

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM SÍNDROME DE IMPACTO PRÉ E PÓS FISIOTERAPIA - ESTUDO DE CASO

FERNANDES, Thalyta Turano**

BARRETO, Hedilaine Carina Cavalcante*

ALVES, Raone Daltro Paraguassú***

MENDONÇA, Dário Lucas Costa de****

Resumo

Os músculos do manguito rotador se contraem de forma a centralizar a cabeça do úmero e deslizá-la inferiormente, impossibilitando um atrito ou impacto, qualquer alteração que interfira nesse mecanismo, compromete a biomecânica normal do ombro. A síndrome do impacto ocorre durante a exacerbação de um movimento, sendo assim a qualidade de vida é seriamente prejudicada devido à dor que prejudica o repouso, as atividades funcionais com e sem grandes esforços. O paciente é impedido de realizar tarefas no trabalho, nas atividades de vida diária incluindo o lazer, e em muitos casos são encaminhados a uma aposentadoria precoce. Portanto o objetivo deste trabalho foi analisar a qualidade de vida em pacientes com síndrome do impacto no ombro pré e pós tratamento: cinesioterapia e cinesioterapia associada à corrente russa; secundariamente analisar o nível de dor pré e pós tratamento fisioterapêutico. Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 (*Short-Form Health Survey*), e para avaliação do nível de dor foi utilizado à escala visual analógica de dor (EVA). O tratamento foi dividido em duas partes, a primeira para controle da dor e melhora da amplitude de movimento, e a segunda fase, para o fortalecimento muscular, onde os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo eletroestimulação e Grupo cinesioterapia. O presente trabalho sugere que a cinesioterapia associada à corrente russa pode ser usada para controle da dor, mas para qualidade de vida deve ser utilizada com cautela, pois os resultados não foram positivos para todos os pacientes.

Descritores: eletroterapia; manguito rotador; qualidade de vida; síndrome do impacto do ombro; tratamento conservador.

*Graduanda do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Sant'Anna, hedi.cavalcante@gmail.com;
**Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Sant'Anna, thalytaturano@gmail.com;
***Professor do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Sant'Anna, Especialista em Fisioterapia Músculo-esquelética pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, rdaltro.fisio@gmail.com;
****Professor do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Sant'Anna, Mestre em Ciências (Ortopedia e Traumatologia) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, mendoncadlc@gmail.com.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome do impacto no ombro é uma síndrome dolorosa, micro traumática e degenerativa que tem como característica tendinite do manguito rotador e déficit de força (METZER, 2010). O manguito rotador é composto por músculos que estabilizam a articulação do ombro, sendo eles: o supraespinhal, o infraespinhal, o subescapular e o redondo menor (DANGELO, 2007). A lesão ocorre quando há movimentos de forma excessiva acima da cabeça, no plano da escápula, sendo o tendão do supra-espinhoso a região mais afetada. (HEBERT, 2003).

Os músculos do manguito rotador se contraem de forma a centralizar a cabeça do úmero e deslizá-la inferiormente, impossibilitando atrito ou impacto, qualquer alteração que interfira nesse mecanismo, compromete a biomecânica normal do ombro (METZKER, 2010). A função principal deste grupo muscular é manter a cabeça do úmero contra a cavidade glenóide reforçando a cápsula articular, e o manguito rotador evita ativamente o deslocamento indesejável da cabeça do úmero em direção anterior, posterior e superior, sendo geralmente no supraespinhal o local de início patológico (DANGELO, 2007).

O ombro devido a sua grande amplitude de movimento é uma articulação complexa e pouco estável, o que faz com que os componentes articulares da região sejam mais facilmente lesionados (FELLETT, 2000). A qualidade de vida é seriamente prejudicada devido à dor que prejudica o repouso, as atividades funcionais com e sem grandes esforços. Sendo assim, o paciente é impedido de realizar tarefas no trabalho, nas atividades de vida diária incluindo o lazer, e em muitos casos são encaminhados a uma aposentadoria precoce (SANTOS, 2001).

Segundo a organização mundial da saúde (OMS), “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito que envolve diversos fatores próprios, como bem-estar físico, funcional, emocional e mental, mas também outros elementos importantes da vida das pessoas como trabalho, família e amigos, sendo uma importante ferramenta para avaliar os resultados do tratamento dos pacientes (SILVA, 2013).

Sendo assim, após o diagnóstico confirmado o indivíduo deve ser afastado de suas atividades que demandem sobrecarga dos membros superiores e iniciar o tratamento (BARBOSA, 2012). O tratamento da síndrome do impacto apresentado na literatura se baseia no modelo conservador, fundamentado em analgesia e anti-inflamatórios associados a um programa de reabilitação contínua e individualizada ou abordagem cirúrgica (METZKER, 2010). Entre as técnicas de tratamento estão a cinesioterapia e a corrente russa.

A cinesioterapia é um estímulo motor para o crescimento e reparo dos tecidos musculoesqueléticos, estímulo ao mecanismo neurológico e manutenção de suas atividades por meio do movimento (GREVE, 2007). Enquanto que a corrente russa é uma corrente de média frequência, de característica senoidal. Apresenta parâmetros de 2.500hz com modulação de 50hz, controlado por 10 milissegundos. Deve-se analisar qual o tipo de fibra muscular será estimulado. Se são fibras de contração lenta, do tipo 1 – vermelhas/tônicas ou de contração rápida, tipo 2 – brancas/fásicas (EVANGELISTA, 2003).

2. OBJETIVO

Analisar a qualidade de vida em pacientes com síndrome do impacto no ombro pré e pós tratamento: cinesioterapia e cinesioterapia associada à corrente russa. Secundariamente analisar o nível de dor pré e pós tratamento fisioterapêutico.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal, intervencionista e estudo de caso, realizado em uma instituição particular de ensino superior. Participaram do estudo seis indivíduos com diagnóstico de síndrome de impacto no ombro, de ambos os sexos. O critério de inclusão foi apresentar dor em pelo menos um dos ombros, há no mínimo seis meses, com preservação dos nervos periféricos e sensibilidade preservada; O critério de exclusão foi apresentar patologia associada, déficit cognitivo, doenças inflamatórias, reumatologias ou degenerativas de outras

articulações do membro superior e estar participando ou ter participado de outra terapia nos últimos dois meses. Assim foram selecionados 26 indivíduos com diagnóstico de síndrome de impacto no ombro, onde seis respondiam aos critérios de inclusão e participaram do estudo.

Foram realizadas 16 sessões de fisioterapia com 50 minutos de duração, com frequência de duas vezes por semana. O tratamento foi dividido em duas fases, na primeira fase o objetivo foi controle da dor e melhora da amplitude de movimento (ADM). Na segunda fase, o objetivo foi o fortalecimento, onde foram divididos em dois grupos de forma aleatória através de sorteio – Grupo eletroestimulação (GE) e Grupo cinesioterapia (GC).

Na primeira fase, os dois grupos fizeram o mesmo procedimento. Foi utilizado o ultrassom da marca Sonopulse, realizado mobilizações articulares grau I, II ou III, conforme o limite de cada paciente, e exercícios ativos com três fases de progressão.

Na segunda fase, os pacientes realizaram os mesmos exercícios, porém no grupo GE o exercício foi associado à corrente russa da marca Endophasys. Todos realizaram aquecimento, fortalecimento associado à estabilização postural, facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP) e alongamento para toda musculatura trabalhada no fortalecimento.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 (*Short-Form Health Survey*). Os valores foram codificados, agrupados e transformados em uma escala de 0 a 100, onde 0 corresponde ao pior estado de saúde e 100 ao melhor estado de saúde (CICONELLI, 1999). Para avaliação do quadro algico foi utilizado a escala visual analógica de dor (EVA), na qual o paciente identificou um nível de dor em uma escala visual graduada de 0 a 10.

4. RESULTADOS

A média de idade dos pacientes do grupo GE foi de 49,5 anos (46-55) sendo um homem e duas mulheres, todos com ensino médio completo. No grupo GC, a média de idade dos pacientes foi de 48,6 anos (41-53), sendo composto por

três mulheres: uma com ensino fundamental, uma com ensino médio completo e uma com ensino superior – Tabela 1.

Para a avaliação da qualidade de vida, foi utilizado o questionário SF-36, que mostrou resultados positivos na capacidade funcional e em limitações por aspectos físicos. O grupo GE mostrou melhor resultado na saúde mental, porém nos demais domínios os resultados não foram homogêneos, onde alguns dos pacientes apresentaram melhoras e outros não – Tabela 2.

A intensidade da dor foi avaliada nos dois grupos em três momentos: no início da terapia, após oito sessões e ao final da terapia. Nos grupos GC e GE, houve uma diminuição na intensidade da dor com mais de 70%. Onde o grupo GE mostrou um melhor resultado ao final, com média de 89% e o grupo GC apresentou redução do nível total de dor em 72% – Tabela 3.

5. DISCUSSÃO

O estudo mostrou resultados positivos para ambos os grupos. Para controle da dor, foi utilizado o ultrassom e realizado a mobilização articular grau I e II, que visa redução da dor, onde os resultados foram eficazes, demonstrando melhora em 89% para o grupo GE, e 72% para o grupo GC. Kitchen (2013), explica que com a cavitação e o movimento dos fluídos do ultrassom, é possível conceder maior aporte de nutrientes ao tecido e otimizar o processo de regeneração, diminuindo assim, a inflamação tecidual, conseqüentemente, a dor. O efeito da mobilização é à entrada de informações neurológicas, onde os mecanorreceptores ativam as comportas medulares de controle de dor, melhorando o arco de movimento articular com menor percepção a dor (MAITLAND, 1991). Indo de encontro com Barbosa et al (2008) que realizou uma intervenção com 14 pacientes, dos quais sete receberam apenas ultrassom, e sete receberam ultrassom e mobilização articular para tratamento de tendinite de ombro, onde o segundo grupo obteve melhores resultados na redução da dor. Desta forma, através destas duas técnicas explica-se o resultado positivo para diminuição da dor em ambos os grupos, com predomínio no grupo GE. Ainda na primeira fase, foram realizados exercícios

ativos e conforme Hall e Brody (2007), o tratamento isolado proporciona alívio da dor temporária, logo, os exercícios terapêuticos devem fazer parte do plano de tratamento, para um resultado mais eficaz na redução da dor.

Na qualidade de vida os pacientes obtiveram benefícios, principalmente na capacidade funcional e limitações por aspectos físicos. O grupo GE não foi homogêneo, pois um paciente não apresentou ganho de qualidade de vida e dois apresentaram diminuição. No entanto o mesmo grupo apresentou melhor resultado em saúde mental, seguido por capacidade funcional e limitações por aspectos físicos. Foram realizados exercícios de fortalecimento, Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP) e alongamento associado à corrente Russa, priorizando maior ganho de força, função do membro superior, repercutindo positivamente na qualidade de vida. Os efeitos fisiológicos que a musculatura desencadeia no período de treino de força incluem os fatores neurais, essas adaptações aumentam o recrutamento de unidades motoras e a sincronia de descarga dessas unidades (GUYTON, 2011). Com a estimulação elétrica é possível fazer com que as unidades motoras se contraíam de forma sincronizada, algo que não ocorre na contração voluntária. Com isso, é permitido o desenvolvimento das contrações musculares mais fortes, junto à maior hipertrofia muscular (LIANZA, 2001).

O grupo GE apresentou resultados variados, dentre as causas que possam ter consequentemente afetado a qualidade de vida estão, orientações e cuidados corretos, instabilidade do complexo do ombro, inflamação causada por movimentos repetitivos, fraqueza do manguito rotador, explicando o porquê alguns pacientes não apresentaram melhora na qualidade de vida e porque houve pacientes que apresentaram piora na qualidade de vida em determinados aspectos.

Em seu estudo, Barbosa (2012) realizou uma intervenção com 30 trabalhadores apresentando diagnóstico de síndrome de impacto no ombro. O objetivo foi verificar os efeitos de um protocolo de tratamento baseado no método Isostretching em pacientes portadores de Síndrome do Impacto, analisando a melhora da qualidade de vida e diminuição na intensidade de dor. Os resultados mostraram eficácia na qualidade de vida, exceto em estado geral de saúde na qual o resultado não foi significativo.

Fernandes (2017) realizou um estudo onde foi avaliada a qualidade de vida e a capacidade funcional de 47 pacientes, adultos e idosos, com capsulite

adesiva no início e no fim do procedimento de bloqueio do nervo supraescapular com injeção de anestésico na fossa supraespinal do ombro acometido. Na qualidade de vida utilizaram o questionário *World Health Organization Quality of Life - bref* (WHOQOL-BREF) e somente no domínio social os resultados não foram positivos.

Silva (2007) propôs um treinamento de oito semanas para dois grupos de indivíduos saudáveis, onde um grupo realizou o treinamento de força associado à corrente Russa e o outro apenas o treinamento de força. O resultado mostrou que a associação ao treinamento de força é mais eficaz para o aumento dos níveis de força. Sendo assim, pode-se explicar o resultado dos pacientes, visto que o programa proposto proporcionou ganho de força muscular melhorando a função, tornando o movimento articular mais harmônico e completo, repercutindo em uma melhor qualidade de vida.

6. CONCLUSÃO

O estudo sobre análise da qualidade de vida em pacientes com síndrome de impacto pré e pós fisioterapia, não apresentou resultados positivos para todos os pacientes do grupo eletroestimulação e do grupo cinesioterapia, ainda assim, o grupo cinesioterapia obteve melhores resultados. Em relação ao controle da dor, ambos os grupos – eletroestimulação e cinesioterapia, apresentaram resultados positivos. Portanto, o presente trabalho sugere que a terapia associada de corrente russa com cinesioterapia pode ser usada para controle da dor, mas deve ser usada com cautela quando se tratar da qualidade de vida. Novas pesquisas sobre qualidade de vida na síndrome de impacto de ombro são necessárias, tendo em vista a lacuna de estudos sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ADORNO, M. L. G. R.; BRASIL-NETO, J. P. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento sf-36 em lombalgia crônica. **Acta Ortopédica Brasileira**, Brasília, v. 21, n. 4, p.202-207, mar. 2013.

BARBOSA, É. C. et al. Melhora na qualidade de vida e da dor referida em trabalhadores com síndrome do impacto após aplicação do método Isostretching. **Acta Fisiátrica**, v. 19, n. 3, p.178-183, jul./nov. 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/download/103712/102182/>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

BARBOSA, R. I. et al. A influência da mobilização articular nas tendinopatias dos músculos bíceps braquial e supra-espinal. **Revista Brasileira de Fisioterapia: Mobilização articular nas tendinopatias do ombro**, São Carlos, v. 12, n. 4, p.298-303, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a08v12n4.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

BUSSO, G. L. Proposta Preventiva para Laceração no Manguito Rotador de Nadadores. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**. v.12, n.3, p. 39-45, 2004.

CAMPOS, M. O; NETO, J. F.R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.32, n.2, p.232-240, maio/ago. 2008.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida sf-36 (brasil, sf-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, maio/jun. 1999.

COELHO, C. T. et al. Prevalência da síndrome do ombro doloroso (SOD) e sua influência na qualidade de vida em professores de uma instituição privada de nível superior na cidade de Lauro de Freitas, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Lauro de Freitas, v. 34, supl. 1, p.19-29, jul./dez. 2010. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=598680&indexSearch=ID>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana: sistêmica e segmentar**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

DONEGAR, C. R.; DONLEY, P. B. **Controle da dor com as modalidades terapêuticas**. In: Prentice WE. Modalidades terapêuticas em medicina esportiva. 4. ed. São Paulo: Manole, p.19-37, 2002.

EVANGEELISTA, A. R. Estudo comparativo do uso de eletroestimulação na mulher associada com atividade física visando a melhora da performance muscular e

redução do perímetro abdominal. **Revista Fisioterapia Brasil**, v.4, n.1, p. 49-59, 2003.

FELLET, A. J. et al. Ombro doloroso. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 57, p.157-167, nov. 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=283929&indexSearch=ID>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

FERNANDES, M. R.; BARBOSA, M. A.; FARIA, R. M. Qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes com capsulite adesiva: identificação de fatores de risco associados a melhores desfechos após tratamento com bloqueio de nervo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Goiânia, v. 57, n. 5, p.445-451, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v57n5/pt_0482-5004-rbr-57-05-0445.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

GIORDANO, M. et al. Tratamento conservador da síndrome do impacto subacromial: estudo em 21 pacientes. **Acta Fisiátrica**, v. 7, n. 1, p.13-19, 2000. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/download/102251/100632/>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

GOMES, M.C.S.M et al. Comparação do grau de agradabilidade na aplicação da estimulação elétrica nervosa transcutânea e da corrente interferencial. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 3, n. 6, p.18-23, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/454/307>. Acesso em: 01 abr. 2019.

GOSLING, A. **Abordagem fisioterapêutica da tendinite calcificante do músculo supra espinhal**: uma revisão de literatura. Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <<http://www.eeffto.ufmg.br/biblioteca/1733.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

GUYTON, A.C; HALL. J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

GREVE, D. J. A. **Tratado de medicina de reabilitação**. 1. ed. São Paulo: Roca, 2007.

HALL, C. M.; BRODY, L.T. **Exercícios terapêuticos**: na busca da função. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

HEBERT, S. et al. **Ortopedia e traumatologia**: Princípios e prática. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2003.

KITCHEN, S. **Eletroterapia**: Prática baseada em evidências. 2. Ed. Baurueri: Manole, 2003.

LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAITLAND, G. D. **Peripheral manipulation**. 3. ed. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1991.

METZKER, C. A. B. Tratamento conservador na síndrome do impacto no ombro. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 1, p.141-151, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n1/14.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SANTOS, A.; CUNHA, L.; SILVA, A. G. A efectividade da mobilização passiva no tratamento de patologias do ombro. **Conscientiae Saúde**, Aveiro, v. 10, n. 2, p.369-379, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uninove.br/index.php?journal=saude&page=article&op=view&path%5B%5D=2843&path%5B%5D=1958>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SANTOS, J. S. et al. O ultrassom é efetivo no tratamento da tendinite calcárea do ombro? **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 1, p.207-217, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n1/a20v25n1.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SILVA, R. T. et al. Comparação entre os efeitos do uso de eletroestimulação neuromuscular associado ao treinamento de força com somente treinamento de força em exercícios de membros inferiores durante oito semanas. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 1, n. 5, p.01-10, set./out 2007. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/download/42/41>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SOUZA, M. Z. **Reabilitação do Complexo do ombro**. São Paulo: Manole, 2001.

TABELAS

Tabela 1. Característica da amostra

Paciente	Idade	Gênero	Nível de escolaridade	Profissão
GE				
1	55	F	Ensino Médio	Empregada doméstica
2	45	M	Ensino Médio	Bombeiro aposentado
3	46	F	Ensino Médio	Empregada doméstica
GC				
4	53	F	Ensino Fundamental	Empregada doméstica
5	41	F	Ensino Médio	Gerente de loja
6	50	F	Superior	Professora

Legenda: Do lar (empregado doméstico), GE (grupo eletroestimulação) e GC (grupo cinesioterapia).

Tabela 2. Short-Form Health Survey (SF-36)

	SM	LA	AS	V	EGS	Dor	LAF	CF
	I - F	I - F	I - F	I - F	I - F	I - F	I - F	I - F
Grupo GE								
Pct. 1	100 - 100	66,6 - 66,6	100 - 100	60 - 50	80 - 80	62 - 100	25 - 50	75 - 90
Pct. 2	72 - 72	100 - 100	87,5 - 100	75 - 80	62 - 97	51 - 51	50 - 100	80 - 85
Pct. 3	44 - 56	0 - 0	25 - 50	30 - 40	25 - 22	20 - 20	0 - 0	15 - 20
Grupo GC								
Pct. 4	84 - 76	100 - 100	100 - 100	75 - 70	62 - 90	51 - 64	0 - 100	80 - 90
Pct. 5	60 - 56	66,6 - 100	62,5 - 50	50 - 65	47 - 82	52 - 41	25 - 100	65 - 80
Pct. 6	72 - 64	66,6 - 33,3	100 - 75	75 - 75	62 - 62	51 - 84	75 - 100	75 - 80

Legenda: SM (Saúde Mental); LAE (Limitação por Aspectos Emocionais); AS (Aspectos Sociais); V (Vitalidade); EGS (Estado Geral de Saúde); LAF (Limitação por Aspectos Físicos); CF (Capacidade Funcional); Pct. (Paciente); I - F (avaliação inicial e avaliação final).

Tabela 3. Intensidade da dor (EVA)

Paciente	Inicial	Entre as fases	Final	% redução da dor	Total
GE					
1	4	3	0	100%	89%
2	8	1	0	100%	
3	9	3	3	67%	
GC					
4	8	6	4	50%	72%
5	5	2	1	80%	
6	7	3	1	86%	

Legenda: GE (grupo eletroestimulação) e GC (grupo cinesioterapia).