

De: Associação Brasileira de Fisioterapia em Traumatologia-Ortopédica - ABRAFITO

Para: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO

Porto Alegre, 02 de novembro de 2018.

PARECER TÉCNICO-CIENTÍFICO

Em resposta à solicitação para elaboração de parecer técnico referente ao ofício nº 443/2018/GAPRE do COFFITO, sobre a posição da ABRAFITO em relação à possibilidade de o Fisioterapeuta realizar a redução de luxação articular, a ABRAFITO tem as seguintes considerações:

considerando:

A articulação glenoumeral é a articulação do corpo que sofre o maior número de luxações em comparação a outras articulações do corpo e se observa uma ocorrência de 1,7% na população em geral (ASSUNÇÃO et al., 2018; CARRAZZONE et al., 2011). Luxações traumáticas e na direção anterior representam até 90% dos casos e metade dos pacientes evolui com recidiva (HOVELIUS et al., 2008; ROSA; CHECCHIA; MIYAZAKI, 2017). Pacientes com mais de 30 anos de idade representam um terço dos casos de recidiva, mas indivíduos mais jovens podem apresentar inúmeros episódios de luxação (HOVELIUS et al., 2008).

A luxação glenoumeral pode apresentar lesões associadas no lábio glenoidal, na cabeça umeral ou na glenoide, na cartilagem, no cabo longo do bíceps ou tendões do manguito (CARRAZZONE et al., 2011). Lesões no nervo

axilar também podem ocorrer, mas a incidência descrita é incerta e varia entre 10% a 55% das luxações (BAYKAL; SENER; TURKAN, 2005; KING; COWLING, 2018). Lesões vasculares apresentam incidência de 1 a 2% (KING; COWLING, 2018; SCHUMANN et al., 2017).

Por isso, é importante que além de adequada observação e inspeção para determinar alterações de sensibilidade, temperatura e cor do membro afetado, o paciente seja submetido à radiografia antes de tentativas para redução articular para determinar a direção da luxação e presença de lesões associadas como fraturas (KHIAMI; GÉROMETTA; LORIAUT, 2015). Após a redução também é aconselhada a realização de radiografias pois, com alguma frequência, lesões não observadas antes da redução são visualizadas mais facilmente após a redução (KAHN; MEHTA, 2007). Existem diversas técnicas de redução. Cada técnica apresenta características em relação ao tempo para redução, necessidade de anestesia, dor durante manobra, taxa de sucesso e complicações (ALKADUHIMI et al., 2017).

A graduação em Fisioterapia apresenta algumas diferenças curriculares entre cada instituição de ensino, mas, de forma geral, a formação profissional é realizada dentro de uma carga horária, por exemplo, entre 4.020 a 5.085, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e Universidade de São Paulo (USP), respectivamente (“Fisioterapia — Pró-Reitoria de Graduação”, [s.d.]; “Universidade de São Paulo - Grade Curricular Fisioterapia”, [s.d.]). A graduação é cursada de maneira a formar um profissional generalista com experiência em todas as diversas áreas da profissão. Como consequência, uma vez graduado, o profissional pode buscar aperfeiçoamento e maior conhecimento profissional para atuação com ênfase em uma determinada área utilizando todos os meios disponíveis. Porém, salienta-se que a visão aprofundada em alguma das áreas de atuação profissional não é possível apenas durante a graduação uma vez que uma formação generalista é favorecida.

entendemos que:

- É improvável que seja assegurado ao profissional Fisioterapeuta o conhecimento detalhado em relação às diferentes técnicas de redução

descritas na literatura apenas durante a graduação no atual modelo e base curricular;

- É difícil proporcionar esse tipo de experiência durante atividades de estágio curricular já que a maior parte das luxações são traumáticas e os pacientes recorrem a serviços de emergência, local onde ainda há pouco acesso da Fisioterapia apesar de reconhecimento para atividades de suporte conforme portaria específica do Ministério da Saúde (Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002);
- Na prática, a técnica de redução da articulação luxada pode ser apenas parte de uma série de outras condutas necessárias para o adequado manejo como a anestesia e investigação por técnicas de imagem imediatamente antes e após a manobra para redução;
- Atividades de aprimoramento profissional que complementem o conhecimento do Fisioterapeuta em técnicas ou interpretação de exames de imagem e mais detalhes acerca do diagnóstico e manejo das diferentes disfunções musculoesqueléticas ainda são necessárias na maioria dos Estados brasileiros.

desta forma nosso parecer conclui ser:

Atualmente, com a atual organização curricular da graduação em Fisioterapia, não há competência técnica suficiente para possibilitar ao profissional a realização de alguma manobra de redução de luxação.

Respeitosamente,

Original firmado por:

Rafael Barbosa

Presidente Nacional da ABRAFITO

Rodrigo Py

Membro da ABRAFITO

1. ALKADUHIMI, H. et al. A systematic comparison of the closed shoulder reduction techniques. **Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery**, v. 137, n. 5, p. 589–599, maio 2017.
2. ASSUNÇÃO, J. H. et al. Instabilidade glenoumeral anterior: revisão sistemática dos desfechos usados no Brasil. **Revista Brasileira de Ortopedia**, 23 fev. 2018.
3. BAYKAL, B.; SENER, S.; TURKAN, H. Scapular manipulation technique for reduction of traumatic anterior shoulder dislocations: experiences of an academic emergency department. **Emergency Medicine Journal**, v. 22, n. 5, p. 336–338, 1 maio 2005.
4. CARRAZZONE, O. L. et al. Prevalence of lesions associated with traumatic recurrent shoulder dislocation. **Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)**, v. 46, n. 3, p. 281–287, 1 maio 2011.
5. **Fisioterapia — Pró-Reitoria de Graduação**. Disponível em: <<http://www.prograd.ufscar.br/cursos/cursos-oferecidos-1/fisioterapia/fisioterapia>>. Acesso em: 2 nov. 2018.
6. HOVELIUS, L. et al. Nonoperative treatment of primary anterior shoulder dislocation in patients forty years of age and younger. a prospective twenty-five-year follow-up. **The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume**, v. 90, n. 5, p. 945–952, maio 2008.
7. KAHN, J. H.; MEHTA, S. D. The role of post-reduction radiographs after shoulder dislocation. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 33, n. 2, p. 169–173, ago. 2007.
8. KHIAMI, F.; GÉROMETTA, A.; LORIAUT, P. Management of recent first-time anterior shoulder dislocations. **Orthopaedics & traumatology, surgery & research: OTSR**, v. 101, n. 1 Suppl, p. S51-57, fev. 2015.
9. KING, S. W.; COWLING, P. D. Management of first time shoulder dislocation. **Journal of Arthroscopy and Joint Surgery, Shoulder Instability**. v. 5, n. 2, p. 86–89, 1 maio 2018.
10. ROSA, J. R. P.; CHECCHIA, C. S.; MIYAZAKI, A. N. Instabilidade anterior traumática do ombro. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 52, n. 5, p. 513–520, 1 set. 2017.
11. SCHUMANN, D. R. et al. Brachial plexus injury secondary to pseudoaneurysm of axillary artery after glenohumeral dislocation: case report. **Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)**, v. 52, n. 4, p. 491–495, 1 jun. 2017.
12. **Universidade de São Paulo - Grade Curricular Fisioterapia**. Disponível em: <<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/listarGradeCurricular?codcg=5&codcur=5052&codhab=0&tipo=N>>. Acesso em: 2 nov. 2018.