

## A INFLUÊNCIA PSICOSSOMÁTICA EM PACIENTES COM CERVICALGIA E CERVICOBRAQUIALGIA – RELATO DE CASO

Carlos Alberto Nannini Costa\*  
Célia Regina Ferreira\*  
Regina Célia Paranhos de Mesquita\*  
Robson Ruiz Olivoto\*

COSTA, C.A.N.; FERREIRA, C.R.; MESQUITA, R.C.P.; OLIVOTO, R.R. A influência psicossomática em pacientes com cervicalgia e cervicobraquialgia – Relato de caso. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(3):265-268, 2003.

**RESUMO:** No presente estudo relata-se o caso de um paciente do sexo feminino de 44 anos que apresenta quadro de “depressão” associada ao uso compulsivo do computador, levando a encurtamentos musculares da região cervical e ombros, com manifestações dolorosas caracterizando cervicobraquialgia bilateral. O tratamento fisioterapêutico constituiu inicialmente por eletroterapia associada a cinesioterapia clássica, que não apresentou bons resultados, posteriormente optou-se por técnicas fisioterapêuticas manuais e reeducação do padrão respiratório, obtendo resultados satisfatórios, com a remissão dos sintomas após quinze sessões.

**PALAVRAS-CHAVE:** cervicobraquialgia; depressão; fisioterapia.

### THE PSYCHOSSOMATIC INFLUENCE IN PATIENTS WITH CERVICAL AND CERVICOBRACHIAL PAIN – CASE REPORT

COSTA, C.A.N.; FERREIRA, C.R.; MESQUITA, R.C.P.; OLIVOTO, R.R. The psychosomatic influence in patients with cervical and cervicobrachial pain – Case report. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(3):265-268, 2003.

**ABSTRACT** - This study reports a forty-four old female patient that showed depression associated to compulsive computer use. The situation caused muscle shortness at the cervical region and shoulders, with painful manifestations featuring bilateral cervicobrachialgia. The physiotherapeutic treatment consisted initially of electrotherapy coupled to classic kinesiotherapy, which not yielded good results. Later, manual physiotherapeutic techniques and re-education of the respiratory pattern were chosen. Satisfactory results were obtained, with remission of the symptoms after 15 sections.

**KEY WORDS:** cervicobrachialgia; depression; physical therapy.

#### Introdução

A globalização tecnológica e científica proporciona uma enormidade de benefícios, desde a comodidade no manuseio de equipamentos eletrônicos, até a possibilidade de interação social, no entanto como ocorreu em todos os momentos de evolução social, os benefícios trazem com si os malefícios acoplados.

A possibilidade de alcançar vãos mais altos, tanto do ponto de vista profissional quanto pessoal, produz a perspectiva, aliada ao sucesso, do insucesso, produzindo um fenômeno conhecido com tensão psicológica, que tem como consequência a tensão física, mental e emocional, que pode produzir um estado de irritabilidade, podendo levar a instauração de um estado depressivo, mesmo não sendo este o objetivo da pesquisa devemos abordar o assunto tendo em vista ser este um dos fatores, seguindo inúmeros autores, que leva ao acometimento de patologia osteomusculares, como neste caso a cervicalgia e cervicobraquialgia.

Para LAPIERRE (1982) as tensões inconscientes, sejam elas ocasionadas por estresse mental ou física, uma vez instaladas, tornam-se o ponto culminante para o início dos processos de ansiedade, levando a consequências maiores.

Quando nos deparamos com a análise psicossomática e relacionamos os conceitos com o fenômeno saúde,

encontramos a perspectiva de que só é possível existir saúde quando houver um equilíbrio entre mente e meio, tendo em vista as próprias afirmativas de BRACHT (1989) alertando que quanto produzimos o dualismo entramos num processo de dissociação humana, tendo em vista que o corpo (massa) não pode ser separado do corpo (mente), ou seja, do ponto de vista da sociologia não encontramos mente separada de corpo e sim uma unidade, nos remetendo novamente a questão “o que nossa psique sente nosso corpo físico paga”.

De acordo com LIPOWSKI (1986), o termo psicossomático foi introduzido na medicina em 1818 pela psiquiatra alemão Heinroth e tinha, naquela ocasião, o sentido de designar as doenças do corpo que surtiam em decorrência de fatores mentais. No século XIX o ideal de psicossomática se firma como o estudo das relações entre o corpo e a mente, enfatizando que a doença deveria ser vista como resultado da interação entre o corpo e a mente, enfatizando que a doença deveria ser vista como o resultado da interação entre o corpo e a mente, interagidos com o ambiente.

PONTES (1986) vai um pouco mais longe na conceitualização de psicossomático, levando a compreender que nossas relações são um resultado da interação com o mundo e de experiências passadas, analisadas e integradas

\*Docente do curso de Fisioterapia - UNIPAR

Endereço: Carlos Alberto Nannini Costa. Curso de Fisioterapia UNIPAR. Pça Mascarenhas de Moraes s/n. Umuarama-PR. 87502-210

por um único sistema.

Não tão obstante nos deparamos ao fenômeno emoção, que para PONTES (1986) “ocorre simultaneamente em relação ao corpo e em relação a mente”, ou seja, atuam conjuntamente nas funções motoras, secretoras e de irrigação dos órgãos, desta forma atuam sobre o sistema músculo esquelético, sistema endócrino e como conseqüência no sistema imunológico. Sendo assim podemos afirmar que as reações dos órgãos e vísceras são em conjunto controladas e estimuladas pelo controle neuronal, ou seja, o controle destas funções é proveniente do hipotálamo e hipófise.

O hipotálamo é um componente do centro nervoso encefálico responsável por controlar as funções autonômicas através da ação sobre outras glândulas por meio da secreção de hormônios reguladores, que tem em sua composição glicoproteica a particularidade protéica da membrana de glândulas endócrina e exócrina específicos, controlando assim a ação hormonal (GUYNTON, 1997). Desta forma o hipotálamo é o sistema ou glândula responsável pelo controle de grande parte das funções orgânicas, sendo talvez o primeiro sistema a ser atingido pelos processos estressantes e emocionais.

A ação hipotalâmica, que ocorre por intermédio da secreção de hormônios reguladores, esta associada ao controle das funções cardiovasculares, mantendo os níveis contrateis cardíacos e vasculares; regulação da temperatura corporal através da emancipação do calor por meio do aumento ou diminuição da vasodilatação capilar, permitindo o controle da temperatura; regulação da osmolaridade extracelular, mantendo o controle dos níveis de absorção renal; controla o desejo de alimentar-se ou não; e por fim controle dos mecanismos de excitação e de raiva (GUYTON, 1997).

Quando nos remetemos a questão psicossomática, e interação com os efeitos produzidos por níveis elevados de estresse, encontramos sintomas como, diminuição do apetite tanto alimentar quanto sexual, mudanças consideráveis nos níveis da pressão arterial, descontrole dos mecanismos de vasodilatação, dentre outros, ou seja, os mesmos sistemas descritos como sendo controlados pelo hipotálamo.

De acordo com DOUGLAS (2000), o controle equilibrado pelo hipotálamo é de suma importância no equilíbrio das funções orgânicas e emocionais, no entanto a formação reticular bulbar é o responsável fundamental pelas funções motoras, como, posicionamento motor, tónus postural e movimentos característicos de certas funções emocionais.

Para AURIOL (1895) o desequilíbrio entre a interação físico-emocional pode resultar em dois tipos de reações distintas, sendo elas, as reações musculares e as reações do sistema nervoso autônomo.

As reações musculares podem ser de tensão, de preparação ou inibição da ação. Pode ocorrer que certos grupos musculares (região cervical principalmente) e até mesmo todo o corpo, estejam em estado de vigília permanente. Diz-se que as pessoas estão tensas, com maxilares apertados, cabeça cravada nos ombros, costas retraídas, antebraços ligeiramente curvados e punhos cerrados. Já as reações do sistema nervoso autônomo, dizem respeito aos sistemas simpático e parassimpático. Pode-se reconhecer aí, todo o contexto patológico que a medicina contemporânea chama de “psicossomáticas”.

Alguns autores, entre eles NEUMAN (1999), acreditam que os processos estressores crônicos, ou seja, não tão

intensivos, mas que perduram por períodos de tempo mais prolongados, como a ansiedade crônica e depressão, sejam as principais causas para o crescente aumento nos casos de patologias ligadas a posturas, ou até mesmo patologias em geral.

Mesmo com as constantes pesquisas que relacionam os fatores sociais estressantes aos fatores de risco músculo-esquelético, por exemplo, os profissionais fisioterapeutas tendem a manter as mesmas perspectivas de tratamentos fisioterápicos convencionais, ou seja, eletroterapia e cinesioterapia.

### Metodologia

Neste relato de caso utilizou-se um mecanismo fisioterápico alicerçado em terapia manual, sendo que neste específico caso o resultado evolutivo foi muito satisfatório, gerando a diminuição do quadro algico, além de aumentar a amplitude dos movimentos dos ombros e permanente estado de relaxamento.

Este relato de caso corresponde a uma pessoa do sexo feminino, com idade cronológica de 44 anos, professora, que apresentou um quadro de crise depressiva acompanhada de isolamento social e compulsão pela utilização constante, ou seja, crônica do computador (média de 20 horas dia), sendo que o diagnóstico foi realizado por uma profissional de psicologia que imediatamente acolheu a pessoa como sua paciente para realizar tratamento psiquiátrico.

As alterações posturais típicas produzidas pela progressão crônica da depressão, como já foi mencionado na revisão de literatura, e neste caso ocasionada pelo uso crônico do computador, provocou lesões músculo-tendíneas e cervicobraquialgia bilateral, com foi diagnosticada pelo profissional de fisioterapia, sendo necessário o encaminhamento fisioterápico.

O tratamento fisioterápico baseou-se na promoção de analgesia, relaxamento muscular, cinesioterapia e estimulação física livre. O tratamento fisioterápico e integração com o tratamento psiquiátrico mostraram-se eficiente na melhora dos quadros algicos e posturais.

A paciente e família foram informados sobre os objetivos deste estudo, forma de divulgação e também do caráter anônimo. Após receber todas as informações, a paciente teve liberdade de escolha em relação a sua participação no conteúdo deste estudo. Toda pesquisa foi realizada dentro das normas éticas sugeridas pelo Comitê Ético da UEM.

### Apresentação e Discussão dos Dados

A coleta e agrupamentos dos dados seguiram a seguinte seqüência: realização de uma anamnese, contendo os dados referentes a dor e local onde acometia essa dor, ou seja, região cervical com irradiação para os membros superiores, caracterizando cervicobraquialgia e dor na região do músculo trapézio, bilateralmente, a cerca de um ano com agravamento do quadro algico há três meses do início do tratamento.

No exame físico detectou-se espasmos musculares na região da cintura escapular, dor em toda musculatura do trapézio superior, médio e inferior, esternocleidomastóideos e escalenos bilaterais. Encurtamento muscular acentuado da cadeia inspiratória, ântero-medial de ombros, anterior de braços e posterior. Além de alterações posturais de tronco com

aumento da curvatura lombar e retificação da coluna torácica e cervical. Apresentava ainda, limitação na amplitude de movimentos dos ombros, verificada através da goniometria.

Foram realizados testes especiais para confirmação do diagnóstico, sendo eles: teste Tendinite de Supra Espinhal, teste Coçar de Apley, teste de Yergason, teste de Depressão do Ombro e teste de Distração (CIPRIANO, *et al*, 2000).

O dados coletados com o teste de goniometria determinou os graus de liberdade articular e foram agrupados de forma a possibilitar a comparação entre o diagnóstico inicial e pós-tratamento.

**QUADRO 1** - Demonstrativo dos dados coletados do teste de Goniometria:

	Ombro Direito	Ombro Esquerdo
Flexão	70°	80°
Extensão	30°	30°
Abdução	80°	80°
Adução	35°	35°
Rotação lateral	50°	55°
Rotação medial	50°	50°

Diante do quadro clínico apresentado, o tratamento fisioterápico teve como objetivos diminuir o processo algico e inflamatório, diminuir espasmos musculares, aumentar amplitude de movimento de ombro, melhorar padrão respiratório, proporcionar relaxamento muscular, melhorar a funcionalidade e a conscientização corporal.

O tratamento foi dividido em dois módulos, sendo que no primeiro módulo ou tratamento inicial foi utilizado recurso de eletroterapia, ondas curtas, interferencial, laser e ultra-som, associados a mobilização passiva, por um período de cinco sessões. A partir da sexta sessão iniciou-se o segundo módulo ou tratamento final, optando-se por novo protocolo de tratamento, abolindo os recursos de eletroterapia e acrescentando técnicas de terapia manual, sendo elas, técnica de normalização das fáscias anteriores com ciclos respiratórios (pompages), técnica Stretching para escalenos e trapézio superior, técnica de inibição dos músculos sub-occipitais associados a reeducação respiratória e relaxamento, durante o período de quinze sessões.

Com o protocolo inicial não foi possível detectar evolução satisfatória, pelo contrário, a paciente relatava piora no estado clínico. A partir da sexta sessão os resultados obtidos vinham de encontro aos objetivos traçados.

Na nona sessão foi possível perceber diminuição satisfatória no quadro doloroso, favorecendo o ganho de amplitude, como podemos observar analisando o Quadro 02. A paciente mostrava-se otimista, relatando melhoras significativas. Ao término de quinze sessões, já utilizando o tratamento descrito por nós como final, ou seja, voltado a terapia manual, a paciente encontrava-se completamente sem dor, com as amplitudes de movimentos normais ou próximas do normal, podendo realizar suas atividades diárias mais confortavelmente.

A tensão emocional decorrente do estado depressivo associado a LER (lesões por esforços repetitivos) do caso relatado, teoricamente foi a causa das dores e restrições nas

amplitudes de movimento ocasionados pelos espasmos musculares.

No início optou-se por tratamento conservador, utilizando aparelhos eletroterápicos e cinesioterapia clássica, no entanto não encontrou-se evolução satisfatória, que neste momento foi determinada pelos relatos do paciente em relação ao processo dolorido e de restrição dos movimentos, sendo que os relatos do paciente estavam direcionados ao aumento do processo de dor e não o contrário como era o objetivo do tratamento.

**QUADRO 2** - demonstrativo dos dados coletados do teste de Goniometria após o início do tratamento até seu término:

	Ombro Direito			Ombro Esquerdo		
	70°	80°	180°	80°	90°	180°
Flexão	70°	80°	180°	80°	90°	180°
Extensão	30°	35°	40°	30°	30°	40°
Abdução	80°	85°	160°	80°	85°	170°
Adução	35°	40°	45°	35°	40°	45°
Rotação lateral	50°	50°	85°	55°	55°	85°
Rotação medial	50°	55°	90°	50°	60°	90°

Quando entramos na segunda fase do tratamento, ou como denominamos de tratamento final, utilizando-se as técnicas manuais associadas a reeducação do padrão respiratório e relaxamento, resultando na melhora significativa do quadro apresentado inicialmente. A melhora com este segundo protocolo reforça a hipótese da contribuição da desordem afetiva como causadora dos sintomas físicos, no entanto podemos proceder esta afirmação apenas neste caso, tendo em vista que a pesquisa destinou-se ao estudo de caso específico e não de um grupo com diagnóstico igual.

A reeducação do padrão respiratório associado a outras técnicas, fez-se necessário devido as alterações acentuadas da cadeia muscular respiratória, o que comprometia o padrão respiratório adequado, sobrecarregando as estruturas músculo esqueléticas cervicais, gerando encurtamentos musculares e dor. Desta forma, conforme afirma DAVIS (1996), os exercícios respiratórios atuam como antídoto contra o estresse, reduzindo a ansiedade, a depressão, a irritabilidade, a tensão muscular e fadiga.

As sessões de relaxamento baseiam-se na fundamentação proposta por FONSECA (1993), ou seja, para o autor as sessões proporcionam um estado de repouso e de calma interior, possibilitando a integração da corporalidade ao mesmo tempo em que facilita respostas necessárias para satisfazer as exigências da vida real.

Segundo LIPP (1998), os transtornos pertinentes ao estresse normalmente gera aborrecimentos emocionais, que podem ser facilmente contornados na busca pela confiança e auto-estima, no entanto em alguns casos, em que o estresse torna-se crônico o paciente é acometido pela ansiedade e a tensão, gerando queda brusca na qualidade de vida, nestes casos a utilização das técnicas de relaxamento tornam-se o método fisioterápico mais adequado para a boa recuperação do paciente.

Como a paciente apresentava encurtamento muscular significativo foi realizado Pompages, por ser uma manobra capaz de tensionar lenta, regular e progressivamente um

segmento corporal. O tecido conjuntivo de revestimento é o elemento elástico tendo em vista sua constituição biomolecular.

Portanto, este procedimento agiu especialmente sobre as estruturas restabelecendo o comprimento ideal, estimulando a circulação de líquidos, espaçando as entrelinhas articulares ao longo do segmento, facilitando a nutrição da cartilagem articular.

De acordo com BIENFAIT (1995), a ação antálgica das pompages é importante, essencialmente para as dores de tensão que nos assaltam constantemente, raramente são agudas, mas que podem rapidamente tornar-se lancinantes e mesmo insuportáveis.

Nos quadros de depressão, como no caso relatado, associada a compulsão por uma atividade que leva a LER, há uma somatória de fatores que comprometem a condição músculo-esquelético, de um lado a postura do depressivo, que causa os encurtamentos musculares e de outro os movimentos repetitivos que podem favorecer processos inflamatórios em tendões e articulações. A atuação do fisioterapeuta nestes casos segundo BIENFAIT (1995), deve centrar-se antes de tudo, na luta contra a limitação e a rigidez, para ganhar as amplitudes dos movimentos articulares, sendo as pompages de extrema importância, por serem facilitadoras da mobilização articular na recuperação funcional.

#### Referência Bibliográfica

AURIOL, B. *Introdução aos métodos de relaxamento*. São Paulo: Manole, 1985.

BRACHT, V. Esporte Estado - Sociedade. In *Revista Brasileira de Ciências do esporte*, 10(2), jan.1989.

BIENFAIT, M. *Estudo e tratamento do esqueleto fibroso – fascias e pompages*. 2 ed. Summus Editorial, 1995.

CIPRIANO, J.J.; JAHN, W.T.; WHITE, M.E. *Manual Fotográfico de teste ortopédicos e neurológicos*. 3 ed. São Paulo: Manole, 1999.

DAVIS, M.; ESHELMAN, E. R.; MCKARY, M. *Manual de relaxamento e redução do stress*. São Paulo: Summus, 1996.

DOUGLAS, C.R. *Tratado de fisiologia aplicada a ciência da saúde*. 4 ed. Robe Editora, 2000.

FONSECA, V. *Psicomotricidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E.; *Tratado de Fisiologia Medica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LAPIERRE, A. *Reeducação Física*. 6 ed. São Paulo: Manole, 1982.

LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic Medicine: past and present part I. Historical Background – *Can. J Psychiatry*. Vol. 31, 1986.

NIEMAN, D.C. *Exercício e saúde*. São Paulo: Manole, 1999.

PONTES, J.F. Integração dos sintomas nos planos somáticos e psico-emocional. IN *Apostila do curso de psicologia Medica, abordagem Sócio-psicossomática do instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas em Gastroenterologia*. IPEPEGE, São Paulo, 1986.

Recebido para publicação em: 13/07/2001.

Received for publication on 13 July 2003.

Aceito para publicação em: 09/05/2003.

Accepted for publication on 09 May 2003.