



Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Fisioterapia Aplicada a Ortopedia do Complexo Articular do Ombro

Coordenadora – Dra. Anamaria Siriani de Oliveira

SIS – Rótulo Diagnóstico



Dor no ombro – terceira causa mais comum de dor musculoesquelética

SIS é a causa mais comum de dor no ombro

Síndrome do impacto, Síndrome de coalisão do ombro, Síndrome do manguito rotador, Síndrome de dor subacromial, Dor no ombro relacionada ao manguito rotador, dor no ombro atraumática

Na SIS há possibilidade de acontecerem, isolada ou conjuntamente, tendinites (manifestações de inflamação aguda da bainha dos tendões) e tendinopatias (manifestações patológicas crônicas) do manguito rotador e da cabeça longa do músculo bíceps braquial, rupturas tendíneas (parciais, totais e massivas) e bursite subacromial

A identificação conclusiva do tecido lesado só é possível em exposição aberta

NENHUM REPRESENTA UM DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO



por que essa discussão é importante?

Isso porque, do ponto de vista prático, para a fisioterapia, não indica as possíveis deficiências que serão encontradas durante a avaliação dos pacientes e, portanto, não direciona a decisão sobre o tratamento fisioterapêutico

termo é utilizado conforme recomendado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, ou seja, define problemas na função ou estrutura do corpo, como um desvio significativo ou perda

O processo de tomada de decisão clínica para a dor no ombro

O panorama atual mostra diferentes esforços para sistematizar o processo de tomada de decisão clínica para dor no ombro, incluindo a dor no ombro, e para avançar no sentido de identificar grupos de pacientes com características mais homogêneas, que possam nortear o tratamento fisioterapêutico

Shoulder Symptom Modification Procedure ou SSMP (2009)

Algoritmo de Avaliação e Tratamento do Consenso de 2015

Staged Approach for Rehabilitation Classification: Shoulder Disorders ou STAR-Shoulder (2016)

*Roteiro de Decisão do A.R.C.O. (2017) **modificado!***

Processo cognitivo no qual se escolhe um plano de ação, entre outros, para uma situação problema.

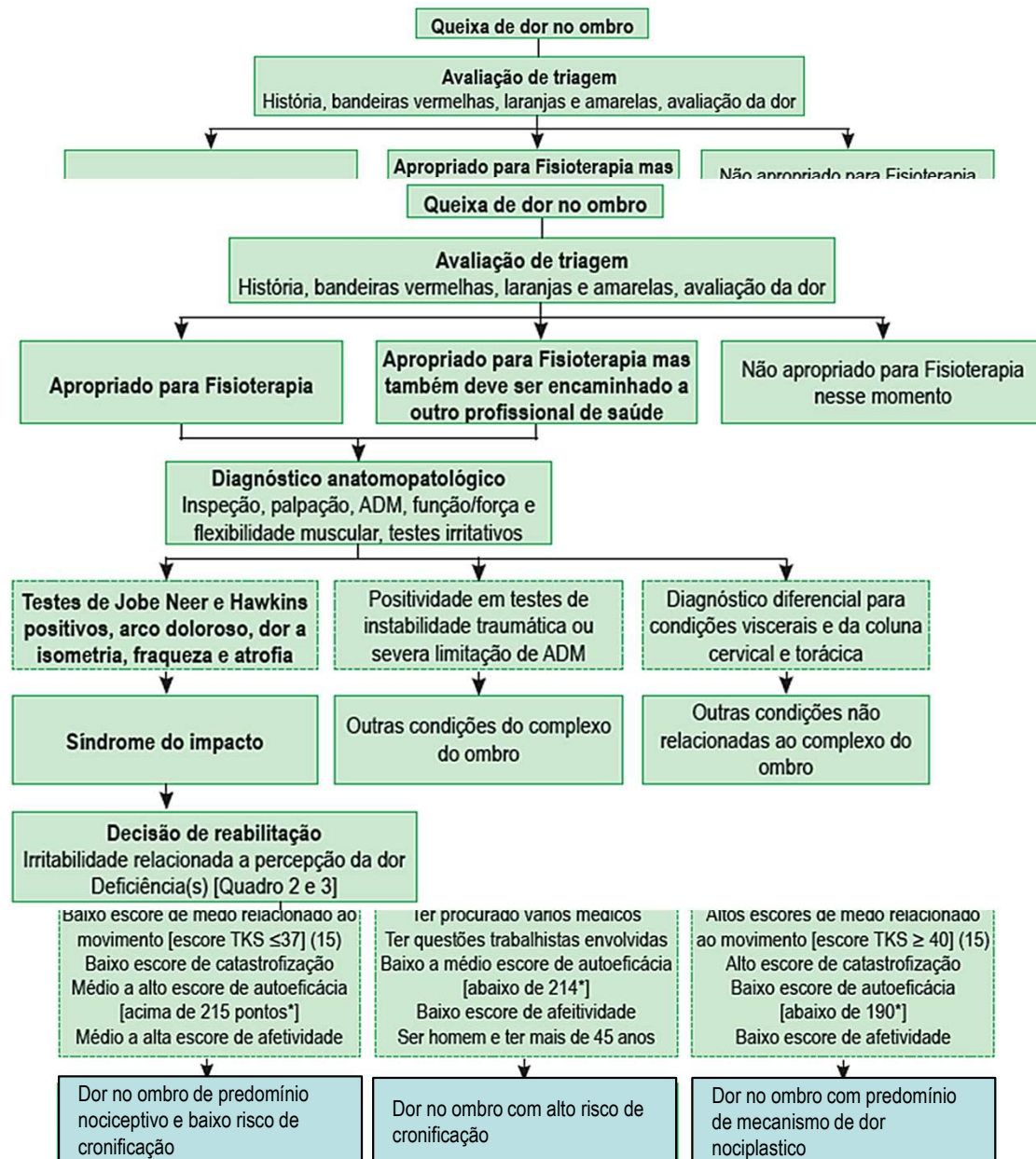
“a escolha da melhor evidência científica disponível para a avaliação, prognóstico e tratamento de uma determinada condição clínica, que o profissional tem expertise para realizar de maneira adequada e eficaz, dentro de suas condições de trabalho e que o paciente concorda em receber”

Objetivo da Aula



Prover, frente a melhor evidência científica disponível, um roteiro de tomada de decisão clínica que inclua aspectos da estrutura e função do corpo humano, fatores psicossociais e ambientais na avaliação e escolha do tratamento do paciente com dor no ombro (relacionada ao manguito rotador), incluindo aqueles com alto risco de cronificação e pacientes com predomínio de dor nociplástica

Roteiro de Tomada de Decisão do ARCO para pacientes com SDS, considerando o diagnóstico anatomopatológico, a identificação do risco de cronificação e a irritabilidade relacionada a percepção de dor



Quadro 1. Roteiro de classificação de pacientes com SIS, considerando o diagnóstico anatomopatológico, a identificação do risco de cronificação e a irritabilidade relacionada a percepção de dor. Há possibilidade de múltiplos diagnósticos e deficiências. No entanto, o paciente é classificado em apenas uma das categorias de irritabilidade relacionada a percepção de dor (categoria mutuamente exclusiva).

Notas:

1) os valores indicados com asterisco são apenas sugestões e não possuem fundamento estatístico para serem considerados como valores de corte. Esses valores foram incluídos apenas para tentar nortear colegas com menor experiência no acompanhamento de pacientes com SDS e foram obtidos do primeiro, segundo e terceiro quartis do banco de dados de pesquisas do grupo e do Ambulatório de Reabilitação do Complexo do Ombro, o ARCO.

2) A caracterização do predomínio de dor nociplástica não exige a presença de fatores psicossociais em graus elevados de severidade.

Triagem

IDENTIFICAÇÃO E TRIAGEM

Data da avaliação: ____/____/____	
Nome: _____	
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____anos Sexo: F () M () Estado civil: ____	Se Homem acima de 45 anos, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação
Endereço completo: _____	
Telefone fixo de referência: () _____ Telefone móvel () _____	
Hipótese diagnóstica: _____	
Peso (kg): ____ Altura (cm): ____ Dominância: direita () esquerda () ambidestra ()	
Há quanto tempo tem dor no ombro? (ou a quanto tempo o sintoma apareceu em um dos ombros?) ____ É no ombro DIREITO () ESQUERDO () ou em AMBOS: ()	Se há dor a mais de 3 meses, indica elevado risco de cronificação
O lado em que o sintoma é pior: ____	
No último ano, quantas vezes você procurou por médicos/outros por causa do seu ombro? ____	Se vários profissionais, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação
Cirurgia previa no membro superior ou coluna? NÃO () SIM ():	
Alguma fratura no membro superior, pescoço ou tronco? NÃO () SIM ():	
Alguma luxação no ombro, cotovelo ou mão? NÃO () SIM ():	
Dor irradiada pelo membro superior ou mãos? NÃO () SIM ():	
Doença sistêmica como diabetes, hipertensão? NÃO () SIM ():	
Medicação para dor (Qual?/Dose?): _____	Se não faz uso regular, em conjunto com outros fatores, indica baixo risco de cronificação
Exames complementares: _____	

INDICADORES SECUNDÁRIOS DO RISCO DE CRONIFICAÇÃO

Pobre percepção geral de saúde

Percepção de baixo suporte social (assistência ou cuidado de um grupo social, como a família ou amigos)

FATORES PROTETORES MODERADOS DO RISCO DE CRONIFICAÇÃO

Possuir um plano de saúde ativo

Struyf et al. Pain Physician. 2016 Feb;19(2):1-10

Diagnóstico Diferencial

Descrição de limitação de movimento severa com dor ao repouso (queixa típica de ombro congelado)

História de luxações ou deslocamentos, momentâneos traumáticos ou não da articulação glenoumeral (instabilidade)

Queixa de dor no ombro relacionada aos movimentos cervicais ou torácicos (dor referida com origem fora do complexo do ombro)

Questione o paciente sobre doença coronariana, hepática, gástrica e do pâncreas – dores referidas

Fatores de Risco Físico – Bandeiras Vermelhas

História prévia de câncer, ou ainda, sobre sinais típicos da história de tumores, como perda de peso injustificada, dor que acorda o paciente (e não a dor noturna que tipicamente dificulta o paciente com SIS de dormir)

Dor persistente de início insidioso sem relação com estresse mecânico (não há posturas ou atividades que melhorem ou piorem a dor) ou relação com um trajeto nervoso

Aparecimento de deformidade inespecífica, aumento de volume de massa tecidual ou edemaciamento

Alterações de sensibilidade e força muscular acompanhada de atrofia muscular e diminuição de reflexos tendíneos, que são indicativos de lesão neurológica, como compressão de raiz nervosa ou mielopatia

Fique atento a sinais de infecção (indisposição geral associada a febre e áreas de vermelhidão na pele) ou histórias de trauma como queda associadas a perda significativa da função

Triagem

Struyf et al. Pain Physician. 2016 Feb;19(2):1-10
Chester et al. Br J Sports Med. 2016 Jul 21 (ahead)

Na avaliação de fatores psicossociais é importante perguntar ao paciente quais são os papéis por ele desempenhados ou desejados no contexto do trabalho, família e lazer e como a condição atual de dor no ombro interfere nesses papéis direta ou indiretamente (participação social). Pode-se ainda questionar o paciente o que ele acredita que precisa ser melhorado para que ele possa superar essa condição (atividades funcionais críticas)

Fatores de Risco Ambiental (Bandeira Azuis - Trabalho)

Está afastado do seu trabalho por causa da dor no ombro? NÃO () SIM () ____ meses
Ocupação: _____ Envolve alta demanda física ou psicológica? NÃO () SIM ()
Sedentário () ou realiza atividade esportiva/prática corporal. Qual? _____
Tempo de prática: _____ (anos/meses) Frequência semanal de treino: _____ x
Treinamento de musculação ou outro? SIM () NÃO () Frequência semanal de treino: _____ x
Escore total do Índice de Dor e Incapacidade no Ombro (SPADI): _____
Escore total do Índice de Incapacidade Relacionada ao Pescoço (NDI): _____
Escala de Autoeficácia na Dor Crônica (CPSS): _____
Escala de Afeto Negativo e Positivo (PANAS): _____
Escala de Pensamentos Catastróficos sobre a dor (B-PCS): _____
Medo relacionado ao movimento ou cinesiofobia (TSK ou FABQ): _____
Escore total de sensibilização central (CSI): _____
Impacto psicossocial e ergonômico do trabalho (MUEQ-Br revisado): _____
Escala de Avaliação dos Resultados do Ombro do Esportista (EROE): _____

Se está afastado, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação
Se tem alta demanda, em conjunto com outros fatores, indica elevado risco de cronificação

Escores acima de 60 pontos* podem indicar elevado risco de cronificação

Escores alto melhor potencial de aderência a exercícios domiciliares
Escores baixo indica elevado risco de cronificação
Escores alto indica elevado risco de cronificação
Escores igual ou acima de 40 pontos indica elevado risco de cronificação
Escores acima de 40 pontos indica sensibilização central

Fatores de Risco Ambiental – Esporte

Fatores de Risco Psicossociais (Bandeiras Amarelas, Laranjas)

Avaliação da Dor

Nível de irritabilidade associado a percepção de dor*



Você está com dor no ombro neste momento? NÃO () SIM ()

Se SIM, qual é a intensidade da dor que está sentindo no ombro, agora, com o braço parado, em repouso, ao lado do corpo? (Deixar o voluntário assinalar a intensidade da dor usando um número inteiro; informar que 0 = sem dor e que 10 = pior dor).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Você sente dor no ombro quando o braço está parado, em repouso? NÃO () SIM ()

Quando você tem dor em repouso, a dor é:

1 () contínua estável constante	2 () ritmada periódica intermitente	3 () breve momentânea transitória
---	---	---

Você sente dor no ombro à noite? NÃO () SIM () NÃO SEI ()

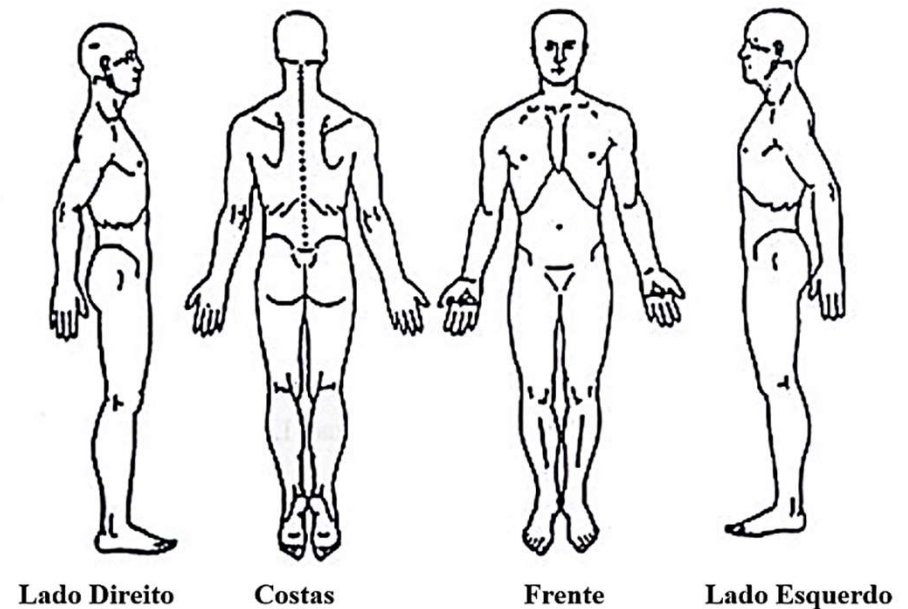
Quando você tem dor à noite, a dor é:

1 () contínua estável constante	2 () ritmada periódica intermitente	3 () breve momentânea transitória
---	---	---

Avaliação da distribuição da queixa percebida



Por favor, preencha no esquema de corpos qual é a região que melhor representa a dor que você está sentindo por causa do seu problema no ombro.



Avaliação do movimento escapular e exame físico específico

INSPEÇÃO — AVALIAÇÃO DA DISCINESE ESCAPULAR

() Sem carga no membro superior OU com carga de () 1,5kg () 2,5kg
 Descrição da posição de repouso ou avaliação estática das escápulas direita e esquerda:

SIM e NÃO*

Flexão

Escápula direita

Escápula esquerda

De acordo com o Consenso de Discinese de 2013 essa avaliação deve incluir a avaliação da posição de repouso (estática), observação da movimentação da escápula (dinâmica), a execução de manobras corretivas ou de modificação dos sintomas (SAT e SRT) e a avaliação de tecidos adjacentes como a flexibilidade do peitoral menor

Usar palpação quando não é possível visualizar

Escápula direita

Escápula esquerda

Testes para escápula	Direita	Esquerda
SAT	SAT – T. de Assistência da Escápula SRT – T. de Recolocação da Escápula	
SRT		
Resultados em positivo ou negativo		



Avaliação do movimento escapular e exame físico específico

O método foi validado e apresenta boa acurácia e confiabilidade.
Valor de corte de 7.44

Borstad 2008; Borstad e Ludewig 2005

As proporções entre ADM ativa e passiva livres de dor serão utilizadas para compor a identificação do nível de irritabilidade relacionada a percepção de dor. Observe também se os sintomas aparecem no início, ao longo ou no final do movimento. Os valores das ADMs também são utilizados para identificar as deficiências de limitada mobilidade passiva (ADM ativa e passiva reduzidas em relação ao contralateral ou esperado) ou excessiva mobilidade passiva global ou de rotação lateral (ADM passiva maior que ADM ativa)

A avaliação da função em testes manuais dos músculos relacionados ao complexo do ombro, para identificar a deficiência de fraqueza neuromuscular por atrofia, desuso e descondicionamento, pode ser indireta por testes de função manual, testando grupos musculares ou as variações de posição de prova que enfatizam um músculo em relação aos demais

Kelley et al. JOSPT 2013;43(5):A1-31

Avaliação Física

COMPRIENTO PROCESSO CORACÓIDE-QUARTA COSTELA - PM		
Repetição	Direita	Esquerda
1		
2		
3		

Essa medida é obtida em centímetros. Índice do Comprimento do Peitoral Menor (IPM) = $(PM(cm)/altura \text{ do participante (cm)}) \times 100$. IPM menor que 7,44 = peitoral menor encurtado

AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR ¹⁵ Graus	MEMBRO DIREITO (Ativa/Passiva)	MEMBRO ESQUERDO (Ativa/Passiva)	RELAÇÃO ATIVA PASSIVA (< = >)
Flexão	/	/	
Extensão	/	/	
Elevação plano escápula	/	/	
Abdução plano frontal	/	/	
Adução plano horizontal	/	/	
Rotação lateral*	/	/	
Rotação medial	/	/	

* Para arremessadores - GIRD = $[RI \text{ passiva não-dominante} - RI \text{ passiva dominante}] = \underline{\hspace{2cm}}$

FUNÇÃO MUSCULAR	MEMBRO DIREITO	MEMBRO ESQUERDO
Flexão do braço		
Extensão do braço		
Abdução – todos os músculos motores		
Abdução – Deltóide Fibras Anteriores		
Abdução – Deltóide Fibras Médias		
Abdução – Deltóide Fibras Posteriores		
Abdução – Supraespinhoso		
Adução – Peitoral Maior Fibras Superiores		
Adução – Peitoral Maior Fibras Inferiores		
Rotação lateral		
Rotação medial		
Trapézio Ascendente		
Trapézio Transverso		
Trapézio Descendente		
Serrátil Anterior		
Rombóides		

¹⁵ Antes de medir as amplitudes de movimento, realize os testes de alcance de Appley: mão no ombro oposto, mão na nuca e mão na escápula oposta ao braço testado.

Testes Especiais, Específicos ou Irritativos

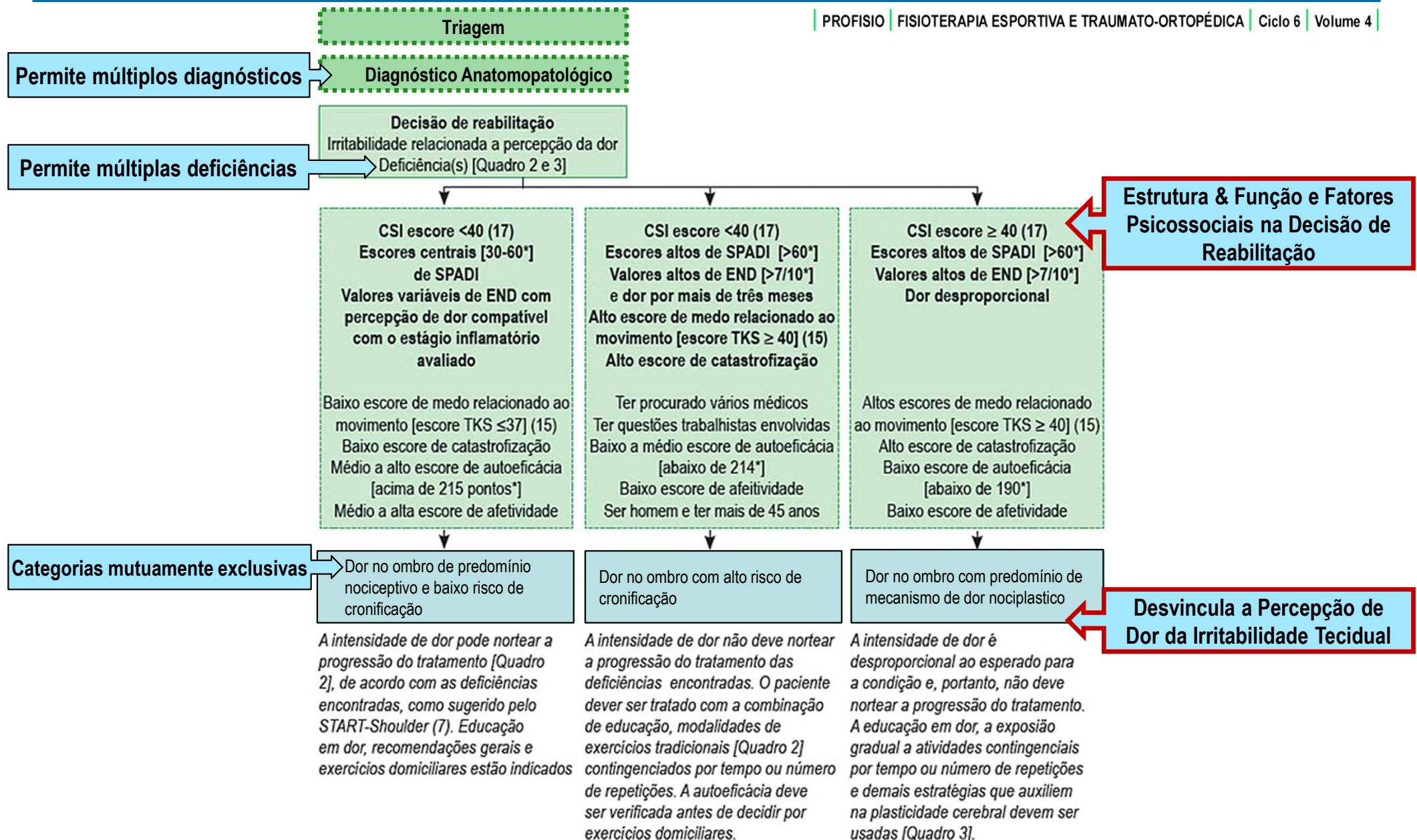


Testes Específicos marcar apenas quando positivo realizado na avaliação inicial () ou data: / /

INCLUSÃO NO DIAGNÓSTICO DE SIS	OMBRO DIREITO	OMBRO ESQUERDO
Teste de Neer	positivo ()	positivo ()
Teste de Hawkins-Kennedy	positivo ()	positivo ()
Teste de Jobe	positivo ()	positivo ()
Rotação Externa Resistida	positivo ()	positivo ()
Arco Doloroso (transcrever da inspeção)	positivo ()	positivo ()
INCLUSÃO NO DIAGNÓSTICO DE INSTABILIDADE	OMBRO DIREITO	OMBRO ESQUERDO
Teste de Jerk ou Pivot-Shift (inst. posterior)	positivo ()	positivo ()
Teste de Recolocação (inst. anterior)	positivo ()	positivo ()
Teste de Apreensão (inst. anterior)	positivo ()	positivo ()
Sinal do Sulco (inst. multidirecional, inferior)	positivo ()	positivo ()
Teste Carga e Desvio (inst. multidirecional ant-posterior)	positivo ()	positivo ()
OUTROS TESTES DO OMBRO	OMBRO DIREITO	OMBRO ESQUERDO
Teste da Queda do Braço (rup massiva m.supraespinhoso)	positivo ()	positivo ()
Teste de Gerber ou Lift-Off (tendinopatia m.subescapular)	positivo ()	positivo ()
Teste Belly-Press (lesão do m.subescapular)	positivo ()	positivo ()
Speed Test (tendinite do m.bíceps braquial)	positivo ()	positivo ()
OUTROS TESTES	DIREITO	ESQUERDO
Teste de Cozen (epicondilite lateral)	positivo ()	positivo ()
Teste de Epicondilite medial	positivo ()	positivo ()
Manobra de Adson (desfiladeiro torácico)	positivo ()	positivo ()
Teste de Phalen (síndrome do túnel do carpo)	positivo ()	positivo ()
Teste de Spurling (compressão de raiz nervosa cervical)	positivo ()	positivo ()



Roteiro de Tomada de do ARCO para pacientes com DRM, considerando o diagnóstico anatomopatológico, a identificação do risco de cronificação e a irritabilidade relacionada a percepção de dor



Quais as evidências científicas atuais para o tratamento?

A descompressão por acromioplastia não é superior a entrada investigativa do artroscópio no espaço subacromial para pacientes com dor no ombro atraumática.

O tratamento conservador baseado em exercícios, mostrou resultados semelhantes aos do procedimento cirúrgico com rupturas completa do tendão do manguito rotador. Isso tornou as intervenções fisioterapêuticas a primeira linha de escolha de tratamento para esses casos, especialmente nos mais idosos, já que exclui os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico.

Mesmo nas lesões traumáticas, quando são pequenas, o tratamento conservador pode ser semelhante ao resultado do tratamento operatório.

Exercício físico é a melhor forma de aumentar a função e diminuir a dor em pacientes com dor no ombro e são melhores que o placebo assim como tiveram maior efeito do que as técnicas de termo, foto e eletroterapia

Terapia manual também foi recomendada como parte do tratamento para a dor no ombro, com resultados melhores que o placebo, mas não superiores aos dos exercícios – início do tratamento

Exercícios específicos para músculos do complexo do ombro, focados mais na região periescapular ou excêntricos, supervisionados ou realizado em casa, com ou sem provocar dor – todos são relativamente iguais em efetividade, ampliando nossa gama de opções para os pacientes.

Quanta dor é aceitável durante o exercício?

para pacientes com dor de predomínio nociceptivo



dor transitória, de preferência, apenas dentro do esforço do exercício, que cessa logo que a contração acaba e que não provoca piora do quadro doloroso para além do que se espera de uma dor muscular tardia, por exemplo.

Pacientes com dor nociceptiva e alto risco de cronificação

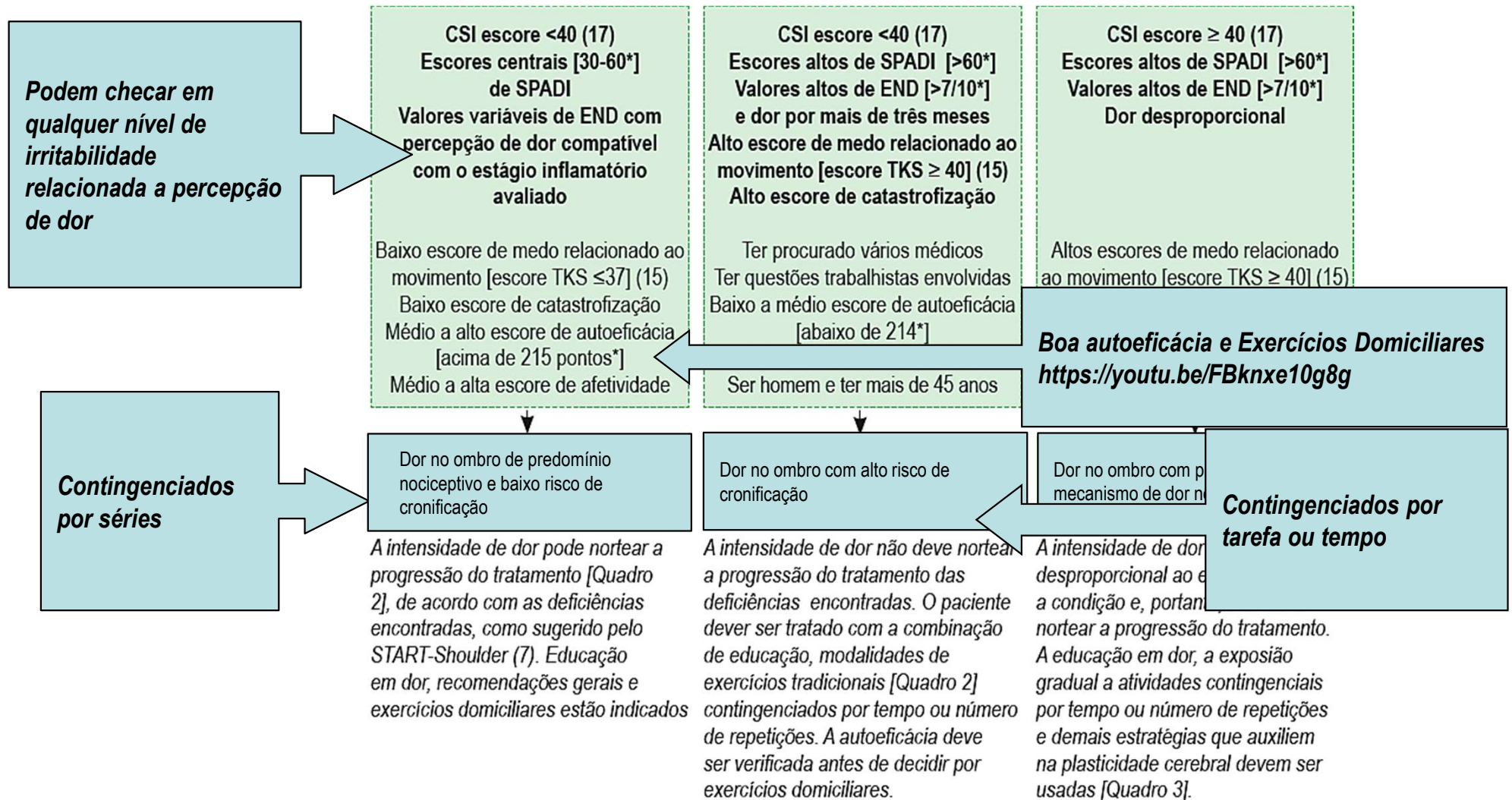


Figura 1 — Roteiro de classificação de pacientes com SIS, considerando o diagnóstico anatomopatológico, a identificação do risco de cronificação e a irritabilidade relacionada à percepção de dor.

Fonte: Arquivo de imagens dos autores.

Pacientes com dor com predomínio nociceptivo e ARCronificar

Diagnósticos	DOR NO OMBRO (RELACIONADA AO MANGUITO ROTADOR)				"GIRD"	INSTABILIDADE [§]
Testes ⇒	Jobe Neer e Hawkins positivos, arco doloroso, dor a isometria, fraqueza e atrofia				ADM reduzida em direção específica	Hipermobilidade Apreensão
Deficiências ⇒	Dor com predomínio nociceptivo	Fraqueza associada a desuso, atrofia e descondicionamento	Controle motor ou ativação neuromuscular alterados	Intolerância à atividade funcional	Mobilidade Reduzida de Rotação Medial	Mobilidade passiva exagerada
Irritabilidade Tecidual ⇓						
ALTO NÍVEL DE IRRITABILIDADE ≥7/10 END Dor noturna ou ao repouso persistentes / Dor antes do fim da ADM / ADM ativa menor que passiva Alta incapacidade	Educação em dor Modificação de atividades diárias Terapia manual – liberação miofascial, mobilizações articulares e mobilização articular Compressas de gelo	Exercício passivos e ativos assistidos com ADM ativa sem dor Exercícios Isométricos de Rotação Lateral <i>Scapular Punch</i> sem carga <i>PNF Scapular</i> <i>CCFP 0 e 30°</i>	Exercício de ADM ativa sem dor Considere usar feedback visual, tátil e reforço verbal <i>Scapular Clock</i> <i>Scapular Orientation</i>	Educação em dor Proteção articular ou tecidual Conservação de energia Encorajar o uso das regiões não afetadas	Educação em dor Uso de manobra de reposicionamento da cabeça umeral	Educação em dor Proteção articular no final de movimento – CCF Exercícios de controle motor glenomerais com feedback
MODERADO NÍVEL DE IRRITABILIDADE 4-6/10 END Dor noturna ou ao repouso intermitente Dor no final da ADM ADM ativa semelhante a passiva Incapacidade Moderada	Mobilização articular Compressas de gelo	Exercício ativos assistidos com ADM ativa Exercício resistidos com carga a partir de 60% da 1 RM <i>Scapular Punch</i> com carga Rotação externa glenoumeral em decúbito lateral com carga <i>Knee-Push</i> <i>Full Can</i> sem ou com carga Diagonal 1 sem carga <i>CCFP 60 e 90°</i>	Treinamento de movimentos básicos com ênfase na qualidade ou precisão, mais que na resistência de acordo com os princípios do aprendizado motor <i>PNF Scapular</i> <i>Towel Slide</i> <i>Inferior Glide</i> modificado	Progressivo engajamento em atividades funcionais básicas Uso de Cartilha para Exercícios Domiciliares	Uso de manobra de reposicionamento da cabeça umeral Alongamento em adução horizontal Alongamento em Rotação medial glenoumeral	Exercícios de controle motor glenomerais Exercícios de fortalecimento com resistência leve a moderada Aumentar o número de exercícios de CCA
BAIXO NÍVEL DE IRRITABILIDADE ≤3/10 END Sem dor noturna ou ao repouso / Dor mínima com resistência ou compressão / ADM ativa igual a passiva Leve incapacidade	Prescrição de exercícios Atividades sem restrições	Exercício resistidos com carga acima de 75% <i>Scapular Punch</i> com carga Rotação externa glenoumeral em decúbito lateral com carga <i>Push up plus</i> <i>Full Can</i> com carga Diagonal 1 sem carga Abdução a partir da posição prona com rotação lateral e carga Protração escapular no espelho com resistência elástica	Treinamento de movimentos de alta demanda com ênfase na qualidade ou precisão, mais que na resistência de acordo com os princípios do aprendizado motor Realizar os exercícios adicionando desafios e estabilidade para o tronco e vibração do membro superior	Progressivo engajamento em atividades de alta demanda Uso de Cartilha para Exercícios Domiciliares	Alongamento combinado para adução horizontal e rotação medial Treinamento com vibração, instabilidade e de habilidade proprioceptiva	Exercícios de fortalecimento com resistência moderada a alta - CCA Treinamento com vibração, pliometria, instabilidade e de habilidade proprioceptiva

****Não recomendamos usar o nível de irritabilidade tecidual como estratégia para progressão dos exercícios quando o paciente que apresenta simultaneamente mais de 37 pontos de escore total do Central Sensitization Inventory (CSI), mais de 40 pontos de escore total da Escala Tampa de Cinesiofobia, alta intensidade de dor na avaliação inicial (≥7/10 END), valores mais próximos da máxima pontuação total do SPADI e duração de sintomas maior que três meses. Os exercícios descritos também podem ser realizados em pacientes com alto risco de cronificação dos sintomas de dor no ombro desde que contingenciados por tarefa e não por dor. §As deficiências relacionadas à aos tratamentos conservador e cirúrgico de instabilidades traumáticas e fratura do terço proximal do complexo do ombro e também o pós-operatório do manguito rotador não foram incluídas por necessitarem de abordagens protocolares baseadas no tempo de reparo dos tecidos e técnicas operatórias.**

Novos critérios para considerar: nociplastia

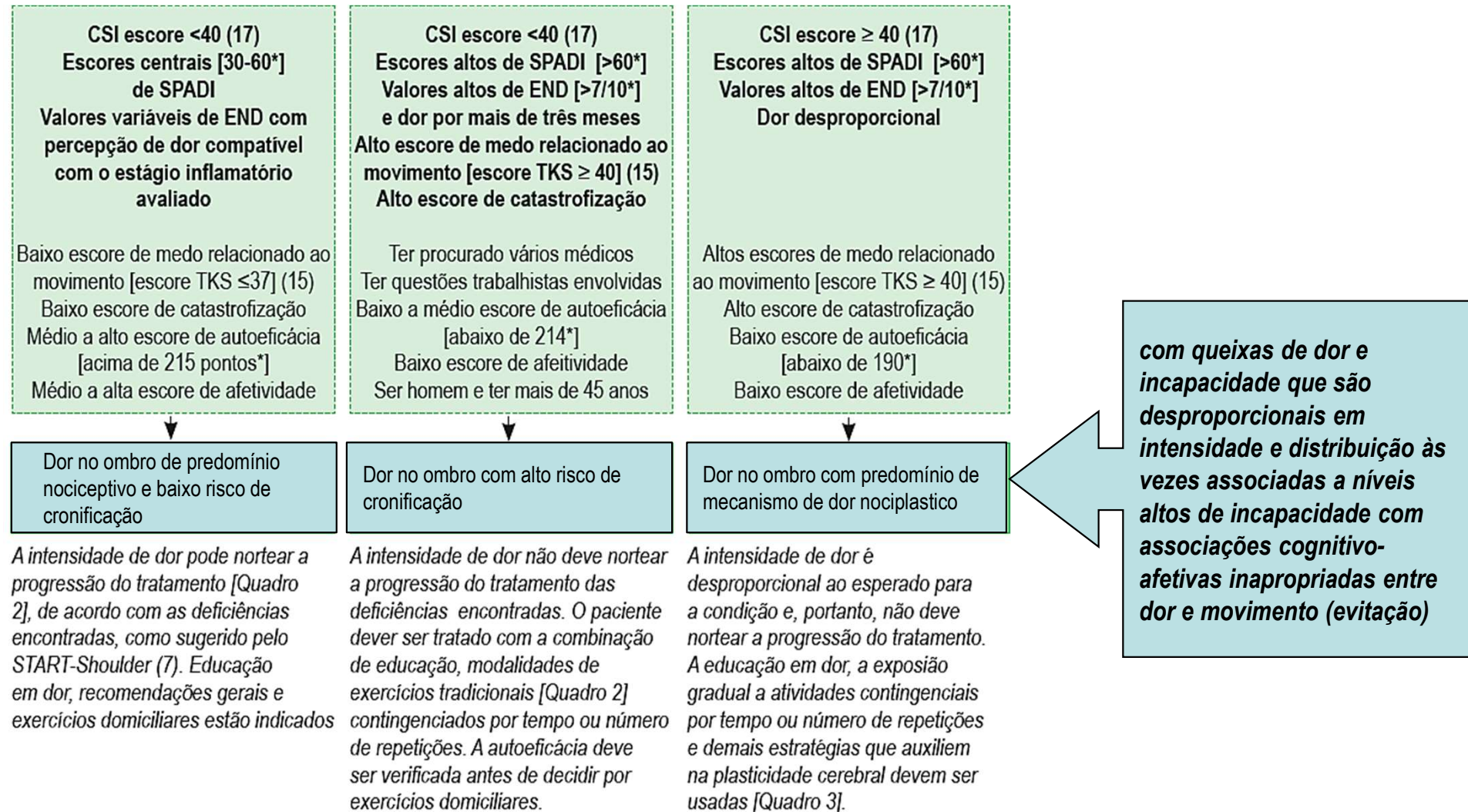


Figura 1 — Roteiro de classificação de pacientes com SIS, considerando o diagnóstico anatomopatológico, a identificação do risco de cronificação e a irritabilidade relacionada à percepção de dor.

Fonte: Arquivo de imagens dos autores.

Avaliação da Dor

Nível de irritabilidade associado a percepção de dor*



Você está com dor no ombro neste momento? NÃO () SIM ()

Se SIM, qual é a intensidade da dor que está sentindo no ombro, agora, com o braço parado, em repouso, ao lado do corpo? (Deixar o voluntário assinalar a intensidade da dor usando um número inteiro; informar que 0 = sem dor e que 10 = pior dor).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Você sente dor no ombro quando o braço está parado, em repouso? NÃO () SIM ()

Quando você tem dor em repouso, a dor é:

1 () contínua estável constante	2 () ritmada periódica intermitente	3 () breve momentânea transitória
---	---	---

Você sente dor no ombro à noite? NÃO () SIM () NÃO SEI ()

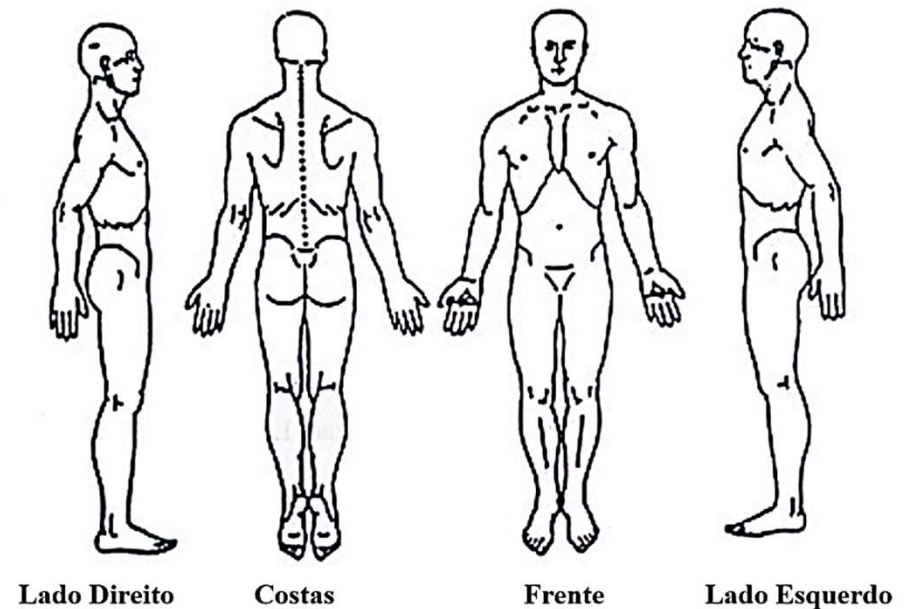
Quando você tem dor à noite, a dor é:

1 () contínua estável constante	2 () ritmada periódica intermitente	3 () breve momentânea transitória
---	---	---

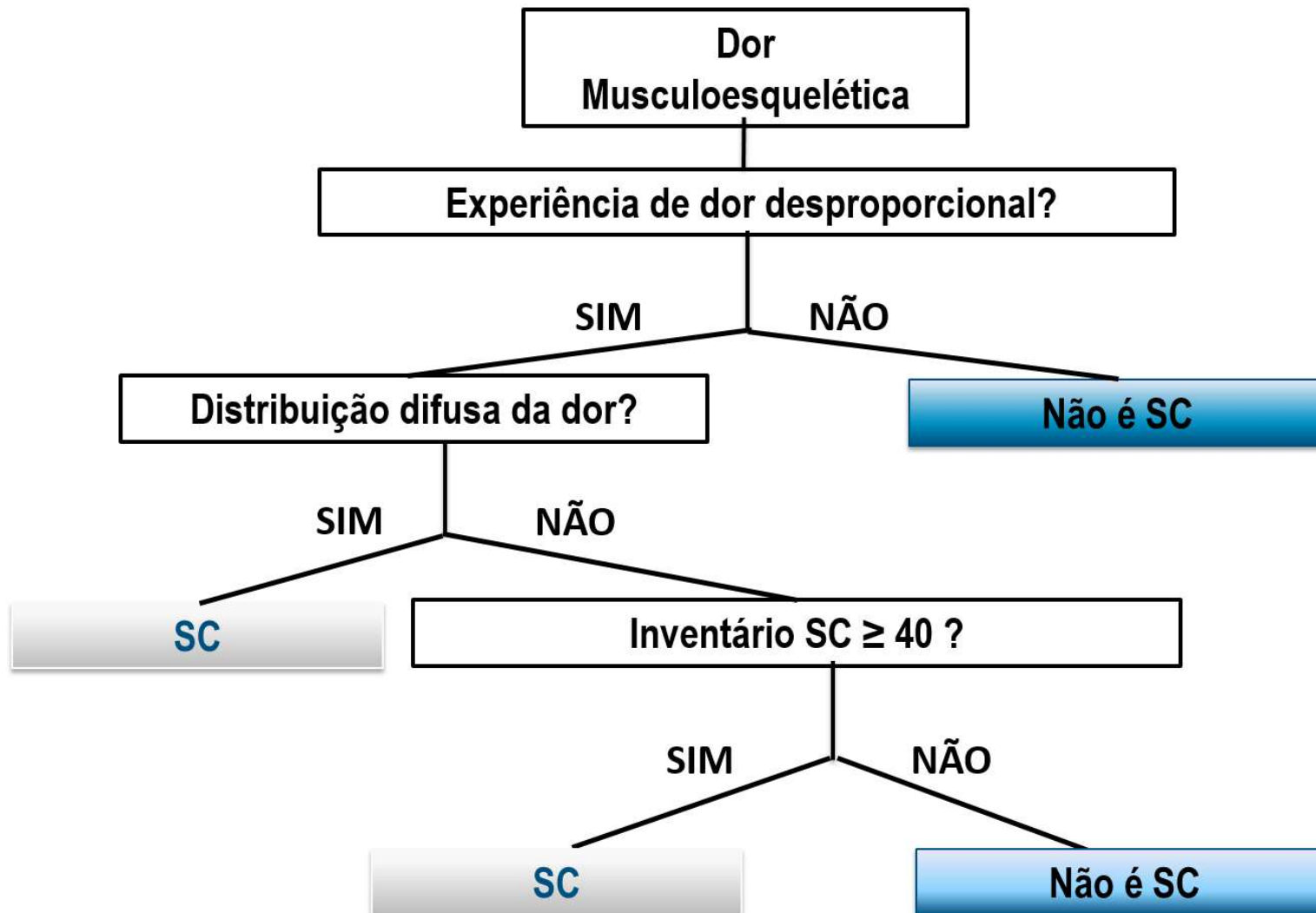
Avaliação da distribuição da queixa percebida



Por favor, preencha no esquema de corpos qual é a região que melhor representa a dor que você está sentindo por causa do seu problema no ombro.



Nociplastia - Inventário de Sensibilização Central



ALGUMAS QUESTÕES DO CSI

Eu tenho surtos de ansiedade
Sou sensível a luzes fortes
Eu sinto dores no corpo todo
Eu tenho dificuldade para me concentrar
O estresse piora meus sintomas
Alguns cheiros, como perfumes me deixam com tonturas ou nauseado

Pacientes com dor de predomínio nociplástico

Dor de predomínio nociplástico	
Dor desproporcional, espalhada, sinais de alodínia, hipersensibilidade, déficit de modulação inibitória da nocicepção	
Intervenção	Ação no SNC
Educação em neurociência da dor	Atividade Cognitiva cognitiva-avaliativa e afetivo-motivacional
Treino sensorial	Atividade somatossensoriais
Grafestesia	Atividade somatossensoriais
Treino de discriminação de dois pontos	Atividade somatossensoriais
Reconhecimento de Lateralidade	Atividade cognitiva e pré-motora
Imagética Motora	Atividade pré-motora
Terapia de Espelho	Atividade pré-motora e motora
Exposição Gradativa	Múltiplas funções, incluindo adaptação de limiares e comportamento

Roteiro de Tomada de Decisão do ARCO para dor no ombro relacionada ao MR

Vantagens

Combina as informações do diagnóstico anatomopatológico com a classificação para reabilitação considerando o processo de decisão no contexto da equipe

Inclui aspectos psicossociais na classificação, na tomada de decisão e ao considerar o encaminhamento para outros profissionais que não só o médico – CIF

Tem definições operacionais para quase todas as etapas de decisão

Propõe tratamentos de acordo com o nível de irritabilidade associado a percepção de dor (mutuamente exclusivo) para as diferentes deficiências comuns na Dor no Ombro

Relacionada ao Manguito Rotador (possibilidade de múltiplos diagnósticos anatomopatológicos e deficiências)

Considera a dor crônica um estado passível de evolução para resolução e funcionalidade adequada

Inclui sugestão de tratamento para pacientes com plasticidade mal adaptativa a nocicepção em diferentes níveis de irritabilidade da percepção

Desvantagens

Não há nenhum estudo de validação publicado (em andamento)

Alguns aspectos das definições operacionais carecem de comprovação científica, como a relação entre os valores de corte para intensidade de dor e o nível de irritabilidade associada a percepção de dor nos pacientes com dor nociceptiva

Os valores de corte do SPADI são sugestões baseadas em banco de dados do ARCO

Não há critérios para classificação de dor de predomínio nociplástico