

RELATÓRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO NAS CLÍNICAS INTEGRADAS DO UNI-RN: ATENDIMENTO À PACIENTE COM DISFUNÇÃO CERVICAL

*Cesar Virgínio Pereira de Oliveira*¹

RESUMO

Analisa-se a eficácia da fisioterapia no tratamento da dor, da mobilidade articular na cervical e alterações posturais relacionadas com a disfunção da cervical em um paciente com estas condições, a partir de estágio curricular supervisionado realizado na Clínica-Escola de Fisioterapia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, em Natal, RN. A experiência deu-se em quatro sessões, cujos procedimentos foram aplicação de técnicas de músculoenergia, manipulação articular com thrust, mobilização e técnica para partes moles. Verifica-se, após reavaliação fisioterapêutica, algumas características relevantes, como diminuição do quadro algico, aumento da mobilidade articular e ganho de amplitude de movimento - ADM.

Palavras - chave: Fisioterapia. Terapia Manual. Disfunção Cervical.

STAGE REPORT SUPERVISED IN UNI-RN INTEGRATED CLINICS: CARE OF PATIENTS WITH CERVICAL DYSFUNCTION

ABSTRACT

Analyze the effectiveness of physiotherapy in the treatment of pain, joint mobility and postural changes in cervical related dysfunction in a patient with cervical these conditions, from supervised probation conducted at the Clinic-School of Physiotherapy at the University Center of Rio Grande do Norte - UNI-RN, in Natal, RN. The experiment took place in four sessions, whose procedures were músculoenergia application techniques, joint manipulation with thrust and mobilization technique for soft tissues. There is, after reassessment physical therapy, some features, such as reduction of pain, increased joint mobility and increase the amplitude of movement – ADM

Keywords: Physiotherapy. Manual Therapy. Cervical Dysfunction

1 Fisioterapeuta. Pós-Graduando do Curso de Especialização em Terapia Manual do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN). Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5266612869443288>.

1 INTRODUÇÃO

Aproximadamente 60 a 70% da população mundial em geral têm ao menos um sinal de disfunção cervical em sua vida, contudo somente um quarto das pessoas está realmente ciente ou relatam algum sintoma e somente 5% destas procuram tratamento, conforme indica Maciel (1998).

A coluna vertebral é formada pela sobreposição de uma série de ossos isolados chamados vértebras. Superiormente, se articula com o osso occipital (crânio); inferiormente, articula-se com o osso do quadril (Ílfaco). A coluna vertebral é dividida em quatro regiões: **Cervical**, **Torácica**, **Lombar** e **Sacro-Cocígea**. São 7 vértebras cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sacrais e cerca de 4 coccígeas. Essa constituição faz parte do esqueleto axial, constituindo o eixo principal do corpo; está situada na linha média da parte posterior do tronco.

O aparecimento de dores no pescoço pode ser provocado por várias situações, já que qualquer alteração numa das inúmeras e distintas estruturas dessa zona pode provocar a manifestação de dores nessa região do corpo. A cervicalgia é um problema comum em todo o mundo e constitui causa importante de incapacidade. “Cervicalgia ou dor no pescoço é um tipo comum de desordem músculo-esquelética, pois sua prevalência na população mundial é de 50%” (FEJER et al apud SILVA, 2009, p. 23).

O pescoço controla os movimentos da cabeça em relação ao resto do corpo, uma vez que os olhos e os órgãos vestibulares são localizados na cabeça. As informações vindas dos mecanorreceptores das estruturas do pescoço são cruciais para interpretar os dados vestibulares e para controlar as funções motoras que dependem das informações visuais (ARANHA E PERNAMBUCO, 2001).

A cervicalgia pode, assim sendo, ter profundas consequências. A dor pode ser aguda, sendo um fenômeno transitório associado com lesão tecidual; ou crônica, consistindo uma condição persistente mesmo após a cura da lesão, com duração maior que seis meses, manifestando-se de modo contínuo ou recorrente. Sendo a dor sempre subjetiva, sua interpretação envolve aspectos sensitivos, cognitivos, comportamentais, culturais, fatores socioeconômicos, dinâmicas familiares, entre outros. Além disso, o limiar de sensibilidade, tolerância e significado da dor varia individualmente, dependendo também de fatores emocionais (TOSANO, 2006).

Em relação à prevalência de cervicalgias, Andrew apud Wosiack (2002) comenta que as dores relacionadas à coluna vertebral afetam cerca de 80% da população mundial, sendo que a dor cervical afeta 36% dessa população. Além da população idosa, que naturalmente tem maior tendência a apresentar problemas ósteo-articulares, as pesquisas apontam para um aumento entre os trabalhadores ativos. As sobrecargas mecânicas representam fator chave no desencadeamento das desordens musculoesqueléticas pelo fato de exporem a vertebrae cervicais e a musculatura do pescoço à sobre-esforços.

Para Aranha e Pernambuco (2001), as desordens mecânicas são as causas mais comuns de cervicalgias. Como exemplo, Viel e Esnault (2000) esclarecem que a busca por uma posição da cabeça em retificação, correção abusiva da posição naturalmente inclinada à frente, pode desencadear cervicalgias mecânicas. E a manipulação nas disfunções músculo-esqueléticas, feita pelas mãos, faz com que ocorra um alongamento da cápsula articular, por meio de uma manobra brusca da articulação.

Por conseguinte, o propósito dessa técnica é restabelecer o máximo de movimento livre de dor em um sistema músculo-esquelético em equilíbrio postural. A manipulação articular atinge esse objetivo, devido ao aumento da extensibilidade articular, retificação de falhas de posicionamento, nutrição, controle da dor e relaxamento muscular, compressão meniscóide e benefícios psicológicos (MARQUES, 2006).

À vista de tais informações, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada no estágio supervisionado da Especialização em Terapia Manual, durante o tratamento de um paciente com cervicalgia, a partir das técnicas utilizadas na patologia apresentada no paciente, visando traçar um plano de tratamento correto que o faça voltar para suas atividades de vida diária e funcionais, livre de dor e sem limitações.

2 ESTÁGIO SUPERVISIONADO

O Estágio Supervisionado ao final do curso de Pós-Graduação em Terapia Manual tem como objetivo exercitar os conhecimentos adquiridos em aulas durante o período letivo, tendo em vista a necessidade de experiência na técnica abordada.

Durante o estágio procurou-se unir teoria e prática para cumprir as recomendações acadêmicas do mesmo, com o intuito de demonstrar que o segundo complementa o primeiro. Assim, é possível observar o quanto é enriquecedor e relevante essa correlação na formação acadêmica do profissional.

A prática foi realizada em uma turma de quatro alunos e dividida em duas etapas:

- A primeira, com carga horária de 20 horas, teve início no dia 05 de março de 2010 e foi concluída no dia 26 do mesmo mês, com carga horária semanal de 5 horas/aulas, distribuídas da seguinte maneira: toda sexta-feira era realizado o atendimento aos pacientes que foram encaminhados para a clínica escola. Após os atendimentos, os alunos se reuniam para expor os casos clínicos e, em seguida, eram discutidos casos semelhantes apresentados ao grupo a partir de artigos científicos selecionados.
- A segunda etapa do estágio iniciou no dia 31 de maio e decorreu nos dias 07,14 e 21 de junho, com a mesma carga horária (20 horas) e 5 horas/aulas semanais distribuídas no mesmo formato da primeira etapa do estágio. Na presente etapa, o início das atividades aconteciam às 14 horas na preparação do espaço para o atendimento. O professor/orientador encaminhava os pacientes para cada aluno, entregando-o junto com o prontuário. O aluno/responsável buscava seu paciente na recepção da clínica escola e o encaminhava até a sala da terapia manual. Na sala, o paciente respondia um questionário para sua identificação no prontuário e logo em seguida iniciava-se o atendimento. A avaliação da paciente iniciava com: anamnese, exames cinético-funcionais, testes osteopáticos e para integrar, outras informações eram colhidas a partir de exames complementares, conforme será discutido, a seguir, na metodologia utilizada durante a prática do estágio supervisionado.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

O estágio foi realizado com paciente do sexo feminino que procuraram atendimento fisioterápico na Clínica Escola de Fisioterapia, com diagnóstico de cervicalgia. Entretanto, foi escolhido apenas um paciente para

relatar a experiência na prática supervisionada, tendo em vista que o mesmo reunia a problemática do todo da experiência.

O instrumento utilizado para avaliação foi a ficha de avaliação de terapia manual da clínica escola. Na avaliação fisioterapêutica, os dados foram coletados através de duas maneiras: anamnese e exame físico.

Na anamnese, os dados coletados eram referentes à história da doença atual (HDA), história da doença progressa (HDP), história dos antecedentes familiares (HF) e história sobre o uso de medicamentos (HM).

No exame físico foi avaliada a coluna cervical alta, média e baixa nas suas quatro direções de movimento (flexão, extensão, inclinação lateral e rotação), palpação dos músculos trapézio superior, elevador da escápula, infra-espinal, esternocleidomastóideo, e deltóide; e movimentos articulares do ombro.

Após avaliação, foi traçada uma conduta fisioterapêutica específica para o caso da paciente que consistia em dor cervical que irradiava para o MSE. Foi utilizado como conduta de tratamento, no decorrer das quatro sessões, o uso de técnicas manuais, mobilização neural, liberação de pontos de tensão, alongamento bilateral do trapézio superior, escaleno, elevador da escapula, esternocleidomastóideo e pompagens cervicais.

O tratamento foi aplicado por um mesmo terapeuta ao longo das quatro sessões. Os alongamentos foram realizados durante 30 segundos e com 3 repetições cada um, da seguinte maneira :

- O trapézio superior foi alongado com uma das mãos desenvolvendo força de tração cervical e a outra deprimindo o ombro a) o trapézio superior foi alongado com uma das mãos desenvolvendo força de tração cervical e a outra deprimindo o ombro ipsilateral;
- Para o escaleno foi palpada a cabeça da primeira costela, imobilizando-a com uma das mãos, enquanto a outra realizava força de tração cervical.
- O elevador da escapula foi alongado, utilizando uma das mãos para fixar a inserção e a outra para realizar força de tração cervical.
- O elevador da escapula foi alongado, utilizando uma das mãos para fixar a inserção e a outra para realizar força de tração cervical.

Na pompagens, segundo Bienfait (1999, p. 71-72), para a realização da técnica deve se deixar o paciente em decúbito dorsal e o terapeuta posicionado atrás de sua cabeça, com isso seguido de três tempos. Tensionamento onde o

terapeuta alonga de forma lenta, regular e progressivamente, aquilo que a fásia cede. Manutenção da tensão que constitui o tempo principal da pompage são fenômenos lentos, pois os miofilamentos de actina só podem deslizar lentamente entre os miofilamentos de miosina. O tempo de retorno deve ser mais lento possível, a fásia que puxa a mão do terapeuta, mas este controla a tração. É realizado desta forma para não provocar reflexo contrátil do músculo. De acordo com o mesmo autor as pompagens são realizadas bilateralmente e a paciente permaneceu na mesma posição que foi citada anteriormente. No tratamento proposto foram realizadas técnica de pompage nos músculos: semi – espinhal, escalenos, trapézio superior, elevador da escapula e o esternocleidomastóideo.

Para efetuar a mobilização neural do nervo mediano a paciente permaneceu em decúbito dorsal e o fisioterapeuta do lado acometido. Iniciando a técnica o terapeuta posicionou-se de frente para a paciente, com uma das mãos envolvendo a mão da paciente assegurando controle para baixo do polegar e dedos. Em seguida foi realizada uma força de depressão sobre a cintura escapular durante o movimento, abdução do braço da paciente seguida de supinação do antebraço e extensão do punho e dedos. O ombro foi rodado lateralmente e o cotovelo estendido. Em seguida foi solicitado a paciente que mantivesse o olhar para cima e levasse a orelha até o ombro oposto ao lado acometido. Nesta posição realizaram – se movimentos de flexão e extensão do punho e dedos lentos e rítmicos durante 10 minutos.

Para tratar a lesão de posterioridade de C3, C4 e C6 com disfunção em ERS direita (extensão, rotação e lateroflexão para o mesmo lado lesionado) foi colocado a paciente em decúbito dorsal, o terapeuta posiciona – se do lado direito e com sua mão esquerda empalma a face do lado esquerdo enquanto que a mão direita toma um contato com a metacarpofalangeana sobre a posterioridade. O terapeuta regula a flexão e a extensão, realiza uma translação para esquerda, inclinação para direita e rotação para esquerda. A cervical foi manipulada através de um thrust, manipulação em alta velocidade e baixa amplitude em rotação.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A paciente do sexo feminino com 32 anos de idade chegou à Clínica do UNI-RN no dia 05 de março do ano corrente com queixa de fortes dores na região cervical com irradiação para o membro superior esquerdo. A mesma rela-

tou que no final de 2009 começou a sentir essas dores com irradiação, deixando-a com sensação de fraqueza, com isto limitando o movimento de abdução.

Durante a entrevista, foi possível observar um ponto de grande destaque para o agravamento das dores; a paciente tem como principal atividade tocar violão. Diante disso, relatou que a dor se manifesta mais intensamente depois de haver tocado, diminuindo depois de um período de descanso de 2 ou 3 horas. Na Escala Visual Analógica da dor que é graduada de 0 a 10, ela queixou-se de dor nível 9.

No exame cinético-funcional, na inspeção estática, a paciente apresentou ombro direito mais elevado, rotação interna dos ombros e anteriorização da cabeça; já na inspeção dinâmica queixou-se de dor e apresentou limitação na rotação e inclinação lateral para ambos os lados.

Na palpação reclamou de dor nas espinhosas de C3, C4 e C6. Apresentou tensão muscular nos escalenos, trapézio, esternocleidomastóideo (ECOM) e rombóides.

Nos testes osteopáticos verificou no Quick Scanning rebote elástico em toda cervical, já no teste de Mitchel foi encontrado disfunção nas vértebras C3, C4 e C6, todas em ERS direita. O teste de tensão Neural foi positivo para nervo mediano do mesmo lado. O tecido neural se mostrou hiperálgico à palpação. As facetas cervicais esquerdas se mostraram sensíveis à palpação entre os níveis C4 a C6. Para o teste do membro superior esquerdo, o terapeuta fica de frente para a paciente, posicionado-a em decúbito dorsal, com a cabeça em posição neutra e abdução do ombro. Com a mão esquerda do terapeuta aplica suave força para depressão e ao mesmo tempo estabilizar o ombro e com a mão direita, envolve a mão da paciente. Realizou uma rotação externa, mantendo a supinação de antebraço e extensão de punho e dedos, em seguida, foi estendendo suavemente o cotovelo e observando se há resistência a esta extensão ou queixa de dor, os quais indicam um teste positivo.

O teste de Klein que avalia a artéria vertebral foi negativo. O teste foi realizado bilateralmente com a paciente em decúbito supino, a cabeça para fora da maca realizando uma extensão, com isso fechando o canal de passagem da artéria, rotação e inclinação homolateral mantida por 30 segundos com olhos abertos. Se a paciente relatar alguma tontura, náusea, distorção da visão ou dor de cabeça, o teste é positivo. A paciente não apresentou exames complementares.

Conforme Bienfait (2000), as técnicas de pompagens podem ter objetivos distintos. Dentre esses objetivos podem-se mencionar dois objetivos: o aumento da circulação dos fluidos – liberando os bloqueios e as estases; e o relaxamento muscular que pode ser eficaz para no tratamento das contraturas, encurtamentos e as retrações dos tecidos moles.

Tais técnicas também podem ser utilizadas nas articulações para combater as degenerações cartilaginosas, manipulações intra-orais, fazendo-se massoterapia na região dos músculos masseter, pterigóido medial e lateral.

Essas manipulações, segundo Chaitow (2001, p. 20):

[...] possuem efeitos fisiológicos como: calmantes, estimulantes, relaxantes, neurôtonicos, na circulação sanguínea no sistema nervoso, no metabolismo e nos tecidos moles, tração cervical, mobilização de MMSS, exercícios globais para MMSS, exercícios para cintura escapular, mobilização escapular, alongamento de extensores de pescoço, escalenos e ECOM, técnica de Jones nas musculaturas do ECOM, trapézio e escalenos, mobilização neural para o nervo mediano e manipulação com thrust de C3, C4 e C6.

Conforme Fonseca, Tambellini e Barbosa (2004), as disfunções na região cervical, por ser uma zona excelente com características específicas na dinâmica de seu funcionamento, requerem precauções próprias nas formas de abordagem e de utilização das técnicas manuais. Contudo, Tosano (2006) aborda que quando os recursos são utilizados corretamente, estes são capazes de amenizar a dor por um longo período e o resultado pode ser observado a partir da aplicação da técnica apropriada.

Diante disso, Marinzeck e Souvlis apud Phty, **([2009?])** comprovaram em uma pesquisa que é possível visualizar um efeito positivo na função autonômica após uma manipulação (thrust) cervical. O ato de perceber essa interação entre a dor e a função autonômica propõe uma confirmação indireta de que a terapia manual provê um estímulo adequado para se ativar os sistemas inibitórios de dor descendentes que se projetam do mesencéfalo (VICENZINO; COLLINS; WRIGHT, 1998).

Com isso a paciente apresentou melhora dos sintomas dolorosos após a realização da mobilização neural à esquerda e teve uma redução significativa da dor após as técnicas de liberação de ponto tensão e pompagens, a melhora na ADM cervical veio depois da realização das manobras de Thrust.

Para a reavaliação da amostra foi reaplicado os testes de inspeção estática e dinâmica, palpação, testes osteopáticos e de tensão neural. Após as 4 sessões de tratamento, foi possível constatar que os sintomas álgicos da paciente haviam melhorado, relatando a mesma, diminuição nas dores nos músculos citados na avaliação. Já para os sinais presentes na avaliação constatou-se uma melhora na dor, na palpação e na mobilidade articular da cervical.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se, após reavaliação fisioterapêutica, que os resultados do tratamento foram satisfatórios e podem ser listados como diminuição do quadro álgico, aumento da mobilidade articular e ganho de amplitude de movimento - ADM. Constatando-se que a mobilização neural realizada no membro superior acometido é eficaz para a redução do quadro doloroso, a pompage promoveu a diminuição da dor em todos seus aspectos, como na intensidade, na duração e na frequência. Os pontos gatilhos e a hipertonia também diminuíram, tendo um resultado satisfatório; a melhora na ADM do pescoço veio depois da realização das manobras de Thrust na cervical afirmando que estes recursos podem ser utilizados nas disfunções citadas.

Estabelece-se, então, que a terapia manual com manobras para tecidos moles e cervicais apresentou eficácia e deve ser utilizada para o tratamento das disfunções cervicais. Dessa forma, espera-se que este relatório possa despertar interesse para a realização de novas pesquisas e que a utilização das técnicas citadas se apliquem ao campo da fisioterapia em relação às disfunções cervicais.

6 Referências

ARANHA, S. F.; PERNAMBUCO, R. A. **Diagnóstico diferencial das cervicais**. Temas de reumatologia clínica, [S.I.], v. 2, n.1, mar. 2001. Disponível em: <<http://www.cerir.org.br/revistas/marco2001/cervi.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

BIENFAIT, M. **Fáscias e pompages**: estudo e tratamento do esqueleto fibroso. 2.ed. São Paulo: Summus, 1999.

BIENFAIT, M. **As bases da fisiologia da terapia manual**. São Paulo: Summus, 2000.

CHAITOW, L. **Teoria e prática da manipulação craniana: abordagens em tecidos ossos e mole**. São Paulo: Manole, 2001.

FONSECA, Josiane G; TAMBELLINI, Anamaria T; BARBOSA, Luís Guilherme. Estudo comparativo das técnicas de terapias manuais usadas na fisioterapia como forma de abordagem terapêutica das cervicalgias de origem musculoesquelética. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 2, p.155, 2004. Disponível em: <http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2004_2/resumos/cad20042_josiane.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

MACIEL, R. N. Parafunções-Disfunções. In:____. **Oclusão e ATM**. Procedimentos clínicos. São Paulo: Santos, 1998, cap. 1, p. 195-202.

MARQUES, C.de C. et AL. Manipulação nas disfunções músculo-esqueléticas. **Revista Fisio Brasil**, ano 10, n. 78, jul./ago. 2006.

PHTY, Thomas Deeg B.hsc; PHTY, M. **A Terapia Manual é uma forma eficaz de tratamento provida por Fisioterapeutas. [2009?]**. Disponível em: <<http://www.santafisio.com/trabalhos/ver.asp?codigo=166>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

SILVA, Márcio José Régis da. Prevalência de cervicalgia em pilotos de helicóptero da FAB. **Rev. Unifa**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 21, p.22-32, jul. 2009. Disponível em: <http://www.revistadaunifa.aer.mil.br/index.php/ru/article/view/290/pdf_34>. Acesso em: 16 ago. 2010.

TOSANO, Juliana de Paiva et al. **Avaliação da dor em pacientes com lombalgia e cervicalgia**. 2006. p.74,76. Disponível em:<http://www.coluna.com.br/revistacoluna/volume6/p.73-77_lomb_cerv_final.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2010.

VICENZINO, B.; COLLINS, D.; WRIGHT, A. An investigation of the interrelationship between manipulative therapy-induced hypoalgesia and sympathoexcitation. **Journal Of Manipulative And Physiological Therapeutics**, p. 448-453. 1998. Disponível em: <<http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:351113>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

VIEL, É.; ESNAULT, R. **Lombalgias e cervicalgias da posição sentada**. São Paulo: Manole, 2000, 163 p.

WOSIACK, W. F. **Análise postural no trabalho de um cirurgião oncológico**: estudo de caso. 2002. 106 f. Dissertação (Mestre) - Curso de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.ergonet.com.br/download/analise-woldir.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2010.