

Intervenção fisioterapêutica na síndrome do ombro doloroso em portadores de hemiplegia

Painful shoulder syndrome in hemiplegic patients – a physical therapy intervention

Nilton W. Marino Junior^{1*}; Lidiany S. Ferreira^{1*}; Carlos M. Pastre^{2*}; Nelson I. Valério³; Neuseli M. Lamari^{4*}; Lais H. C. Marino^{5*}.

¹Aluno do curso de pós-graduação Lato Sensu** ; ²Doutor em Ciências da Saúde, Professor do curso de pós-graduação Lato Sensu** ; ³Doutor em Psicologia pela PUC - Campinas; psicólogo docente e pesquisador** ; ⁴Doutorado em Ciências da Saúde, professora adjunto** ; ⁵Especialista em Fisioterapia Hospitalar** , supervisora do Aprimoramento em Fisioterapia do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

*Fisioterapeuta

**Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP

Resumo Acidente Vascular Encefálico é a causa mais freqüente de incapacidade física e cognitiva; sua principal consequência é a hemiplegia. As limitações de movimentos do lado plégico são acentuadas no membro superior e tornam fator causal do ombro doloroso em mais de 50% dos pacientes. Estas prejudicam a realização das atividades de vida diária, retorno ao trabalho, convívio social, que levam a sofrimentos e impactos negativos na recuperação global. Buscou-se identificar na literatura atual, as melhores formas de prevenção, reabilitação funcional e analgésica do ombro doloroso em hemiplégicos, bem como consequentes limitações ocasionadas por essa complicação. Nesta abordagem identificou-se na literatura especializada e atualizada que, o uso de órteses de imobilização transitória, o posicionamento adequado no leito e a cinesioterapia precoce, foram os procedimento preconizados.

Palavras-chave Acidente Cerebrovascular; Hemiplegia; Dor de Ombro/therapy; Fisioterapia; Reabilitação.

Abstract A stroke, also known as cerebrovascular accident (CVA) is the most frequent cause of physical and cognitive impairments. Hemiplegia is the main consequence. The movement limitations of the plegic side are most severe in the upper limb. The result is a painful shoulder in more than 50% of the patients. This seriously impairs the daily activities, the return to work, and social life, what leads to emotional distress and negative impacts on the overall recovery. This study aimed at to identify in the current literature the most effective procedures of prevention, the functional and painless rehabilitation of the painful shoulder in hemiplegic, as well as the consequent limitations due to this complication. In this approach, according to the specialized and current literature, the ortheses used for temporary immobilization, the correct in-bed positioning patient and the early kinesitherapy are the indicated procedures.

Keywords Cerebrovascular Accident; Hemiplegia; Shoulder Pain/therapy; Rehabilitation.

Introdução

Acidente Vascular Encefálico (AVE) é a doença que mais acomete a Parte Central do Sistema Nervoso (PCSN), e a principal causa de incapacidade físico-cognitiva¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o AVE é um sinal clínico com rápido desenvolvimento da perturbação focal na função cerebral, de origem vascular com mais de 24 horas de duração². Embolias trombóticas e hemorrágicas são causas comuns, em lesões celulares e deficiências nas funções neurológicas, por diminuição do fluxo sanguíneo no encéfalo, levando à paralisia dos músculos de um

lado do corpo e com maior incidência nos indivíduos entre 75 e 85 anos de idade^{2,3}.

Hemiplegia é a principal consequência do AVE, por ser incapacitante, uma vez que leva a perda da seletividade de movimentos por predomínio da musculatura antagonista, que prejudica a realização de atividades diárias, retorno ao trabalho e ao convívio social, que levam a sofrimentos e impactos negativos na recuperação global do paciente^{4,5,6,7}.

Déficits de movimentos caracterizam anormalidades do tônus muscular, ajustamentos posturais, movimentos sinérgicos, falta

de dissociação entre os cingulos dos membros superior e inferior, perda dos movimentos seletivos e da coordenação motora acentuada no membro superior, com conseqüentes prejuízos nas habilidades motoras dificultando os movimentos^{4,8,9}.

A musculatura flácida decorrente da ausência do controle motor e da inatividade do membro na fase inicial do AVE, proporciona susceptíveis graus de lesões, como o estiramento de suas estruturas⁶. A imobilização absoluta de um segmento leva à fraqueza e hipotrofia muscular por desuso, contraturas musculares, diminuição da massa óssea e degeneração articular. Em especial, o músculo perderá de 10% a 15% de força por semana e 50% de trofismo em três semanas de imobilização¹⁰.

Diminuição do tônus muscular durante o período flácido leva a depressão e bácia medial da escápula, que compromete a estabilidade articular do ombro por aumento da tonicidade dos músculos latíssimo do dorso, rombóides, elevadores da escápula e evolui para escoliose funcional. Estas alterações representam fatores causais do ombro doloroso^{11,12}.

Estudos epidemiológicos com vistas a identificar o período de instalação da dor no ombro verificou que, o ombro doloroso no hemiplégico é encontrado em mais de 50% deles^{12,13}. Em torno de 20% instalam na primeira e segunda semana, o que prolonga o tempo de internação, dificulta a recuperação motora, as mudanças de decúbito e as transferências posturais. Condições que justificam a intervenção fisioterapêutica precoce^{4,6}.

Reabilitação do hemiplégico baseia-se na correção do alinhamento escapular ao tórax com alongamento muscular, normalização do tônus e aumento do recrutamento muscular¹¹. Estudo de Horn *et al.*⁶ com 21 pacientes hemiplégicos e hemiparéticos, após 48 horas do AVE, utilizou o tratamento diário de 30 minutos por todo o período de internação hospitalar. Os resultados funcionais foram significativos na melhora da atividade motora em relação à elevação, protusão, abdução e flexão do ombro e todos evoluíram sem apresentar dor no ombro até a alta hospitalar. Estudo sobre a influência do alinhamento do tronco na diminuição do quadro doloroso no hemiplégico, realizado por Bachir & Baraldi¹², em estudo de casos, constataram que a melhora da dor, da amplitude de movimento do ombro plégico e da correção da assimetria escapular está relacionada com a evolução do controle muscular e do equilíbrio.

Apesar das evidências da fraqueza muscular e das conseqüentes limitações funcionais em hemiplégicos, o fortalecimento muscular não tem sido amplamente utilizado em reabilitação, na exacerbação da restrição imposta pelo músculo espástico e de reforço de padrões anormais de movimento⁷.

Em função das restrições musculares utiliza-se órtese para sustentação do braço, como a Tipóia de *Gayloud*, que foi aplicada em 30 indivíduos hemiplégicos com subluxação e dor no ombro. Após dois meses os resultados comprovaram efeito analgésico em 66,7% deles, com 100% de sensação de conforto durante o uso¹⁴. Contraditoriamente Miyazaki *et al.*¹⁵ concluíram que a Tipóia de *Bobath* é desconfortável e inadequada para reabilitação, uma vez que 75% dos indivíduos tratados não obtiveram melhora significativa de dor. Ada *et al.* (2005) concluiu que não há evidência quanto ao uso de dispositivos de suporte na prevenção de subluxação, na diminuição da dor e no aumento da função do ombro¹⁶.

Estudo de Horn *et al.*⁶ sobre os efeitos da cinesioterapia em hemiplégicos e a prevenção da dor no ombro, constataram que tanto a eletroterapia quanto o uso de tipóias, mostraram resultados pouco favoráveis, sendo a cinesioterapia o procedimento mais adequado, uma vez que diminui incidência de dor, de defor-

midades, levando a melhora do condicionamento físico, metabolismo corporal, força muscular, resistência à fadiga, eficiência cardiovascular, flexibilidade, mobilidade, coordenação, equilíbrio, desempenho nas atividades de vida diária, auto-estima, controle emocional, diminuição da ansiedade e depressão^{2,13}.

Nilsson *et al.*¹⁷ sugerem a prevenção da dor no ombro plégico utilizando-se o posicionamento no leito, manutenção de uma adequada mobilidade articular sem provocar dor e uso de órteses. Souza *et al.*² concluíram que o tratamento de hemiplégicos é um processo de ensino e aprendizagem, no qual a abordagem fisioterapêutica tem a finalidade de evitar ou corrigir deformidades, melhorar a função motora e ajudar a desenvolver a capacidade de realizar suas atividades de vida diária. Senkiio *et al.*¹ relatam que o processo de reabilitação deve ocorrer de forma adequada quando se estabelece critérios de avaliação, tratamento e reavaliação.

Neste contexto, buscou-se identificar na literatura atual, as melhores formas de prevenção, reabilitação funcional e analgésica do ombro doloroso em hemiplégicos, bem como conseqüentes limitações ocasionadas por essa complicação.

Material e Método

Realizou-se pesquisa da literatura para obter atualização sobre intervenção fisioterapêutica na síndrome do ombro doloroso em portadores de hemiplegia. Utilizaram-se consultas nas bases de dados *Lilacs, Medline, Pub Med, Cochrane*, tendo como palavras-chave: fisioterapia, hemiplegia, ombro doloroso e acidente vascular encefálico.

Considerações Finais

Dor no ombro é comum no paciente hemiplégico acometido por AVE, sobretudo por alterações biomecânicas e estruturais do membro afetado. É limitante durante o processo de reabilitação e na realização de atividades diárias. Neste estudo, observaram-se contradições entre os achados com relação aos métodos de imobilização do ombro para analgesia, que inclui uso de tipóias, eletroterapia e cinesioterapia. Desta forma, quando utilizados de forma isolada e sem critérios bem estabelecidos implicará em dor no ombro. Neste contexto, prima-se pelo movimento, por meio de cinesioterapia como recurso preventivo. Por outro lado, o uso da eletroterapia e da Tipóia de *Bobath* proporcionou resultados pouco favoráveis. A cinesioterapia precoce melhora o condicionamento físico, metabolismo corporal, força muscular, resistência à fadiga, eficiência cardiovascular, flexibilidade, mobilidade, coordenação, equilíbrio e prevenção de deformidades e dores em geral, proporcionados pelo ato motor.

Aspectos preventivos da dor no ombro devem ser iniciados a partir de 48 horas após o AVE, com posicionamento no leito, com ênfase na cinesioterapia. Estes cuidados proporcionam melhor evolução motora e facilitam a realização de atividades funcionais diárias. No entanto, o uso da Tipóia de *Gayloud* na condição imobilizadora do ombro, é utilizado como recurso terapêutico.

Considerando-se a imobilização absoluta como principal fator causal da síndrome do ombro doloroso do hemiplégico e a escassez de pesquisas relacionadas às técnicas e suas formas de aplicação, como intensidade de esforço, volume de trabalho e prescrições específicas de tratamento, sugere-se que sejam desenvolvidos estudos com ênfase na prevenção e reabilitação, para proporcionar melhor entendimento sobre o tema e conseqüentes condições de análise dos procedimentos e evolução dos casos.

Referências bibliográficas

1. Senkio CH, Kill F, Negretti MR, Oliveira CA, Alves NPF, Souza SRS. A utilização da escala de Fugl-Meyer no estudo do desempenho funcional de membro superior no tratamento de indivíduos hemiparéticos após AVE. *Fisiot Bras* 2005;6(1):13-8.
2. Souza SRS, Oliveira CA, Mizuta NA, Santos MHMR, Moreir AAL. Reabilitação funcional para membros superiores pós-acidente vascular encefálico. *Rev Fisiot Univ São Paulo* 2003;3(1/2):14-27.
3. Watkins CL, Leathley MJ, Gregson JM, Moore AP, Smith TL, Sharma AK. Prevalence of spasticity post stroke. *Clin Rehabil* 2002;16:515-22.
4. Pinedo S, de la Villa FM. Complications in the hemiplegic patient in the first year after stroke. *Rev Neurol* 2001;32:206-9.
5. Hachisuka K, Umezū Y, Ogata H. Disuse muscle atrophy of lower limbs in hemiplegic patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1997;78(1):13-8.
6. Horn AI, Fontes SV, Carvalho SMR, Silvaldo RAB, Barbosa PMK, Durijan JRA et al. O complexo articular do ombro na hemiplegia. *Rev Fisiot Univ São Paulo* 2003;3(1/2):14-27.
7. Nadeau S, Teixeira-Salmela LF, Gravel D, Olney SJ. Relationships between spasticity, strength of the lower limb and functional performance of stroke victims. *Synapse, Canada* 2001;21(1):13-8.
8. Cirstea MC, Levin MF. Compensatory strategies for reaching in stroke. *Brain* 2000;(123):940-53.
9. Page SJ, Sisto SA, Levine P, Johnston MV, Hughes M. Modified constraint induced therapy: a randomized feasibility and efficacy study. *J Rehabil Res Dev* 2001;38(5):583-90.
10. Halar EM, Dell KR. Relação da reabilitação com a inatividade. In: Kottke SJ, Lehmann JS. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2000. p.1105-20.
11. Bhakta BB. Management of spasticity in stroke. *Br Med Bull* 2000;56(2):476-85.
12. Bachir LA, Baraldi I. A influência do alinhamento do tronco na melhora do ombro doloroso do hemiplégico (estudo de casos). *Reabilitar* 2002;14:28-37.
13. Gomes C, Lianza S. Síndrome dolorosa no ombro do hemiplégico. *Med Rehabil* 2001;(56):21-4.
14. Lourenção MIP, Miyazaki MH, Ribeiro Sobrinho JB, Tsukimoto GR, Battistella LR, Furlan AD. Tipóia de Gaylaud adaptada: uso na subluxação do ombro do paciente hemiplégico. *Acta Fisiat* 1995;2(3):15-7.
15. Miyazaki MH, Lourenção MIP, Ribeiro Sobrinho JB, Tsukimoto GR, Bastilella LR. Avaliação da utilização da tipóia de Bobath na subluxação do ombro do paciente hemiplégico. *Acta Fisiat* 1995;2(3):12-4.
16. Ada L, Foongchomcheay A, Canning C. Supportive devices for preventing and treating subluxation of the shoulder after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD003863.
17. Nilsson LM, Carlsson JY, Grimby G, Nordholm LA. Assessment of walking, balance and sensorimotor performance of hemiparetic patients in the acute stage after stroke. *Physiother Theory Pract* 1998;14:146-57.

Correspondência:

Nilton Wagner Marino Junior
Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
15090-000 - São José do Rio Preto - SP
Tel.: (17)3201-5717
e-mail: pglis@famerp.br
