

CENTRO UNIVERSITARIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA E
DESPORTIVA

A CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS BURSITES DE OMBRO: UMA
REVISÃO DA LITERATURA

Fabiana Alcântara Alves

NATAL/RN

2012

Fabiana Alcântara Alves

**A CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS BURSITES DE OMBRO: UMA
REVISÃO DA LITERATURA**

*Trabalho apresentado ao Programa de
Pós-Graduação Lato Sensu, em
cumprimento à exigência para a conclusão
do Curso de Especialização em Fisioterapia
Ortopédica e Desportiva – turma 4 da UNI-
RN.*

Orientador: Prof. Dr. Wouber Héricksen de Brito Vieira

NATAL/RN

2012

A CINESIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS BURSITES DE OMBRO: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Fabiana Alcântara Alves

RESUMO: Bursite de ombro consiste na inflamação na bolsa serosa em que se desencadeiam vários sintomas, que pode ocorrer pelo uso prolongado e repetitivo dos músculos do ombro com o braço no nível ou acima da articulação. O tratamento da bursite pode ser farmacológico e não farmacológico, sendo este representado por algumas modalidades terapêuticas dentre elas destaca-se a cinesioterapia. Os resultados mostram que os pacientes apresentam melhoras na dor e amplitude de movimento com bom retorno funcional. Portanto, o presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva abordando o papel da cinesioterapia na reabilitação da bursite do ombro.

Palavras-Chave: Ombro, Bursite, Tratamento, Algia, Cinesioterapia, Amplitude de Movimento (ADM).

ABSTRACT: Shoulder bursitis is the inflammation in the bag that trigger multiple serous symptoms, which can occur when using extended and repetitive of the shoulder muscles in the arm with the level or above the articulation. The treatment of bursitis can be non-pharmacologic and pharmacologic, therapeutic modalities, this represented by some among them stands out the Kinesis. The results show that patients show improvement in pain and range of motion with functional good return. Therefore, the present study is a descriptive bibliographic research addressing the role of Kinesis in rehabilitation of shoulder bursitis.

Keywords: ShoulderBursitis, treatment, Algia, Kinesis, range of motion.

1 INTRODUÇÃO

Com a globalização ocorreram rápidas mudanças nas condições de trabalho em todo o mundo. Os países desenvolvidos participam da competitividade global para aumentar seus esforços e produção. Esses objetivos são marcados pelas más condições no trabalho que podem gerar doenças como, por exemplo, tenossinovites, bursites, sinovites, dorsalgias, dentre outros distúrbios nos tecidos moles. As Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) estão diretamente relacionadas à realização de atividades ocupacionais e às condições de trabalho (IKARI et al, 2007; BRASIL, 2005).

Um das articulações mais acometidas é o complexo do ombro dado os graus de liberdade para o movimento articular. Essa grande amplitude de movimento do ombro possibilita o posicionamento adequado da mão para realização tanto de movimentos grosseiros como finos. Contudo, o alto grau de mobilidade requer algum comprometimento de estabilidade, o que, por sua vez, aumenta a vulnerabilidade da articulação do ombro para a lesão, especialmente nos movimentos acima da cabeça (PRENTICE, 2002).

Segundo Spence (1991), o ombro ou articulação glenoumeral é constituído pela junção da cabeça do úmero com a cavidade glenóide, sendo a articulação mais móvel do corpo, conseguindo realizar os movimentos mais amplos. O complexo articular do ombro é composto de 20 músculos, 4 articulações ósseas (glenoumeral, esternoclavicular, acromioclavicular e escapulotorácica). Observa-se ainda uma importante formação músculo-tendinosa para a articulação do ombro, o manguito rotador, formado pelos músculos supra-espinhoso, infra-espinho, sub escapular e redondo menor.

O complexo do ombro com seus diversos componentes é comumente acometido pelas DORTs, já que é responsável pela execução da maior parte da movimentação e posicionamento do membro superior no espaço (BRASIL, 2005).

A maioria das lesões do ombro representa o resultado de uma atividade repetitiva realizada acima da cabeça (microtraumatismo) ou de uma força significativa (macrotraumatismo) nessa região. Por não ser composto de

uma articulação única, mas sim de um conjunto funcional que permite unir o membro superior ao tórax, o complexo articular do mesmo trabalha sincronicamente, permitindo aos membros superiores grandes amplitudes de movimento e quando uma de suas estruturas está lesionada, ocorre o mau funcionamento do mesmo (FONTANA, 2005; DALBOSCO, 2004).

A bursite é uma das patologias que acometem o ombro com maior incidência e se caracteriza por uma inflamação com dor de uma bolsa (bursa: um saco achatado que contém líquido sinovial) podendo resultar do uso excessivo de uma articulação de maneira crônica, de feridas, ou mesmo associada a outras doenças como a artrite gotosa ou processos infecciosos. Entretanto, a bursite está normalmente associada a inflamação de músculos adjacentes, principalmente o supra-espinhoso determinando a chamada síndrome do impacto sobretudo nos movimentos de elevação do ombro (abdução, flexão associados a rotação medial) (MERCK, 2010).

A falta de movimento em alguma das articulações, mesmo nas menores (acromioclavicular, esternoclavicular) provoca sobrecarga nas outras, podendo ser a origem de lesões degenerativas ou inflamatórias, além disso, qualquer distúrbio nessas articulações pode afetar a coordenação rítmica, acarretando prejuízos a toda cintura escapular (MORELLI & VULCANO, 1993; VEADO & FLORA, 1994).

Lech & Severo (1998) citam que a bursite ocorre mais comumente acima dos 40 anos e com mais frequência em mulheres (75% dos casos), sendo o membro superior direito o mais acometido.

Para controle do quadro algico da bursite há alguns recursos fisioterapêuticos, em destaque a cinesioterapia. As técnicas de mobilização dos tecidos moles e articulações são manobras aplicadas de forma suave e em pequena amplitude. As trações de grau I e II são muito comuns de se usar para alívio de dor. Por outro lado, as mobilizações articulares de grau III restabelecem e mantêm o funcionamento normal e indolor em articulações com hipomobilidade reversível e, podem retardar a hipomobilidade articular progressiva (KALTERBORN, 2001).

O objetivo deste trabalho é analisar e elucidar a eficácia da cinesioterapia aplicada nas articulações e nos tecidos moles que constituem o ombro oferecendo maiores informações sobre as formas de tratamento da

bursite de ombro, desde o momento inicial da dor, até o diagnóstico; focando principalmente a eficácia da cinesioterapia nessa patologia reduzir as manifestações clínicas e melhorar a funcionalidade do ombro.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fisiologia do ombro

O complexo do ombro é formado pelos ossos úmero, escápula e clavícula que constituem quatro articulações: esternoclavicular, acromioclavicular, glenoumeral e a escapulotorácica e permitem movimentos nos três planos: sagital, frontal e transverso.

Do ponto de vista cinesiológico o complexo do ombro possui quatro grupos de movimento nos diferentes planos, a saber: Plano sagital: flexão, extensão e hiperextensão; no plano frontal: abdução e adução; e no plano transverso: rotação medial e rotação lateral; abdução horizontal e adução horizontal e circundução (LIPPERT, 2003; HAMILL & KNETZEN, 2008).

LIPPERT (2003); HALL (2000) sugerem que durante os primeiros 30° de abdução ou flexão do ombro não há movimento escapular sendo todo movimento realizado na articulação glenoumeral. Quando esse ângulo de elevação ultrapassa os 30° entra em ação o ritmo escapuloumeral que é definido como rotação da escápula para cima em 1° para cada 2° de abdução ou flexão, numa relação de 2:1. Para alcançar as grandes amplitudes de movimento além do ritmo escapuloumeral é necessário os movimentos que ocorrem nas outras articulações como elevação da clavícula em cerca de 45 a 50° de movimento na articulação esternoclavicular para realização de 90° de abdução ou flexão, e a rotação na articulação acromioclavicular que ocorre nos primeiros 30° de elevação.

De acordo com Lianza (2007), o ombro é a articulação do corpo humano com maior amplitude de movimento, o que explica o grau de “instabilidade natural” existente, ao ponto de corresponder a mais de 50% das luxações articulares do corpo. A grande ADM da articulação permite amplos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação externa e rotação interna.

Apesar da “instabilidade natural”, o complexo ombro / cintura escapular possui estruturas estabilizadoras estáticas e dinâmicas. - Estabilizadores estáticos: cápsula articular, fossa glenóide, lábio glenoidal, ligamentos glenoumerais e intervalo dos rotadores (espaço entre a margem anterior do músculo supra-espinhoso e a margem superior do subescapular, contendo no seu interior o tendão da cabeça longa do bíceps, ligamento coracoumeral e o ligamento glenoumeral superior). - Estabilizadores dinâmicos: os 4 músculos do Manguito Rotador e escápulo-umerais. O equilíbrio, a biomecânica e a localização destes músculos proporcionam estabilidade e mobilidade da articulação do ombro.

O manguito Rotador é um grupo muscular formado por quatro músculos: supra-espinhoso, infra-espinhoso, redondo menor e subescapular tendo como função principal manter a cabeça do úmero na cavidade glenóide quando o úmero se movimenta garantindo a estabilização da articulação do ombro (TORTORA & GRABOWSKI, 2002; HALL, 2000).

O supra-espinhoso impede os deslocamentos superiores e pressiona a cabeça do úmero para dentro. O infra-espinhoso e redondo menor impedem os deslocamentos anteriores e pressiona a cabeça do úmero para dentro e para baixo, e Subescapular impede os deslocamentos posterior da cabeça do úmero além de pressiona-la para dentro e para baixo (CALAIS-GERMAIN, 2002). Segundo Moreira e Carvalho (1996), existem várias causas para as patologias do ombro, dentre elas, a etiologia traumática é constatada em 50% dos casos, enquanto as degenerativas em 42%, e as demais causas são responsáveis por 8%:

São dezesseis músculos envolvidos com todos os movimentos do ombro, e podemos dividir em cinco músculos do cingulo do membro superior e onze com o ombro. Os cinco músculos do cingulo do membro superior são: trapézio, serrátil anterior, rombóides, levador da escápula e peitoral menor. Já os onze músculos do ombro são: deltóide, peitoral maior, redondo maior, grande dorsal, coracobraquial e os músculos do manguito rotador: o supra-espinhoso, infra-espinhoso, redondo menor e subescapular, bíceps braquial e tríceps braquial (TORTORA & GRABOWSKI, 2002).

2.2 Bursite

Bursite é uma inflamação aguda ou crônica de uma bolsa serosa. Segundo Oliver (2003) a bursite é uma patologia decorrente de um processo inflamatório das bursas (pequenas bolsas de paredes finas, constituídas de fibras colágenas e revestidas de membrana sinovial), que são estruturas localizadas geralmente próximas às inserções tendinosas e articulares. Acomete freqüentemente cotovelos, quadris, joelhos, ombro e pés. O quadro clínico inclui principalmente dores na região acometida, que podem irradiar para regiões próximas. Essa entidade clínica caracteriza-se por manifestações de dor do tipo miofacial associadas ou não com queixa de dor aos movimentos em trajeto de tendões nos membros superiores e na região cervical (FERNANDES, 2007)

A bursite pode caracterizar-se de duas formas: aguda, causada por uma infecção ou pela gota, que é particularmente dolorosa e a zona afetada torna-se avermelhada e ao tato sente-se calor. Já a crônica, resulta de ataques anteriores de bursite aguda ou de lesões, cujo controle da bursite crônica podem durar de alguns dias a várias semanas, e com freqüência são recidivantes (SILVA, 2008).

2.3 Bursite de ombro

A anatomia do complexo articular do ombro, permite uma enorme amplitude do movimento e dessa forma favorece o posicionamento distal preciso da mão, criando os movimentos grosseiros e habilidosos. Contudo, o alto grau de mobilidade requer algum comprometimento da estabilidade, o que por sua vez, aumenta a vulnerabilidade dessa articulação à lesão, principalmente nas atividades dinâmicas de movimentos acima da cabeça. O complexo da cintura escapular é composto por três ossos e para que tenha o movimento dinâmico e a estabilização do complexo do ombro, requer que haja a função integrada de todas as quatro articulações (SCHNEIDER, 2003).

Reis; Moro; Sobrinho (2003) explica que o ombro é formado por um conjunto de articulações que funcionam de forma harmônica com a atuação de diversos tendões e músculos, sendo que a contração sincronizada destes músculos proporciona uma alta mobilização da articulação glenomeral, o que pode ocasionar várias lesões, principalmente quando o braço, em sua atividade de trabalho for elevado acima do nível dos ombros. Movimentos excessivos de abdução acima de 90º graus predisõem o indivíduo ao surgimento da bursite subacromial, devido à compressão mantida e repetitiva desta região, desencadeando dor e restrição da amplitude do movimento.

As bursites localizam mais freqüentemente nos ombros e causam dor regional, principalmente na realização de movimentos com abdução, rotação externa e elevação do membro superior. Quando o tratamento não é adequado, a dor irradia-se para a região escapular ou braços e gera incapacidade funcional que culmina com a instalação do “ombro congelado”.

2.4 Tratamento

O tratamento do paciente com diagnóstico de síndrome de bursite é clínico, a partir de uma boa anamnese, exame físico especializado e a complementação com exames por imagem. O tratamento consiste inicialmente de cuidados anti-inflamatórios, analgésicos, orientações e fisioterapia. Depois, enfatizam-se os exercícios de fortalecimento muscular orientado. A maioria dos pacientes obtém melhora, seguindo os cuidados corretamente. Os pacientes que não melhoram após seis meses de tratamento, tem indicação para o tratamento cirúrgico.

A permanência da bursite se não tratada, podem ao longo dos anos, evoluir para um ombro congelado, capsulite adesiva, ou mesmo, acabar em rotura dos tendões do manguito rotador.

Exercícios apropriados, incluindo os de alongamento e de força ajudam a manter a cartilagem saudável, aumentam a amplitude dos movimentos da articulação e fortalecem os músculos circunvizinhos, de modo que eles possam absorver melhor os choques. O exercício deve ser equilibrado com o repouso das articulações doloridas.

2.4.1-Tratamento Proposto para Bursite de ombro

Deve-se iniciar o tratamento, debelando o processo álgico, aliviando assim as dores do paciente, utilizando meios como a crioterapia, o Ultra-som, TENS, Massoterapia e alongamentos. Conforme ocorra o alívio desses sintomas, acrescenta-se a cinesioterapia, sendo o propósito deste trabalho demonstrar a eficiência e necessidade dos movimentos para uma boa recuperação.

Do ponto de vista da manutenção da mobilidade tem sido sugerida a realização de 3 séries de 5 a 10 repetições, com intervalos de 2 a 3 minutos a cada série.

De acordo com Magnusson (1998) o alongamento repetido da unidade músculo-tendínea para um comprimento constante reduz significativamente a tensão passiva do tecido, fato que pode comprovar o motivo do ganho de amplitude de movimento. Tais aumentos de amplitude podem ser ainda, decorrentes da melhoria das atividades neurais (KUBO, 2000), bem como do restabelecimento da artrocinemática do ombro (SOUZA, 2001). Todavia, deve-se levar em conta o fator idade e características fisiológicas de cada indivíduo, bem como a técnica utilizada.

Eletroterapia

- Crioterapia

De acordo com Dolken (2008), o frio desencadeia mecanismos transitórios de alívio de Dor. A dor é suprimida, tanto no sistema nervoso periférico (dessensibilização dos receptores) como no SNC (inibição/ fechamento das comportas contra os impulsos vindos através das fibras C, com ativação das fibras aferentes A-delta). A redução do edema é atribuída à vasoconstrição imediata das arteríolas e vênulas, o que reduz a circulação para a área e assim diminui o extravasamento de fluido para o interstício. Esse efeito é aumentado pela redução no metabolismo celular e substâncias vasoativas, como a histamina,

que também são associadas com o resfriamento. Trata-se de uma medida freqüentemente usada como forma de terapia, onde as aplicações são de em torno de 20 minutos para alívio de dor (Kitchen, 2003).

- Ultra-som

As ondas sonoras provocam estímulos mecânicos e térmicos no interior dos tecidos. As ondas que incidem sobre os tecidos desencadeiam fricções em suas diferentes camadas, sobretudo nas camadas limítrofes, produzindo calor como manifestação secundária, assim como hiperemia ativa por intermédio do sistema nervoso dos vasos. A irritação mecânica estimula sensores que respondem à pressão, os alongamentos e às vibrações. Esses impulsos são transmitidos aos centros nervosos através de fibras aferentes de grosso calibre (Dolken, 2008).

De acordo com Kitchen (2003), tendo controle sobre a freqüência de saída do ultra-som o terapeuta pode controlar a profundidade para onde a energia poderá ser direcionada. Dessa forma, quanto mais alta a freqüência, mais superficial a profundidade da penetração, levando a rápida atenuação do ultra-som e causando um efeito biológico principalmente por meio de mecanismos térmicos. Em uma lesão de pele superficial o terapeuta escolheria um aplicador de 3MHZ diferentemente de uma lesão muscular profunda em que se utiliza um aplicador de 1MHz. A intensidade usada em condições agudas, não deve ultrapassar de 0,5 W/cm² e para condições crônicas os níveis não devem ultrapassar 1 W/cm². A duração do tratamento dependerá da área da lesão. Hoogland (1986) recomenda um tempo de tratamento máximo total de 15 minutos e que pelo menos um minuto deva ser gasto no tratamento de uma área.

- Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS)

Para Kitchen (2003), a estimulação elétrica Nervosa transcutânea é uma técnica analgésica usada principalmente para o manejo sintomático da dor aguda e crônica. Durante aplicação da TENS, são geradas correntes pulsadas e essas são enviadas através de superfície intacta da pele por meio de placas condutoras chamadas eletrodos. A TENS convencional opera com frequência de pulso entre 1 e 250 p.p.s, em um regime de 20 minutos.

Segundo Dolken (2008), a corrente elétrica de baixa frequência estimula as fibras A-delta de condução rápida, fato que inibe os receptores para a dor.

Na prática, cada paciente pode ter uma preferência individual de frequências e padrões de pulso e voltará para essas regulagens nas sessões de tratamento subsequentes (Johnson, Ashton e Thompson, 1991b).

- Massoterapia

As técnicas de massagem, quando aplicadas à musculatura, favorecem sua perfusão e a irrigação do músculo acidificado. Os mediadores da dor decompõem-se e a oxigenação do tecido melhora (Dolken, 2008).

Bastões

De acordo com Hall (2000), os bastões devem ser usados em pacientes que apresentam controle muscular voluntário no membro superior afetado. O mecanismo da utilização do bastão baseia-se no movimento guia, ou seja, o paciente segura o bastão com ambas as mãos; e o membro normal guia o membro comprometido. Esse dispositivo pode ser usado para ganhar

amplitude em movimento de flexão de ombro, onde o bastão é levantado para frente e para cima com extensão do cotovelo sem permitir elevação escapular ou torção de tronco; abdução e adução horizontal de ombro no qual o paciente ergue o bastão à 90° de flexão de ombro com o cotovelo estendido, direcionando-o para o lado e para trás cruzando o tórax.

No lado que o ombro é abduzido o cotovelo mantém-se em extensão, já no lado aduzido ocorre à flexão. É importante salientar que é necessário observar o paciente durante o exercício para evita que este faça movimentos indesejados (AMATUZZI, 1999).

Exercícios Pendulares (Codman)

Segundo Kisner (1998), a posição do paciente e procedimento: em pé, com o tronco fletido nos quadris cerca de 90°. O braço fica pendurado solto em uma posição entre 60° e 90° de flexão ou flexão no plano escapular. Iniciar um movimento de pêndulo ou balanço do braço fazendo o paciente mover o tronco levemente para frente e para trás. Podem ser feitos movimentos de flexão, extensão, abdução e adução horizontal, e circundução. Aumentar o arco de movimento conforme o tolerado. Esse exercício pode ser feito também na posição deitada em decúbito ventral com o membro superior pendente fora da maca.

Exercícios Isométricos

Os exercícios isométricos devem ser aplicados ao longo de uma seqüência que vai de contração muito suave até a máxima e empregada em comprimentos musculares e ângulos articulares variáveis. Ainda de acordo com Kisner (1998), a escolha da intensidade, do comprimento muscular, do ângulo articular e do número de repetições baseia-se na força, no estágio de recuperação após a lesão ou cirurgia. Em geral, é aplicada uma resistência manual do terapeuta ou mesmo do paciente contrário ao movimento desejado visando um melhor ganho de força.

Exercícios de Cadeia Cinética Aberta e Fechada

Para Kisner (1998), há vários exercícios de fortalecimento em cadeia cinética aberta e fechada, que visam à melhora de amplitude de movimento e força do paciente. Entre eles, são utilizados desde o ativo livre contra a gravidade, os halteres e faixas elásticas de diferentes resistências, para fortalecer os vários grupos musculares, sendo sempre de forma gradativa e consciente, respeitando a dor e o limite do paciente.

3 METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo levantamento bibliográfico mediante busca de livros, dissertações e teses, e artigos científicos em bibliotecas locais e bases de pesquisa como Scielo, Lilacs e Google acadêmico sobre o assunto discutido. Esta busca serviu de embasamento teórico para a produção do presente artigo. Esse tipo de pesquisa tem como principal vantagem na possibilidade de expor sobre os principais aspectos das doenças ocupacionais, focando principalmente no tratamento da bursite de ombro. Este tipo de artigo serve ainda para reunir as discussões dos autores sobre o tema abordado.

Esse trabalho seguiu uma série de etapas que incluiu a escolha do tema, o levantamento bibliográfico, leitura do material, análise do conteúdo, interpretação e por fim a elaboração do presente estudo fundamentado nos autores citados no decorrer do trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O presente estudo teve o propósito de destacar a eficácia da cinesioterapia no tratamento conservador das bursites de ombro, enfocando a necessidade do uso dos músculos corretos para contrapor os comprometimentos identificados. De acordo com os autores referenciados nos artigos, o papel da bursa é o de proteger a articulação durante os movimentos. Constata-se que a incidência de bursite é alta na população, principalmente nos profissionais que trabalham excessivamente com os membros superiores.

Este tipo de lesão pode aparecer também de forma espontânea, em geral a partir dos 40 anos de idade e acomete um grupo de tendões chamado de manguito rotador.

Dessa forma pode-se observar a importância de se fazer um tratamento adequado, respeitando o paciente, pois como se constatou, os exercícios ao contrário do que muitos pensam, ao invés de prejudicar a articulação do ombro na bursite, trazem enormes benefícios, desde o alívio de dor, até o retorno do paciente de maneira mais rápida a suas atividades de vida diária.

Como descrito por Veado & Flora (1994) e Morelli & Vulcano (1993), a falta de movimento em alguma das articulações, mesmo nas menores (acromioclavicular, esternoclavicular), provoca sobrecarga nas outras, podendo ser a origem de lesões degenerativas ou inflamatórias. Além disso, qualquer distúrbio nessas articulações pode afetar a coordenação rítmica, acarretando prejuízos a toda cintura escapular. Por este motivo elaborou-se um protocolo de terapia manual com o objetivo de restabelecer toda a artrocinemática do ombro e, conseqüentemente, melhorar a amplitude de movimento.

Tixa e Ebenegger (2003) afirmam que toda restrição de mobilidade afetando uma das outras articulações do complexo articular do ombro vai ter conseqüências sobre a mobilidade da clavícula, por isso sugere protocolos envolvendo terapia manual e cinesioterapia.

Souza (2001) diz que os músculos do manguito rotador induzem à abdução da escápula, que é contrabalanceada pelos músculos rombóides e elevador da escápula e pelas fibras superiores do trapézio. Esse equilíbrio é fundamental para a adequação dos ritmos escapulotorácico e escápuloumeral durante os movimentos do membro superior, por isso foram utilizadas técnicas miofasciais para reestabelecer o equilíbrio entre essas musculaturas e promover a melhora das amplitudes de movimentos. O sincronismo de ação entre os movimentos da escápula em relação ao gradil costal e ao úmero, nos ritmos escapulotorácico e escápuloumeral respectivamente, constitui-se em um dos fatores mais importantes da estabilização das articulações do complexo do ombro durante os movimentos funcionais. Este fato pode explicar a pouca melhora da amplitude de alguns movimentos como na flexão e na abdução do ombro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível por meio dessa pesquisa bibliográfica evidenciar a importância da cinesioterapia no tratamento das bursites de ombro. Foram analisadas num primeiro momento a fisiologia do ombro, os principais distúrbios ósteo-mio-articulares que ocorrem no ombro, dando ênfase à inflamação na bolsa serosa, mais conhecida como bursite de ombro.

Vários pacientes podem ser portadores da bursite de ombro, mais cada um poderá demonstrar uma reação e/ou alteração de forma diferente, então o tratamento deve ser individualizado e integral. Por isso, deve-se inicialmente realizar uma avaliação completa no paciente, identificando os achados clínicos, onde serão de suma importância para a montagem dos objetivos da terapia e a escolha da conduta fisioterapêutica mais eficaz para o paciente.

A intervenção fisioterapêutica é realizada através de alguns recursos que a fisioterapia disponibiliza, tais como: eletroterapia; crioterapia, massoterapia; e a cinesioterapia (exercícios terapêuticos, alongamentos balístico ou estático, o fortalecimento muscular na região do ombro e entre outros). Esses recursos irão atuar diretamente no controle da dor, redução do quadro inflamatório, diminuição da rigidez articular, restauração de ADM e ganho de força muscular, por isso exige um conhecimento completo da parte do fisioterapeuta diante desses recursos e da patologia relatada. É importante salientar também que, se deve respeitar sempre o limite do paciente durante a terapia, ou seja, toda a evolução do programa de tratamento planejado deverá respeitar a resposta do paciente.

Diante do exposto, foi possível ter uma melhor compreensão do assunto abordado, e ao mesmo tempo em que conscientizou sobre a importância da orientação por parte do fisioterapeuta ao paciente e da prevenção, bem como um tratamento bem elaborado com exercícios promovendo respostas positivas e uma melhor qualidade de vida ao paciente.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Lesões por esforços repetitivos (Ler): distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2001a. 35p.

_____. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001b. 580p.

DOLKEN, Mechthild. **Fisioterapia em ortopedia**. Livraria Editora Santos, São Paulo, 2008.

FREITAS, C. A.; ARAÚJO, P. A. de. **Tratamento osteopático sobre o tecido conectivo no ombro rígido: uma revisão crítica da literatura**. Monografia/ Centro de Pesquisa e Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, 2005.

PEÇANHA. Marcelo. **Neuroacústica aplicada no tratamento de uma paciente com diagnóstico de bursite aguda**. Psicanalista clínico, pesquisador e autor do Método Neuroacústica; Psicólogo, análise bioenergética CBT, máster practitioner em PNL, Santa Catarina.

SILVA, M.A. D.; MARCHI, R. **Saúde e Qualidade de Vida no Trabalho**. São Paulo: Círculo do Livro, 1997.

SILVA, Carlos Roberto Lyra da. SILVA, Roberto Carlos Lyra da. VIANA, Dirce Laplaca. **Compacto dicionário ilustrado de saúde**. 3.ed.- São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

“MEDICINA DE REABILITAÇÃO” - Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação - Academia Brasileira de Medicina Física e Reabilitação - Sérgio Lianza - Quarta Edição - Editora Guanabara Koogan - 2007.

“NOÇÕES PRÁTICAS DE REUMATOLOGIA - Volume I” - Caio Moreira, Marco Antônio P. Carvalho - Livraria e Editora Heath - 1996.

FISIOLOGIA ARTICULAR - MEMBRO SUPERIOR - Volume I” - A. I. Kapandji (Ibrahim Adalbert) - 5ª Edição - Editorial Médica Panamericana - Maloine - 2000.

TORTORA, G. J., GRABOWSKI, Sandra R. Princípios de Anatomia e Fisiologia. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LIPPERT, L. S. Cinesiologia clínica para fisioterapeutas. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CALAIS-GERMAIN, B.. Anatomia para o movimento. São Paulo; Manole, 2v. 2002

HALL, S.J. Biomecânica Básica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

AMATUZZI MM, Greve JMD. Medicina de Reabilitação Aplicada à Ortopedia e Traumatologia. São Paulo: Roca; 1999.

GHORAYEB, N.; BARROS, T. L. **O exercício:** preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

NORKIN, C.; LEVANGIE, P. **Complexo do ombro:** estrutura e função parte V- ação muscular. Terapia manual [Periódico on line] 2004. Disponível em: http://www.terapiamaneual.com.br/br/artigos.php?v=1&pg=artigos/ombro_parte1-1.htm. Acesso em: 29 DE FEVEREIRO 2012.

MORELLI, R. S. S.; VULCANO, D. R. Princípios e procedimentos utilizados na reabilitação das doenças do ombro. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 28, n. 9, p. 653-656, set. 1993.

LECH, O.; SEVERO, A. Ombro e cotovelo. In: HEBERT, S.; XAVIER, R. **Ortopedia e traumatologia: princípios e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 124- 154.

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

TIXA, S.; EBENEGGER, B. **Atlas de técnicas osteopáticas para as articulações dos membros**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

VEADO, M. A. C; FLORA, W. Reabilitação pós-cirúrgica do ombro. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 29, n. 9, p. 661-664, set. 1994.

KISNER, C.; COLBY, L.A. Exercícios Terapêuticos: Fundamentos e Técnicas. 3. ed. São Paulo: Manole, 1998.

HOOGLAND, R (1996) Ultrasound Therapy. Enraf Nonius, Delf, Holland.

JOHNSON, MI, ASHTON, CH, THOMPSON,JW (1991b) The consistency of pulse frequencies and pulse patterns of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) used by chronic pain patients. Pain 44: 231-234.