assintomáticos.

A leitura correta, portanto, não é que os achados “não querem dizer nada”. É que, tomados isoladamente, eles têm baixa especificidade: aparecem com frequência demais em pessoas saudáveis para que a presença de um achado, sozinha, explique um quadro clínico.

O erro não é fazer a ressonância. O erro é tratar o laudo como se ele fosse o diagnóstico.

Perguntas frequentes

Uma seleção. O volume completo traz dez perguntas frequentes, incluindo as que envolvem alimentação, suplementação, cinta lombar e caminhada.

Minha ressonância mostra hérnia de disco. Isso significa que vou precisar operar?

Não. A maioria dos casos evolui bem com tratamento conservador, e o tamanho do achado não determina, sozinho, a necessidade de cirurgia. A indicação cirúrgica considera o quadro clínico como um todo — evolução dos sintomas, déficit neurológico, resposta ao tratamento conservador e sinais de alerta —, e não apenas a imagem.

O laudo fala em "desidratação discal" e "degeneração". Minha coluna está se desgastando?

Esses são os achados mais comuns em exames de coluna, e aparecem em grande parte das pessoas que não sentem dor alguma: a degeneração discal está presente em cerca de 37% dos assintomáticos aos 20 anos e em torno de 96% aos 80. Trata-se, em boa medida, de uma característica do envelhecimento normal, e não de um diagnóstico que por si só explique a dor.

Preciso repetir a ressonância para saber se a hérnia foi reabsorvida?

Na maioria dos casos, não. Confirmar a reabsorção por imagem raramente muda a conduta, porque as decisões se baseiam na evolução clínica — dor, força, sensibilidade e capacidade funcional. A repetição costuma ser indicada diante de piora neurológica ou planejamento cirúrgico, a critério do médico assistente.

Tenho hérnia de disco. Posso caminhar?

Na maioria dos casos em tratamento conservador, recuperar progressivamente a capacidade de caminhar faz parte do retorno ao movimento. A quantidade depende da fase da recuperação e do comportamento dos sintomas. Piora neurológica — especialmente perda progressiva de força — exige avaliação.

Os 10 Princípios da Recuperação

Um resumo para consulta rápida — os pilares que sustentam, no dia a dia, tudo o que o Volume 01 apresenta.

1. Mantenha-se em movimento	O repouso prolongado atrasa a recuperação. Movimento e carga dosados recuperam função e confiança.
2. Durma bem	A maior parte da secreção de hormônio do crescimento ocorre no sono de ondas lentas, e a privação de sono tem sido associada a maior intensidade de dor.
3. Controle o peso	Cada quilo a menos reduz a sobrecarga mecânica sobre os discos da coluna.
4. Não fume	O tabagismo compromete a nutrição e a cicatrização do disco intervertebral.
5. Hidrate-se	O disco intervertebral depende de água para manter sua função de amortecimento.
6. Coma comida de verdade	Os nutrientes certos sustentam a regeneração nervosa e ajudam a controlar a inflamação.
7. Evite o medo do movimento	A cinesiofobia é, por si só, um fator que perpetua a dor crônica. A proteção deve dar lugar à capacidade e à autonomia.
8. Respeite a progressão	Cada fase da recuperação tem seu tempo biológico; pular etapas custa caro.
9. Seja consistente	Pequenos hábitos diários pesam mais no resultado do que grandes esforços isolados.
10. Procure profissionais qualificados	O acompanhamento individualizado faz toda a diferença na qualidade da recuperação.

CONTINUE A LEITURA

O que está no Volume 01 completo

Esta amostra respondeu a uma pergunta: o que está acontecendo na minha coluna. O volume completo responde à seguinte — o que eu faço a partir daqui. São 31 capítulos e 58 páginas, com 45 referências científicas indexadas.

PARTE I	**A biologia da hérnia, a cicatrização natural e a leitura da imagem** 6 capítulos — inclui regeneração neural, o papel do tratamento conservador bem conduzido e o vocabulário completo dos laudos
PARTE II	**Medicamentos, hormônios e o ambiente bioquímico da recuperação** Anti-inflamatórios, corticoides, neuromoduladores, cortisol — e os medicamentos de uso crônico que podem, silenciosamente, atrapalhar a regeneração nervosa
PARTE III	**Nutrição e micronutrientes na recuperação da coluna** B12, D3, magnésio, ômega-3, curcumina; por que a absorção da B12 falha; alimentos que ajudam e atrapalham; exemplo ilustrativo de cardápio brasileiro
PARTE IV	**Peso corporal, tabagismo e hidratação** Sobrecarga mecânica, o efeito do cigarro sobre o disco, água e eletrólitos, os mitos do sal e da bolsa de água morna
PARTE V	**Como a Dorsale atua nesse processo** O que se faz em cada fase da recuperação e o estilo de vida que a sustenta
PARTE VI	**Movimento, proteção e autonomia** Cinta lombar e colar cervical: quando ajudam e quando viram dependência; rolo lombar, travesseiro cervical e colchão — o que a evidência mostra; caminhada na recuperação e na prevenção
PARTE VII	**Pós-operatório** Expectativas realistas, as fases da recuperação, sinais de alerta e o papel da fisioterapia especializada
PARTE VIII	**Perguntas frequentes** 10 perguntas respondidas com base em evidência
PARTE IX	**Aprofundamento técnico para profissionais de saúde** Seção dedicada a médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e estudantes, com a evidência detalhada por tema

Três perguntas que o volume completo responde

- Quais medicamentos de uso comum — para colesterol, pressão, refluxo ou diabetes — podem interferir na regeneração do nervo, e o que fazer a respeito com o seu médico;
- Por que tomar vitamina B12 nem sempre significa absorver vitamina B12 — e quais fatores fazem a suplementação falhar;
- Que firmeza de colchão e que travesseiro a evidência apoia, o que é apenas propaganda e quando vale a pena trocar.

Você já entendeu por que uma hérnia pode doer, como o corpo pode reabsorvê-la e por que a ressonância não deve ser interpretada isoladamente. No Volume 01 completo, o próximo passo é transformar esse conhecimento em decisões mais seguras para a recuperação.

DOIS CAMINHOS A PARTIR DAQUI

Por onde continuar

Esta amostra pode terminar de duas maneiras — e as duas são legítimas. Uma delas é continuar estudando por conta própria, com o volume completo em mãos. A outra é levar o seu caso a uma avaliação individual. Elas não competem entre si: o material educa, a avaliação individualiza.

CAMINHO 1 · EM QUALQUER LUGAR DO BRASIL

Quero continuar a leitura

Acesse o Volume 01 completo — Hérnia de Disco

- Se você quer entender a fundo o que fazer a partir daqui: medicamentos, nutrição, hidratação, movimento e pós-operatório;
- Se é profissional ou estudante de saúde e quer a evidência organizada por tema;
- Se mora fora de São Paulo e quer um material que funcione sozinho.

Adquira pelo link: pay.hotmart.com/R107482807X

Dúvidas antes de comprar? Fale pelo WhatsApp (11) 99840-8628 ou pelo Instagram @dorsale.fisioterapia.

CAMINHO 2 · BELA VISTA, SÃO PAULO

Quero avaliar a minha coluna

- Se a dor persiste há mais de duas semanas ou limita o seu dia a dia;
- Se há dor irradiada, formigamento ou perda de força;
- Se você já tem um laudo em mãos e quer entender o que ele significa no seu caso.

Agende sua avaliação: (11) 99840-8628 — atendimento com um paciente por horário.

Conheça a clínica: dorsalefisioterapia.com.br

Contato

Dorsale — Fisioterapia Especializada em Coluna

Site: dorsalefisioterapia.com.br

WhatsApp: (11) 99840-8628

Instagram: @dorsale.fisioterapia

Volume 01 completo: pay.hotmart.com/R107482807X

Endereço: Rua Itapeva, 26 — conj. 1608 — Bela Vista, São Paulo/SP

AGENDE SUA AVALIAÇÃO

WhatsApp • (11) 99840-8628

ACOMPANHE CONTEÚDOS

Instagram • @dorsale.fisioterapia

Aponte a câmera do celular: agendamento à esquerda, conteúdos à direita.

A Biblioteca Dorsale continua · Volume 02 — Mente e Coluna

Sono, medo do movimento, ansiedade, dor persistente e os fatores que podem manter o sistema de alarme ativo mesmo depois da fase inicial da lesão.

Conhecimento é a melhor escolha para o seu futuro.

Referências citadas nesta amostra

O volume completo reúne 45 referências científicas indexadas, em formato ABNT.

BRINJIKJI, W. et al. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. American Journal of Neuroradiology, v. 36, n. 4, p. 811–816, 2015a.

BRINJIKJI, W. et al. MRI findings of disc degeneration are more prevalent in adults with low back pain than in asymptomatic controls: a systematic review and meta-analysis. American Journal of Neuroradiology, v. 36, n. 12, p. 2394–2399, 2015b.

CHIU, C. C. et al. The probability of spontaneous regression of lumbar herniated disc: a systematic review. Clinical Rehabilitation, v. 29, n. 2, p. 184–195, 2015.

FARDON, D. F. et al. Lumbar disc nomenclature: version 2.0. Recommendations of the combined task forces of the North American Spine Society, the American Society of Spine Radiology and the American Society of Neuroradiology. The Spine Journal, v. 14, n. 11, p. 2525–2545, 2014.

NAKASHIMA, H. et al. Abnormal findings on magnetic resonance images of the cervical spines in 1211 asymptomatic subjects. Spine, v. 40, n. 6, p. 392–398, 2015.

WEBER, H. Lumbar disc herniation: a controlled, prospective study with ten years of observation. Spine, v. 8, n. 2, p. 131–140, 1983.

WEINSTEIN, J. N. et al. Surgical vs nonoperative treatment for lumbar disk herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial. JAMA, v. 296, n. 20, p. 2441–2450, 2006.

WEINSTEIN, J. N. et al. Surgical versus nonoperative treatment for lumbar disc herniation: four-year results for the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT). Spine, v. 33, n. 25, p. 2789–2800, 2008.

ZHONG, M. et al. Incidence of spontaneous resorption of lumbar disc herniation: a meta-analysis. Pain Physician, v. 20, n. 1, p. E45–E52, 2017.

Autoria e Responsabilidade Técnica

João Márcio De Grande — Fisioterapeuta, CREFITO-3: 128832-F. Responsável Técnico da Dorsale, clínica especializada em tratamento conservador de condições da coluna vertebral (Bela Vista, São Paulo).

Este material foi elaborado com base em literatura científica indexada e não substitui avaliação individualizada. Volume 01 — amostra gratuita. São Paulo, 2026.

Este material é de uso educativo e pode ser reproduzido e compartilhado livremente, desde que sem alterações e com a devida citação da fonte.

Consulte sempre um profissional de saúde habilitado para avaliação e conduta individualizadas.

BIBLIOTECA DORSALE — CIÊNCIA DA COLUNA

Conheça todos os livros da coleção e escolha por onde continuar.

Conhecer a coleção completa →