

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA REDUÇÃO DA SUBLUXAÇÃO INFERIOR DO OMBRO DO AVCI

Villalon, A. D.¹, Nonato, K. B.¹, Soares, N. C.²

¹*Alunas das Faculdades Salesianas de Lins, Lins, São Paulo, Brasil. E-mail kbergoce@gmail.com*

²*Docente das Faculdades Salesianas de Lins, Lins, São Paulo, Brasil. E-mail naila.campos@facebook.com.*

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, o Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) é uma das disfunções neurológicas mais comuns e frequentes que acometem a população.

De acordo com O'Sullivan e Schimitz (2013), o AVCI acontece devido à restrição na irrigação sanguínea do cérebro, ocorrendo lesão celular e danos às funções neurológicas.

Dentre as complicações, a subluxação inferior do ombro é uma das mais incidentes, fazendo com que o retorno do paciente às suas atividades rotineiras torne-se cada vez mais difícil devido à dor e grande limitação funcional. Tal situação leva a um desarranjo na biomecânica normal do ombro, que segundo Hall (2009), é a articulação mais complexa do corpo humano, principalmente pelo fato de conter quatro articulações básicas: a glenoumeral, a esternoclavicular, a acromioclavicular e a coracoclavicular. Tal desarranjo acaba resultando em hipotonia de alguns grupos musculares e hiperatividade de outros, acarretando assim, uma movimentação deficiente, mesmo que passivamente, do membro superior afetado.

Em virtude disso, surgiu, então, a idéia da realização deste trabalho abrangendo dois grupos de oito indivíduos cada denominados A e B, sendo o grupo A controle e o B experimental, com o intuito de promover a redução dessa complicação através de um melhor controle muscular, associado a transferência de peso e bandagens funcionais, comparando os resultados obtidos entre si.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para desenvolvimento do trabalho foi realizada a pesquisa comparativa com dezesseis sujeitos, com idades entre 58 a 75 anos, sendo divididos em dois subgrupos de oito indivíduos cada. Os do grupo A, controle, e os sujeitos do grupo B, que foram submetidos ao tratamento para redução da subluxação inferior.

A pesquisa foi realizada no Centro de Reabilitação Física Dom Bosco, sito à rua Nove de Julho, 1010, Lins, SP e Associação Riopretense de Deficientes Físicos, São José do Rio Preto, SP, no período de junho a agosto de 2001.

Os materiais utilizados foram: rolos de esparadrapo microporoso, hipoalergênicos, vaselina líquida para auxiliar nos alongamentos, câmera fotográfica para registrar o estado dos indivíduos antes e após o tratamento, bem como os indivíduos não submetidos à ele.

Inicialmente todos os sujeitos foram submetidos a uma avaliação postural do tronco superior e inferior, preconizando-se as vistas posterior, anterior e lateral, na posição sentada.

Foram observados os seguintes aspectos na vista anterior: simetria da cabeça, altura dos mamilos, desvio da cicatriz umbilical. Na vista posterior: simetria das escápulas, distância dos bordos mediais da escápula em relação aos processos espinhosos das vértebras, altura dos ângulos inferiores das escápulas, altura das cristas ilíacas. Na vista lateral: protusão da cabeça, cifose torácica, rotação interna do ombro, subluxação inferior do ombro.

Todos os pacientes apresentaram rotação inferior do ângulo inferior da escápula, hiperatividade de rotadores internos com retração de rombóides, peitoral maior e bíceps braquial, hipotonia dos rotadores externos, serrátil anterior e fibras do trapézio no lado afetado.

Logo após os sujeitos do grupo B foram submetidos ao seguinte protocolo de tratamento: alongamento dos músculos rotadores internos do ombro, rombóide e bíceps braquial. Em seguida foram incentivados a contrair concentricamente os músculos rotadores externos do ombro, trapézio e serrátil anterior.

Os músculos citados anteriormente foram alongados e fortalecidos da seguinte maneira:

O alongamento do rombóide é realizado com o paciente em decúbito lateral com o terapeuta à frente do paciente, tracionando o ombro nesta direção, abduzindo a escápula, massageando as fibras do rombóide.

Alongamento do redondo maior: paciente em decúbito lateral, o fisioterapeuta abduz passivamente o ombro em rotação externa e estabiliza a escápula deprimindo-a.

Alongamento do bíceps braquial: foi realizado em decúbito lateral, com o paciente apoiando sua mão no membro superior do fisioterapeuta, empurrando-o.

O grande dorsal foi alongado com o paciente na posição sentado, o fisioterapeuta do lado que deve ser alongado, com as mãos na crista ilíaca do lado oposto do paciente, realizando a flexão lateral de tronco para o lado normal.

Alongamento do peitoral maior: paciente foi posicionado em decúbito dorsal, o fisioterapeuta realizando a abdução passiva com rotação externa do ombro, com massagem miofacial em suas fibras.

Fortalecimento dos rotadores externos do ombro: paciente na posição sentada com os membros inferiores pendentes, o fisioterapeuta na posição semi-ajoelhada próximo ao paciente, mantendo a rotação externa com abdução do membro superior hemiplégico.

Fortalecimento de trapézio: paciente na posição sentada, o fisioterapeuta auxilia na elevação dos ombros do mesmo e, em seguida, pede para que o mesmo mantenha o movimento durante alguns segundos.

Serrátil anterior: paciente em decúbito lateral, o terapeuta à sua frente com uma das mãos abaixo da axila do paciente e a outra no ombro, realizando a flexão com rotação superior do ângulo inferior da escápula.

Posteriormente, motivaram-se os sujeitos a realizarem a transferência de peso sobre o membro afetado, estimulando, assim, o controle muscular e a redução da subluxação pela aproximação da cabeça do úmero com a cavidade glenóide.

Finalizando o protocolo, os sujeitos foram submetidos a bandagens funcionais com esparadrapo microporoso, dispostas nas fibras médias do deltóide e bainha rotatória, permanecendo com as bandagens de três a quatro dias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados evidenciados no presente trabalho, com oito sujeitos portadores de AVC Isquêmico, submetidos a tratamento através de controle muscular de ombro, transferência de peso e bandagens funcionais, foram relevantes do ponto de vista de aquisição de movimento do membro superior acometido. Obteve-se redução na retração muscular dos grupos rotadores internos do ombro, bíceps braquial, rombóides e, conseqüentemente, controle dos músculos rotadores externos, serrátil anterior e trapézio, fibras superiores, médias e inferiores, promovendo uma redução da subluxação inferior e melhora da função do membro superior, visto que quatro sujeitos tratados apresentaram as melhoras retrocitadas, comparados com o grupo controle que manteve seu quadro. Os outros quatro sujeitos tratados apresentaram redução da subluxação, não alcançando resultados satisfatórios em relação à funcionabilidade do membro superior acometido, devido às seguintes intercorrências: dois sujeitos apresentaram alergia ao esparadrapo microporoso, sendo impossível a continuidade do tratamento; um era

portador de síndrome ombro-mão, portanto seu quadro algico impossibilitou o sucesso do tratamento, e, o último, abandonou o tratamento fisioterápico.

De acordo com Roper apud Davies (1996), o ombro doloroso torna-se um importante fator limitante da reabilitação, pois, um paciente com o ombro aduzido, rodado medialmente, não tem interesse em mover o braço afetado, podendo, com isso, deixar de participar até mesmo, do treinamento da marcha.

Neste ponto, torna-se importante a realização do trabalho em questão, através das técnicas de alongamento muscular, visando a melhora da biomecânica do ombro, tendo-se em mente que um melhor posicionamento irá resultar na diminuição da dor.

O'Sullivan & Schimitz (2013), descreveram que a espasticidade, que irá causar retrações musculares, pode resultar em restrição de movimentos, postura estática dos membros, rotação interna do ombro, retração escapular e depressão do ombro.

Em vista disto, foram realizados alongamentos nos músculos rotadores internos do ombro e rombóides, gerando, com isso, um melhor controle muscular.

Visto que Davies (1996) relatou que podem ocorrer diversos danos decorrentes da subluxação de ombro, como uma queda da cintura escapular pela inatividade dos elevadores de escápula conjuntamente com o serrátil anterior.

Por isto, torna-se relevante a aquisição de controle muscular, através de fortalecimento destes músculos, para que haja um melhor posicionamento escapular e, conseqüentemente, melhora na movimentação.

A transferência de peso sobre o membro superior afetado, segundo Davies (1996), é muito importante, pois auxilia no posicionamento escapular, através da diminuição da hipertonía muscular local, pela movimentação das partes proximais do corpo, contra os componentes espásticos distais. Além disso, há uma estimulação reflexa da atividade muscular pela compressão das articulações.

Com base na citação acima, nota-se o significado da utilização da transferência de peso no presente trabalho, pois, através deste manuseio, conseguiu-se uma diminuição da espasticidade e maior controle muscular no membro, além de se obter um maior contato da cabeça do úmero em relação à cavidade glenóide e proporcionar ao paciente a sensação de que o membro afetado não só existe, como pode ser funcional.

E, ainda, para uma maior manutenção da cabeça do úmero na cavidade glenóide foram realizadas bandagens funcionais com esparadrapo microporoso nas fibras médias de deltóide e fibras dos rotadores externos do ombro, para que houvesse

uma estimulação da musculatura rotadora externa, conseguindo-se, então, um melhor arranjo biomecânico do ombro.

A eficácia do tratamento ficou demonstrada, pois, dos oito sujeitos submetidos ao tratamento, quatro apresentaram melhora significativa do controle muscular, redução na subluxação e alívio da dor, em relação ao grupo controle, o que comprova as afirmações da literatura retrocitada.

4. CONCLUSÕES

O presente trabalho demonstrou a eficácia do tratamento da subluxação inferior de pacientes com AVC isquêmico, através de alongamento dos grupos musculares retraídos, fortalecimento dos músculos hipotônicos, associado à transferência de peso e bandagens funcionais, reduzindo, significativamente, a subluxação inferior. Dessa forma foi estabelecido um maior controle dos músculos do ombro; que influenciou diretamente na melhora da função do membro superior hemiplégico. A proposta é que trabalhos futuros sejam realizados com um maior número de sujeitos, e, ainda, associados ao acompanhamento radiológico para se quantificar precisamente o grau de redução ocorrido.

5. REFERÊNCIAS

- DAVIES, P. M. **Passos a seguir**. São Paulo: Manole, 1996.
HALL, S. J. **Biomecânica básica**. 5 ed. São Paulo: Manole, 2009.
O'SULLIVAN, S. B., SCHIMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.