

O EFEITO DO MÉTODO PRT NA DIMINUIÇÃO DA DOR EM PACIENTES COM PONTOS-GATILHOS NO MÚSCULO TRAPÉZIO SUPERIOR. XII INIC / VIII EPG - UNIVAP 2008

João Paulo Freitas¹, Karine Marcondes Armstrong, Aline Cristina Carrasco, Cássio Silva Pereira, Vanessa Cristina Novak, Rodrigo Silveira de Sales Dias, Landulfo Silveira Junior.

¹UNICENTRO/Fisioterapia, Quintino Bocaíva, 53. Guarapuava, PR. Cep: 85012-290. jpfisio@bol.com.br

²UNIVAP/IP&D, landulfo@univap.br

Resumo – A dor de origem miofascial é comum na região cervical, em especial no músculo trapézio superior. O posicionamento e a dígito pressão são técnicas comumente utilizadas para o alívio da dor. O objetivo deste trabalho foi verificar a eficácia de uma técnica de posicionamento e dígito-pressão na diminuição da dor provocada por pontos-gatilhos miofasciais no músculo trapézio superior. A pesquisa foi realizada no consultório de Ortopedia e Fisioterapia na cidade de Guarapuava – PR, no período de julho a setembro de 2005. A amostra foi composta por dez (10) indivíduos do sexo feminino, que apresentavam pontos gatilhos miofasciais ativos no músculo trapézio superior. A escala visual análoga da dor foi aplicada antes e após a execução de uma técnica de posicionamento para alívio da dor associada a dígito-pressão, derivada da técnica de Jones (Terapia de Liberação Posicional). A análise dos resultados demonstrou que todas as pacientes apresentaram melhora da dor após a aplicação da técnica. O posicionamento associado a dígito-pressão mostrou-se eficaz na redução imediata da dor em pontos-gatilhos no músculo trapézio superior, podendo ser adicionada às demais técnicas disponíveis para o tratamento de pontos-gatilhos.

Palavras-chave: Analgésica, Manipulações Musculoesqueléticas, Ponto gatilho, Dígito-pressão.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde/Fisioterapia.

Introdução

A dor de origem miofascial é hoje um assunto de bastante interesse (GRAVE,1993). Segundo Azanbujá, (2004) qualquer músculo pode desenvolver uma síndrome dolorosa miofascial (SDM) com ponto gatilho (PG). Sendo que este é com frequência a principal causa de dor neuromuscular. As síndromes dolorosas da região cervical e da cintura escapular são prevalentes, com maior incidência em mulheres. O trapézio superior, os escalenos, o esternocleidomastóideo e o elevador da escápula são os músculos mais comprometidos na região cervical e cintura escapular (ALVARES, 2002; SIMONS, 2002; CARVALHO,2001).

Na Classificação do Comitê de Taxonomia da IASP (*International Association for Study of Pain*) a SDM é uma disfunção muscular regional causada pela presença de PGs. É uma fonte extremamente comum de dor e a característica clínica básica consiste em dor localizada, associada a bandas tensas palpáveis, nas quais encontramos um ponto miálgico, o PG, que produz dor referida em áreas distantes ou adjacentes (MUSSUE, 1995). Os sintomas com frequência são reproduzidos através da palpação sustentada. Estes podem ser ativos ou latentes. Os PGs ativos são um foco de hipersensibilidade sintomático, causando um padrão de dor referida específico para cada

músculo. Produz dor espontânea ao movimento, restrição da amplitude de movimento, sensação de diminuição da força muscular, dor à palpação e bandas musculares tensas. Os latentes não causam dor durante as atividades físicas normais, são menos dolorosos à palpação e produzem menos disfunções que um PG ativo. Quando são suficientemente sobrecarregados tornam-se ativos, produzindo quadros dolorosos e incapacidade funcional. PGs secundários podem desenvolver-se devido à sobrecarga de um músculo como sinergista ou como um antagonista opositor às forças exercidas por um músculo com PGs primários. O desenvolvimento de PGs no trapézio superior geralmente relaciona-se com o uso dos membros superiores elevados. Os PGs do trapézio superior são encontrados na região interescapulovertebral com dores referidas nas regiões temporal e pósterolateral cervical e atrás do pavilhão auricular (MUSSUE,1995; CALLIET, 2000).

O objetivo deste trabalho foi verificar a eficácia da técnica de posicionamento associado a dígito-pressão na diminuição da dor provocada por PGs miofasciais no músculo trapézio superior. r um avaliador.

Metodologia

Esta pesquisa tem como característica um estudo descritivo da relação estímulo/efeito (CAMPANA, 2001). A amostra foi composta por 10 indivíduos do sexo feminino, provenientes do consultório de Ortopedia e Traumatologia da cidade de Guarapuava – PR, no período de julho a setembro de 2005, com idade entre 23 e 42 anos, todas da raça branca, sedentárias, e com PGs miofasciais ativos, palpáveis na região do músculo trapézio superior. Para serem incluídas no estudo as pacientes não deveriam estar fazendo uso de medicamentos ou outro tipo de tratamento, e obrigatoriamente apresentar critérios diagnósticos para SDM. Todas as participantes concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido e foram instruídas sobre o método de avaliação e procedimentos utilizados, e orientadas a continuarem o tratamento após a realização da pesquisa.

Foi utilizada uma Escala Análoga Visual (EAV) para avaliar a intensidade da dor à palpação do PG antes e após a aplicação da técnica de tratamento. A EAV proporciona uma “medida” quantitativa da intensidade da dor. Consiste de uma linha de 10,5 cm com descritores em cada extremidade. Os pacientes recebem instruções para fazerem um marca através da linha que representa a intensidade da dor que estão experimentando no momento. Com uma escala em centímetros foi medida e registrada a distância na linha da âncora para cima até a marca do paciente. Quanto maior a distância a partir da âncora inferior, maior a intensidade da dor (PALMER, 2000).

O PG foi identificado através da palpação e sua localização foi demarcada na pele com caneta demográfica. O ponto foi então palpado com o dedo polegar com uma pressão suficiente para empalidecer o leito ungueal e o paciente assinalou na EAV a distância correspondente à intensidade de dor experimentada no momento. A Técnica de tratamento foi realizada uma única vez. O paciente permaneceu sentado em uma posição relaxada. O terapeuta realizou a dígito-pressão sobre o PG previamente identificado e então procurou uma posição de bem-estar onde a dor é eliminada ou diminuída significativamente, que no caso do músculo trapézio superior corresponde à abdução do ombro, flexão lateral da coluna cervical para o lado da dor e rotação cervical para o lado oposto. O posicionamento foi mantido por 90 segundos, em seguida retornou-se lentamente e passivamente para a posição neutra (CHAITOW, 2001; SALLÉ, 2001; D’AMBROGIO, 2001). Após a aplicação da técnica, o ponto previamente demarcado foi novamente palpado e

em seguida o paciente assinalou na EAV a distância correspondente à sensação de dor experimentada durante a palpação, após a aplicação da técnica de tratamento.

Resultados

Os dados coletados através da EAV da dor demonstraram que todos os indivíduos apresentaram diminuição da dor após a aplicação da técnica de tratamento (Tabela 1).

Tabela 1 – EAV da dor antes e após o tratamento.

	Antes	Após
Indivíduo 01	6,5	3,0
Indivíduo 02	9,5	4,0
Indivíduo 03	9,5	1,0
Indivíduo 04	6,0	3,0
Indivíduo 05	9,7	1,5
Indivíduo 06	8,0	3,0
Indivíduo 07	7,5	3,5
Indivíduo 08	7,0	2,5
Indivíduo 09	9,0	4,0
Indivíduo 10	9,5	4,5

Discussão

Os PGS envolvem um círculo de autopropetuação - a dor que leva a uma aumento do tônus, que leva a dor – e que quase nunca se desativa, exceto se tratado adequadamente. Um PG é uma área localizada de disfunção somática, que se comporta de um modo que envolve facilitação, ou seja, amplifica-se e é afetado por qualquer forma de estresse de natureza física, química ou emocional. Os PGs são áreas de consumo de energia aumentado e suprimento de oxigênio diminuído, devido à circulação inadequada (CHAITOW, 2001; BIENFAIT, 1999).

A terapia de liberação posicional propõe a colocação da articulação em uma posição de conforto e compressão digital por 90 segundos. O princípio da técnica é de palpar o ponto, desencadeando a dor, em seguida buscar a posição de relaxamento. O objetivo é obter um silêncio neurológico sensorial que permite normalizar o tônus muscular. Segundo Palmer e Epler (2000) na EAV, com base em uma escala de 10,5 cm, um ecore de 0 a 2,9 cm é considerado um baixo nível de dor; de 3 a 5,9, um nível moderado de dor; e de 6 a 10,5 um nível alto de dor. Desta forma, podemos considerar que todos os indivíduos apresentavam um alto nível de dor antes do tratamento, variando de 6,0 a 9,7; sendo que após o tratamento 07 indivíduos passaram a

apresentar um nível moderado de dor que variou de 3,0 a 4,5; enquanto 03 apresentaram um baixo nível de dor, sendo os valores 2,5; 1,5 e 1,0.

Para Chaitow (2001), os meios pelos quais essas mudanças benéficas ocorrem abrangem uma combinação de mudanças neurológicas e circulatórias, que acontecem quando a área afetada é colocada em sua posição confortável que favorece a diminuição do tônus. Deve-se supor também, que algum efeito terapêutico origina-se a partir da manutenção da pressão inibitória sobre o PG, como ocorre no *Shiatsu* e na acupuntura; a pressão trará também efeitos circulatórios benéficos. Os métodos que utilizam pressão provocam o alívio corporal e cerebral envolvendo a liberação de substâncias analgésicas naturais – endorfinas – o que explica um dos modos pelo qual há redução da dor. Também se elimina a dor quando uma sensação (pressão do dedo) substitui a outra. Assim, as mensagens de dor são parcialmente ou totalmente bloqueadas, ou impedidas de alcançar o cérebro ou de ser registrada pelo mesmo. Métodos que melhoram o desequilíbrio circulatório afetam os PGs que contêm áreas de tecido isquêmico, desse modo parecem desativá-los (BLADRY, 2002).

A aproximação das inserções musculares reduz a tensão do músculo espasmódico. A disparidade entre as fibras intra e extrafusais pode assim diminuir a atividade gama. Essas técnicas seriam capazes de forçar o sistema nervoso central a corrigir a excitação anormalmente alta dos fusos musculares. O impulso aferente à medula seria reduzido durante algum tempo, permitindo a sensibilização ou facilitação, agravado por impulsos de dor, sofreria uma modificação e redução durante o período de interrupção da dor, enquanto se mantém a área envolvida em um estado de bem-estar. (SALLÉ, 1996; D'AMBROGIO, 2001; MYERS, 2003).

Conclusão

A técnica de tratamento utilizada mostrou-se eficaz na redução imediata da dor provocada por PGs miofasciais no músculo trapézio superior, podendo ser utilizada no tratamento de dores de origem miofascial. Sugere-se novos estudos, com uma população maior, em grupos mais homogêneos e em PGs localizados em outras regiões do corpo.

Referências

- GREVE, J. M.D.; OLIVEIRA, R. P.; TARRICO, M. A.; BARROS, T. E. P. Síndromes dolorosas miofasciais da região cervical: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 28, n. 3, p. 100-104, mar. 1993.
- AZAMBUJA, M. I. R. ; TSCHIEDEL, P. S. N.; KOLINGER, M. D. D. Síndrome miofascial e síndrome de dor regional em pacientes com LER/DORT atendidos em ambulatório de saúde do trabalhador do SUS – Identificação e caracterização clínica dos casos. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 2, n. 3, p. 176-184, jul./set. 2004.
- ALVAREZ, D. J.; ROCKWELL, P. G. Trigger Points: Diagnosis and management. **American Family Physician**, v. 65, n. 4, p. 653-660, February, 2002.
- CARVALHO, M. A. P.; REGO, R. R. Fibromialgia. *In*: MOREIRA, C.; CARVALHO, M. **Reumatologia – Diagnóstico e Tratamento**. 2ª ed., Medsi. Rio de Janeiro : 2001.
- SIMONS, D. G. Compreendendo o tratamento efetivo do ponto gatilho miofascial. **Journal of bodywork and movement therapies**. April, 2002.
- GROSS, J.; FETTO, J.; ROSEN, E. **Exame musculoesquelético**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 470p.
- MUSSUE, C.A.; Síndrome dolorosa miofascial. *In*: LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 452p.
- CALLIET, R. **Dor no ombro**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 260p.
- BALDRY, P. Tratamento por acupuntura da fibromialgia e da dor miofascial. *In*: CHAITOW, L. **Síndrome da Fibromialgia – um guia para o tratamento**. 1 ed. São Paulo: Manole, 2002. 251p.

- CHAITOW, L. **Técnicas neuromusculares posicionais de alívio da dor.** 1ed. São Paulo: Manole, 2001. 140 p.
- CHAITOW, L. **Teoria e prática da manipulação craniana.** São Paulo: Manole, 2001.
- BIENFAIT, M. **Fáscias e pompages: estudo e tratamento do esqueleto fibroso.** São Paulo: Manole, 1999. 107p.
- ROSA, G. M. M. V.; GABAN, G. A.; PINTO, L. D. P. Adaptações morfofuncionais do músculo estriado esquelético relacionadas à postura e o exercício físico. **Revista Fisioterapia Brasil.** V.3. n. 2, p. 100-107, mar./abr. 2002.
- CAMPANA, A. O.; PADOVANI, C. R.; IARIA, C. T.; FREITAS, C. B.; PAIVA, S. A. R.; HOSSNE, W. S. **Investigação Científica na área médica.** 1ed. São Paulo: Manole, 2001.
- PALMER, M. L.; EPLER, M. E. **Fundamentos das técnicas de avaliação musculoesquelética.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 372p.
- RICARD, F.; SALLÉ, J. L. **Tratado de osteopatia – teoria e prática.** São Paulo: Robe, 1996. 322p.
- D'AMBROGIO, K. J.; ROTTH, G. B. **Terapia de liberação posicional (PRT): avaliação e tratamento das disfunções musculoesqueléticas.** São Paulo: Manole, 2001.
- MYERS, T. W. **Trilhos anatômicos – Meridianos miofasciais para terapeutas manuais e do movimento.** São Paulo: Manole, 2000.