

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO PÓS AVE EM PACIENTE IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wanderson Felipe Venceslau Oliveira (1); Cristiane dos Santos (1); Ianka Lima da Silva (2); Ruana Camilla de Carvalho Santos (3); Felipe Lima Rebêlo (4)

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL
feliperebello_fisio@yahoo.com.br

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma patologia de origem vascular, porém que se manifesta na forma de sequelas neurológicas devido a sua localização. A fisiopatologia da própria doença é caracterizada por uma diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo na região do encéfalo, prejudicando-o pela falta de oxigenação no local. É constantemente visto em indivíduos adultos e vem sendo uma das principais causas de óbitos no planeta¹. No Brasil, embora exista uma redução nos números de mortalidade, o mesmo ainda vem sendo predominante e tornando-se a principal causa de morte. A ocorrência de AVE duplica depois da quinta década de vida², sendo destaque em meio à população idosa. Acredita-se que cerca de 1% da população mundial já teve um dos tipos de AVE^{3,4,5}. Existem duas formas de classificar o AVE, uma delas é denominada de Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVEi), no qual a causa dar-se pela simples diminuição de suprimento sanguíneo encefálico. Este tipo de circunstância também pode ser categorizado como transitório, havendo assim os Acidentes Isquêmicos Transitórios (AIT), que na maioria dos casos tem sintomas de duração mínima e retrocedem em questão de horas⁶. A outra forma é o Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVEh), advindo do rompimento de pequenas artérias específicas da região, que além de impedir o fluxo local acabam aumentando a pressão intracraniana. O AVEh em geral é mais preocupante que o AVEi, ocorrendo reiteradamente a diminuição do nível de consciência e até o coma^{7,8}. É válido ressaltar ainda que ambos os tipos de AVE podem ocorrer sem qualquer distinção de idade e por diversas causas, incluindo: neoplasias, desordens de sistema imunológico, aumento da pressão arterial, elevada ingestão de álcool, doenças do coração, fumo, infecções e má formação vascular. Quanto mais elevada à quantidade dos fatores de risco presentes e/ou quanto maior o grau de anormalidade de qualquer um desses aspectos, superiores serão as possibilidades de um AVE^{9,10}. As sequelas mais corriqueiras da doença contém paralisia ou fraqueza de um hemisfério, além de alterações na deglutição, na articulação da fala, na memória, percepção, visão, na marcha, perda de coordenação motora e de equilíbrio^{9,11,12}. Esses prejuízos culminam em limitação na execução das atividades de vida diária (AVD), restrições na participação em meio social e conseqüente declínio da qualidade de vida¹³. A intervenção fisioterapêutica auxilia na rápida e precoce recuperação do paciente acometido das sequelas de AVE e é de grande valia que seja instituída o mais antecipadamente possível com a finalidade de minimizar quaisquer complicações ulteriores^{14, 15, 16,17}. Sendo a mesma definida como um conjunto de estudos, que tem por propósito preservar, manter, desenvolver ou recuperar a integridade de órgãos, sistemas e principalmente as funções do corpo humano, no próprio AVE ela auxilia na restauração das funcionalidades perdidas, trazendo assim o melhor restabelecimento do paciente às suas atividades^{17, 18, 19}. Perante o que é evidenciado na literatura em relação às complicações acarretadas pelo AVE na qualidade de vida dos pacientes (principalmente a população idosa), desenvolveu-se esse estudo, com o objetivo relatar o que foi realizado na forma de intervenção da fisioterapia visando um benefício na execução das funções cotidianas em um paciente da terceira

idade, com sequelas de um AVE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, em forma de relato de experiência sobre os atendimentos ofertados como aula prática da disciplina de Saúde do Idoso II, da grade curricular do curso de fisioterapia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL. As condutas foram realizadas em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) da cidade de Maceió, por um período de quatro meses, semanalmente e sempre as segundas-feiras. Existia um paciente para cada dupla de acadêmicos em aula prática. Inicialmente foi aplicada uma ficha de avaliação completa, contendo: anamnese, dados pessoais, QP (Queixa Principal), HDA (História da Doença Atual), coleta de sinais vitais (pressão arterial, frequência respiratória, frequência cardíaca, ausculta pulmonar e temperatura), estado geral, aspecto da pele e anexos, verificação postural, e de sensibilidade, testes força e amplitude de movimento tanto para membros superiores (MMSS), quanto para membros inferiores (MMII) e avaliação da marcha. Foram avaliadas ainda algumas funções a partir dos testes específicos Tug e Tinetti. O teste Tug tem como finalidade avaliar a mobilidade e o equilíbrio funcional, quantificando em segundos a mobilidade do paciente por meio do tempo que o mesmo executa a tarefa de levantar de uma cadeira, caminhar 3 metros, virar, voltar e sentar novamente²⁰. Já o teste de Tinetti classifica alguns aspectos da marcha, como: velocidade, o espaçamento do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar em torno do próprio eixo e também as variações com os olhos fechados. A soma da nota para cada exercício varia de 0 a 1 ou de 0 a 2, uma contagem mais baixa indica uma habilidade física menos eficaz. A pontuação total dar-se pela soma da pontuação do equilíbrio do corpo e a da marcha. A pontuação máxima é de 12 pontos para a marcha, de 16 para o equilíbrio do corpo e de 28 para a pontuação total²¹. Por fim fechamos essa fase com a avaliação cinético funcional, avaliação esta que é específica e dominada exclusivamente pelo fisioterapeuta. **Resultados e Discussão:** Foram obtidos como resultados: Paciente em questão é do sexo masculino, 68 anos de idade, alegando problema de derrame como QP, apresentando na HDA: Hipertensão arterial, com quadro de hemiparesia espástica à direita por sequela de acidente vascular encefálico há cinco anos. Relatou ainda que após o evento de AVE foi encaminhado (pela família) a esta instituição, onde reside até os dias de hoje, sem intercorrências clínicas. Nos quesitos que abrangem os sinais vitais só a pressão arterial (PA) estava com discreta alteração relacionada ao fato do mesmo ser hipertenso (porém existe o controle com o uso de fármaco específico). Estado geral: afebril, sem astenia, sem mal-estar, aparência bem cuidada, cooperativo ao exame e tranquilo. Aspecto da Pele: Máculas pigmentadas hipocrômicas em região anterior da perna direita. Postura: articulação do quadril em rotação externa, pelve esquerda mais elevada, ombro direito levemente elevado, cabeça anteriorizada, hipercifose torácica, ombros em protrusão, escoliose lombar com concavidade à esquerda e convexidade à direita, Sensibilidade: tátil, térmicas e dolorosas preservadas. Força: Em MMSS, há déficit de força em flexores do ombro direito, extensores de ombro direito, flexores do cotovelo direito e flexores do punho direito, além de déficit de força em flexores do pescoço, já nos MMII, existe diminuição de força em flexores de quadril direito, rotadores internos bilateralmente, rotadores externos bilaterais, extensores de joelho direito, flexores de joelho bilateral, dorsiflexores de tornozelo direito e flexores plantares de tornozelo direito, fatores que influenciam diretamente no déficit de marcha do paciente avaliado. Amplitude de Movimento: paciente possui restrição da amplitude de movimento nos dois ombros, nos dois cotovelos, na flexão de punho bilateral, na extensão de punho bilateral, na supinação de punho bilateral e na inclinação de tronco à esquerda. Marcha: Ao sair de sedestação para o ortostatismo, realiza apoio na cadeira por déficit de força em quadríceps, no membro não afetado (esquerdo), possui pouca flexão de quadril durante toda a fase de balanço (aceleração, balanço médio e desaceleração) e pouca dorsiflexão de tornozelo durante a fase de contato inicial da

fase de apoio, No membro afetado, não realiza flexão de quadril durante a fase de aceleração, compensando com a inclinação do tronco para a direita, além disso, não realiza dorsiflexão de tornozelo durante a fase de desaceleração e contato inicial, ainda foi observado que existe pouca dissociação do membro superior esquerdo (não-acometido) com o membro inferior direito e nenhuma dissociação do membro superior direito (acometido). Realizou o teste de Tug em 40,8 segundos (nota de corte é de 20 segundos) e o obteve 18 pontos no teste de Tinetti (menor que 19 significando alto risco de quedas). Na avaliação cinético funcional foi constatado que o mesmo possui restrição de força ao realizar movimentos de abdução do ombro e a adução escapular, necessária para retirar a camisa com o membro superior direito, não consegue alcançar o calçado a partir da postura em sedestação, pelo fato de não dispor de força de flexores de quadril para levar o membro mais perto da mão direita, perda de força de quadríceps para estabilizar o membro inferior direito enquanto o tronco vai de encontro ao calçado e perda de força de preensão palmar para segurar o calçado. Finalizada a interpretação dos resultados da avaliação, foi proposta uma conduta com o objetivo que aperfeiçoar o que ele apresentou como dificuldade. Os exercícios foram elaborados tendo como finalidades: Promover uma melhora do condicionamento cardiovascular, já que influenciará positivamente em seu quadro geral, tornando o seu miocárdio mais forte e, conseqüentemente, dando a ele a capacidade de jogar mais sangue para a musculatura e para o cérebro. Inibição o padrão de fechamento postural, visto que na avaliação postural, o paciente apresenta encurtamento de toda a cadeia anterior de tronco, com anteriorização da cabeça e protusão de ombros. Inibição da leve hipertonía presente no hemicorpo afetado, ao ser realizada a avaliação da amplitude de movimento, paciente apresentou leve resistência ao movimento, sendo necessária a inibição desse padrão hipertônico. Ganho de força muscular: Principalmente no hemicorpo afetado e em extensores de pescoço, flexores e abdutores do ombro direito, flexores de quadril direito (esses últimos fundamentais para a marcha). Ganho de equilíbrio estático e dinâmico, devido a nota obtida no teste de Tinetti ser indicativo de alto risco de quedas e ao tempo que levou para a execução do Tug. Ganho de flexibilidade: Paciente apresenta toda a cadeia anterior de tronco encurtada, bíceps braquial bilateral, quadrado lombar direito e rotadores externos de quadril bilateral. Por fim um foco na otimização da marcha com a estimulação à flexão de quadril e dorsiflexão de tornozelo durante a fase de balanço do membro não acometido e estimulação da flexão de quadril, dorsiflexão de tornozelo no membro acometido, dando sempre o comando verbal para o individuo não realizar abdução do membro acometido durante a marcha. **Conclusões:** Os achados presentes nas literaturas nos demonstram o quão frequente o AVE vem se tornando na nossa população e o quanto a patologia interfere na qualidade de vida de seus portadores, implicando em um declínio funcional muito significativo e que já é reduzido fisiologicamente no publico idoso. A atuação da fisioterapia nesses casos é fundamental, com o intuito de recuperar e reestabelecer as funções perdidas ou prejudicadas dos pacientes acometidos da doença, como foi o caso do paciente relatado nesse estudo. Após quatro meses de tratamento foi notório um ganho na amplitude de movimento de membro superior que era diminuída e uma melhora no padrão da marcha. Todos esses ganhos contribuíram de forma direta para melhora da sua qualidade de vida, principalmente nas particularidades que abrangem a funcionalidade.

Referências Bibliográficas

1. Giles MF, Rothwell PM. Measuring the prevalence of stroke. *Neuroepidemiology* 2008; 30:205-6.

2. Rodgers H. Risk factors for first-ever stroke in older people in the North East of England: a population-based study. *Stroke* 2004; 35:7-11.
3. Pereira UP, Andrade Filho AS. *Neurogeriatria*. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2001.
4. Nicoletti A, Sofia V, Giuffrida S, Bartoloni A, Bartalesi F, Bartolo ML, et al. Prevalence of stroke: a door-to-door survey in rural Bolívia. *Stroke* 2000; 31:882-5.
5. Minelli C, Fen LF, Minelli DP. Stroke incidence, prognosis, 30-day, and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil: a population-based prospective study. *Stroke* 2007; 38:2906-11.
6. Santana BAS, Fukujima MM, Oliveira RMC. Características sócioeconômicas de pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr* 1996;54(3):428-32.
7. Kaiser SE. Aspectos epidemiológicos nas doenças coronariana e cerebrovascular. *Rev SOCERJ* 2004;17:11-8. Santana BAS, Fukujima MM, Oliveira RMC. Características sócioeconômicas de pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq Neuropsiquiatr* 1996;54(3):428-32.
8. Durward B, Baer G, Wade J. Acidente Vascular Cerebral. In: Stokes. M. *Neurologia para Fisioterapeutas*. São Paulo: Premier; 2000, p.83-99.
9. Araújo SPA, Silva FCP, Moreira SPCR, Bonilha FS. Prevalência dos Fatores de Risco em pacientes com Acidente Vascular Encefálico atendidos no setor de Neurologia da Clínica de Fisioterapia da Unipar-Campus Sede. *Arq. Ciência Saúde Unipar* 2008;12:35-42.
10. Cambier J, Masson M, Dehen H, Lechevalier B, Delaporte P. *Manual de Neurologia*. São Paulo: Medsi, 1999, 590p
11. Nadeau S, Teixeira-Salmela LF, Gravel D, Olney SJ. Relationships between spasticity, strength of the lower limb and functional performance of stroke victims. *Neurosci Div* 2001;21(1):13-8
12. Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CDA, McKeivitt CD. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing* 2006;35:273-9.
13. Patel MD, Tilling K, Lawrence E, Rudd AG, Wolfe CDA, McKeivitt CD. Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing* 2006;35:273-9
14. Carr JH, Shepherd RB. Mudando a face da reabilitação neurológica. *Rev Bras Fisioter* 2006;10(2):147-56.
15. Valente SCF, Paula EB, Abranches M, Masiero D, Chamlian TR, Laccano SN, et al. Resultados da fisioterapia hospitalar na função do membro superior comprometido após acidente vascular encefálico. *Rev Neurocienc* 2006;14(3):122-6.
16. Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVEI). *Rev Bras Cienc Mov* 2002;10(1):47-54.
17. Rubint RS. Perfil Epidemiológico de Pacientes Vítimas de AVE Encefálico Atendidos em Hospital Secundário. *Fisio Bras* 2004;64:7-9.

18. Silva e Souza SR, Oliveira CA, Mizuta NA, Santos MHMR, Moreira AP, Feitosa AL. Reabilitação funcional para membros superiores pos-acidente vascular encefálico. Rev Fisioter Bras 2003;4(3):195-9.
19. Filho GB. Bogliolo Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, 1492p.
20. Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991;39(2):142-8.
21. Shumway-Cook A, Baldwin M, Polissar NL, Gruber W. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults. Physical Therapy 1997; 77: 812-9.