

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UM ESTUDO DE CASO

Angélica da Silva Soares¹; Guadalupy Iuska Mendes Cipriano²; Rafaela Milene Gonzaga³; Sueni Ferreira Batista⁴; Luciano Braga de Oliveira⁵

1. Faculdade Santa Maria. E-mail: angelyica_soares@hotmail.com
2. Faculdade Santa Maria. E-mail: guadalupy.iuska@hotmail.com
3. Faculdade Santa Maria. E-mail: rafaelagonzagamilene@gmail.com
4. Faculdade Santa Maria E-mail: suenifb@hotmail.com
5. Universidade Católica de Santos - SP. E-mail: lullabraga@hotmail.com

Resumo: Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) trata-se de uma condição caracterizada pelo bloqueio súbito do fluxo sanguíneo para o tecido cerebral, resultando no desenvolvimento de distúrbios clínicos focais da atividade cerebral. Dos pacientes com AVC, 37% apresentam alterações em níveis discretos, 16% incapacidades moderadas das funções e 32% alterações intensas e graves, promovendo impactos diretos nos fatores econômicos, sociais e familiares, sendo necessário um processo de reabilitação educativo, dinâmico, contínuo e progressivo. Objetivo: Elaborar um programa de tratamento fisioterapêutico para uma paciente com sequelas de um AVC, através de recursos da cinesioterapia e terapia manual. Metodologia: Trata-se de um estudo de caso, realizado por alunos do curso de Fisioterapia da Faculdade Santa Maria, pela disciplina Estágio I – Comunitário, entre os meses de Setembro à Dezembro de 2015, com a paciente R.P.S., do sexo feminino, 81 anos de idade, aposentada, com diagnóstico clínico de AVE, com hemiplegia direita associada à paresia de Membro Superior Direito (MSD) e Membro Inferior Direito (MID) e déficit de mobilidade. O tratamento proposto foi composto por alongamentos e mobilizações passivas, Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (FNP), através de padrões primitivos e funcionais, Estímulos Táteis e Conceito Bobath. Resultados e Discussão: Em decorrência de um novo episódio de AVC associado a Choque Cardiogênico, foi possível verificar a permanência dos déficits funcionais e na Dependência Funcional de acordo com o Índice de Katz, porém com melhora discreta na capacidade cognitiva. Conclusão: Técnicas fisioterápicas aplicadas adequadamente são essenciais para a minimização das sequelas neurológicas secundárias a episódios de AVC, porém fatores intrínsecos e/ou extrínsecos podem vir a intervir negativamente nesse processo de reabilitação, onde em relação a paciente em estudo apresentou melhoras apenas na capacidade cognitiva, permanecendo com dependência funcional importante.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Fisioterapia, Neurologia.

Introdução

O AVC pode ser entendido por uma condição caracterizada pelo bloqueio súbito do fluxo sanguíneo para o tecido cerebral, resultando ainda no desenvolvimento de

distúrbios clínicos focais da atividade cerebral. Essa interrupção do fluxo sanguíneo pode ser pela obstrução de uma artéria considerada importante para a função cerebral

típica, como também por ruptura. Portanto o AVC pode ser classificado como Isquêmico, quando há obstrução e Hemorrágico quando há uma ruptura, havendo estimativas de que cerca de 85% dos casos referem-se ao tipo isquêmico. Além de ser considerada uma das principais causas de incapacidade e de mortalidade em âmbito mundial, ela acomete cerca de 15 milhões de pessoas anualmente (SCALZO et al., 2010; ROLIM; MARTINS, 2011; FIGUEIREDO; BICHUETTI; GOIS, 2012).

Os estudiosos Rangel, Belasco e Diccini (2013) falam que pacientes que sofrem o episódio de AVE, 37% apresentam alterações em níveis discretos, 16% incapacidade moderada das funções e 32% alterações intensas e graves, interferindo diretamente na funcionalidade do indivíduo. As sequelas e/ou incapacidades tanto em âmbitos físicos e mentais resultantes do AVC promovem impactos diretos nos fatores econômicos, sociais e familiar, sendo necessário que esses pacientes passem por uma reabilitação que envolva processos dinâmicos, contínuo, progressivo e educativo para que assim possam chegar a restauração funcional ou ao mais próximo possível.

O diagnóstico do AVC tanto isquêmico como o hemorrágico, não é possível apenas pela avaliação clínica, pois não obtêm-se uma diferenciação entre ambos,

sendo que fatores como, apresentação de cefaleias, náuseas, vômitos, Pressão Arterial Sistólica (PAS) > que 220 mmHg e/ou ainda rebaixamento do nível de consciência, pode indicar a presença de hemorragia intracraniana, sugerindo-se um AVC do tipo hemorrágico, porém somente com a realização dos exames complementares que será possível a correta diferenciação (FIGUEIREDO; BICHUETTI; GOIS, 2012).

Ainda de acordo com os autores anteriores os exames complementares mais aceitos para o diagnóstico são a Tomografia Computadorizada (TC) e Ressonância Magnética (RM), sendo que para detecção de sangramento/hemorragia, bem como para definir a causa do sangramento, a RM é considerada a mais eficaz por apresentar maior sensibilidade, porém na prática, a TC sem contraste é o método mais utilizado, tanto pelo seu baixo custo como pela sua maior disponibilidade. Já no AVC tipo isquêmico, a RM também é a mais eficaz, pois permite uma melhor visualização das lesões (FIGUEIREDO; BICHUETTI; GOIS, 2012).

O AVC segue-se por diversas sequelas e comprometimentos, dentre eles estão: alterações emocionais, cognitivas e da comunicação, distúrbios na função sexual, qualidade do sono e principalmente os motores e sensoriais. A intervenção fisioterapêutica apresenta maiores resultados

satisfatórios quando iniciada de forma precoce ao evento, visto que subsequentemente a lesão cerebral, a mesma inicia seu processo de plasticidade neural (DANAGA, 2014).

A fisioterapia trabalha promovendo a recuperação funcional dos pacientes, fazendo com que os mesmos adquiram uma melhor qualidade de vida, auxiliando ao retorno de certas atividades. Além disso trabalha em diversos aspectos, desde um aumento e/ou manutenção da capacidade funcional, incluindo-se aqui a normalização do estado do tônus muscular, Amplitude de Movimento (ADM), Força Muscular (FM), capacidades proprioceptivas, até nas atividades de reaprendizagem motora (VENANCIO, 2012).

O objetivo do presente estudo foi elaborar um programa de tratamento fisioterapêutico para uma paciente com sequelas de um AVC, através de recursos da cinesioterapia e terapia manual.

Método

Trata – se de um estudo de caso, realizado por alunos do curso de Fisioterapia da Faculdade Santa Maria, pela disciplina Estágio I – Comunitário, entre os meses de Setembro à Dezembro de 2015.

A amostra é composta pela paciente identificada pelas siglas R.P.S., do sexo feminino, 81 anos de idade, aposentada, cor

branca, natural e residente no município de Cajazeiras/ PB, com diagnóstico clínico de AVE, apresentando como cuidadora informal sua filha S.S.C. Antes de iniciar a avaliação fisioterapêutica a filha da paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) segundo Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde (MS).

A paciente foi incluída na lista de pacientes referentes ao atendimento à domicílio, oferecido pelo curso de Fisioterapia da Faculdade Santa Maria, pela disciplina Estágio I – Comunitário, no dia 09 de Setembro de 2015, sendo que nesta mesma data foi feita a visita na residência da mesma para ser realizada a avaliação fisioterapêutica, com o principal objetivo de obter as informações necessárias para que fossem traçados os objetivos e conduta fisioterapêutica adequada para seu quadro. Como a paciente não encontrava-se apta para responder as perguntas contidas na Ficha de Avaliação de Saúde Coletiva e Gerontologia, disponibilizada pela faculdade, as mesmas foram respondidas pela filha da paciente.

No final do período os atendimentos domiciliares totalizaram um número de 3 sessões.

Ao ser interrogada sobre a presença de patologias associadas, presença de antecedentes pessoais, bem como as

medicações em uso, teve-se como resposta que a paciente era hipertensa e que não havia antecedentes pessoais, utilizando-se os seguintes medicamentos: Tensaliv (5 mg) e Maleato de Enalapril (10 mg).

Subsequentemente, seguiu-se o exame físico, onde a mesma encontrava-se acamada, com força de preensão palmar aumentada, presença de manchas senis distribuídas ao longo do corpo, resistência aumentada no final da amplitude da extensão de cotovelo direito e hipotonia em Membros Inferiores (MMII). Em relação a sua ADM, apresentava-se reduzida globalmente, e no que diz respeito ao quesito FM, foram obtidas as seguintes informações: MSD: grau 2 na tabela de Oxford; Membro Superior Esquerdo (MSE): grau 4; Membro Inferior Esquerdo (MIE): grau 2 e MID: grau 1.

Os seguintes pontos avaliados foram, sensibilidade, sinais vitais (SSVV) e testes especiais. Em relação à avaliação da sensibilidade, a superficial apresentavam-se reduzida, a profunda reduzida em hemicorpo direito e normal no esquerdo. Os SSVV: Pressão Arterial (PA) = 160 x 70 mmHg, Frequência Cardíaca (FC) = 66 bpm e Frequência Respiratória (FR) = 24 irpm. Os testes especiais realizados foram o cutâneo – Plantar e os ósteotendinosos. O Cutâneo Plantar apresentou resposta Babinsk Positivo; o bicipital, tricipital e patelar direito,

apresentaram-se com resposta exacerbada; bicipital, tricipital, aquileu e patelar esquerdo, presente; aquileu direito, ausente.

Os aspectos seguintes da ficha de avaliação fisioterapêutica referentes a Análise da Dor e Escala Analógica da Dor, não foram possíveis de serem assinalados, pois a paciente encontrava-se incapacitada para realizar tal classificação. Já no aspecto Atividade de Vida Diária (Índice de Katz), a filha da paciente foi solicitada a responder seis questões para a classificação da dependência da paciente, enquadrando-se na Dependência Importante para AVD.

O diagnóstico fisioterapêutico determinado foi: Hemiplegia direita associada à paresia de MSD e MID com déficit de mobilidade.

O tratamento foi composto por: Técnicas de alongamentos passivos, das musculaturas de MMSS, MMII e tronco, principalmente dos músculos que tendem a apresentarem padrões de espasticidade, como, tríceps sural, isquiotibiais, adutores, rotadores, entre outros (3 séries de 20 – 30 segundos de manutenção e verificação da Pressão Arterial (PA) a cada 5 – 10 minutos). Mobilizações passivas de MMSS, MMII e tronco (verificação da PA a cada 5 – 10 minutos); FNP: padrões primitivos de MMSS e MMII, e posteriormente os funcionais; Estímulos no hemicorpo comprometido,

através das seguintes medidas: adaptação da altura da cama, devendo permitir que quando sentada os pés fiquem bem apoiados ao chão; colocação de objetos que desperte interesse para o lado afetado; crioestimulação; estímulo sensorial através do calor; exercícios táteis com diversas texturas (verificação da PA a cada 5 – 10 minutos); Conceito Bobath, através do estímulo de rolamento para o lado afetado, como também para o não afetado, utilizando-se os pontos – chaves de quadril e joelho; treinamento de transferências de decúbito dorsal para sentada e posteriormente para quatro apoios, posição bípede e marcha.

Resultados e Discussão

Ao término do período de atendimento, foi realizada a reavaliação fisioterapêutica no dia 2 de Dezembro de 2015, como também a entrega de uma cartilha de orientações para os familiares que estão em constante convívio com a paciente, nas dimensões 42 x 59 cm, onde foi possível verificar que a mesma apresentou uma discreta melhora na sua capacidade cognitiva.

Por conta de um novo episódio de AVC no dia 15 de Outubro de 2015, acompanhado de um Choque Cardiogênico, fato este que conduziu sua hospitalização por cinco dias no Hospital Regional de Cajazeiras (HRC); foi possível verificar que a paciente

permanecia com déficit nas capacidades funcionais, como também com a Dependência Importante para AVD, de acordo com o Índice de Katz.

Para diversos autores a Hipertensão Arterial (HA) refere-se em um dos principais fatores de riscos para os eventos de AVC, apresentando uma capacidade impactante nas camadas internas das paredes das artérias, desencadeando lesões conhecidas como aterosclerose. Dentre os principais fatores de riscos capazes de facilitar um processo aterosclerótico, estão: a hipertensão arterial, seguindo do uso de tabaco e as dislipidemias. Este processo aterosclerótico é iniciado por uma agressão do endotélio das paredes das artérias de grande e médio calibre, seguindo pelo acúmulo de componentes como as lipoproteínas, migração dos macrófagos, citocinas e fatores de crescimento, sendo o depósito de lipoproteínas o principal fator do processo de aterogênese (SILVA, 2007; XAVIER et al., 2013; VERAS et al., 2007).

Para Veras et al. (2007) a HA vem sendo considerada como um problema de saúde pública e também como um dos fatores de riscos para o AVC e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a HA apresenta dificuldades em relação ao seu controle, por conta que na grande maioria dos casos, a sua etiologia não são conhecidas. Portanto acredita-se na existência de fatores que

possam estar associados com a elevação da pressão arterial, como por exemplo: sedentarismo, senescência e senilidade, tabagismo, histórico familiar, hábitos alimentares, etc.

Estudo aponta que durante a fase aguda do AVC os problemas e limitações estão mais envolvidos com a função respiratória e deglutição, sendo necessário que o profissional Fisioterapeuta atue com foco nessas funções, mantendo as vias aéreas superiores liberadas e função respiratória o mais próximo do normal (PIASSAROLI et al., 2012).

Ainda de acordo com os autores anteriores o fisioterapeuta trabalha norteado por diversos objetivos, sendo esses de acordo com a especificidade de cada paciente, onde o principal trata-se da promoção de melhorias na capacidade funcional, reestabelecendo parcialmente ou totalmente sua função, sendo que além disso é capaz de realizar um processo avaliativo como norte para as estratégias fisioterapêuticas (PIASSAROLI et al., 2012).

Pacientes que passaram por episódios de AVC que são submetidos a um programa de reabilitação fisioterapêutica, em torno de 80% destes recebem alta hospitalar, onde 70% apresentam-se livres para a deambulação, muitas vezes havendo a necessidade de um dispositivo auxiliar. Em torno de 50 % - 66%

apresentam sua independência preservada após o evento e 17% tornam-se parcialmente dependentes (O'SULLIVAN, SCHMITZ, 2004).

Para Correia et al. (2010) a técnica de crioestimulação sendo utilizada de forma contínua nas musculaturas antigravitacionais, que tendem a entrar em espasticidade como é o caso do punho, metacarpofalangianas e interfalangianas, resulta na redução do grau de espasticidade, sendo esta em consequência da diminuição do processo de neurotransmissão dos impulsos aferentes e eferentes. Porém a redução da hipertonía das musculaturas espásticas não é contínua.

De acordo com Arthur et al. (2010) o fisioterapeuta pode trabalhar com técnicas que visem facilitar o processo de neuroplasticidade, sendo elas: exercícios passivos e ativos, estimulação magnética transcraniana, eletroestimulação, terapia por contenção induzida, FNP e Bobath.

Conclusão

Conclui-se que o profissional Fisioterapeuta através da aplicação de suas bases teóricas e práticas para o planejamento e execução de uma intervenção fisioterapêutica adequada e individualizada, é de essencial importância para o estímulo a recuperação funcional e minimização das

sequelas neurológicas secundárias à episódios de AVC.

No entanto vale ressaltar alguns aspectos que contribuíram para o déficit do número de intervenções, sendo que as mesmas foram realizadas somente em três sessões (23/09/2015; 07/10/2015 e 04/11/2015); sendo eles: feriados, eventos acadêmicos e ausência da paciente na residência, pois muitas vezes encontrava-se na residência de outra filha, localizada na zona rural da cidade de Cajazeiras, PB. Incluindo-se ainda o fato de um novo episódio de AVE acompanhado de Choque Cardiogênico, esses fatores foram contribuintes para a permanência da dependência funcional da mesma.

Referências Bibliográficas

ARTHUR, A.M. et al. Tratamentos Fisioterapêuticos em pacientes pós-AVE: uma revisão do papel da neuroimagem no estudo da plasticidade neural. **Ensaio em Ciência Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v.14, n.1, p.187-208, 2010.

CORREIA, A.C.S. et al. Crioterapia e Cinesioterapia no membro superior espástico no acidente vascular cerebral. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v.23, n.4, p.555-563, 2010.

DANAGA, P.G.; UNICASTELO. **Importância da fisioterapia no AVC**. 2014.

Disponível em:

<<http://unicastelo.br/portal/importancia-da-fisioterapia-no-avc/>>. Acessado em: 18 de Maio de 2016.

FIGUEIREDO, M.M.; BICHUETTI, D.B.; GOIS, A.F.T.; Evidências sobre o diagnóstico e tratamento do acidente vascular encefálico no serviço de urgência. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 167-172, 2012.

O'SULLIVAN, S. B., SCHMITZ, T. J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 2º ed. Barueri, SP: Manole, 2004.

PIASSAROLI, C.A.P. et al. Modelos de Reabilitação em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. **Revista Neurociências**, v.20, n.1, p.128-137, 2012.

RANGEL, E.S.S.; BELASCO, A.G.S.; DICCINI, S.; Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205-12, 2013.

ROLIM, C.L.R.C.; MARTINS, M.; Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 27, n. 11, p. 2106-2116, 2011.

SCALZO, P.L.; SOUZA, E.S.; MOREIRA, A.G.O. et al. Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de Fisioterapia Puc Minas Betim. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 139-144, 2010.

SILVA, A.M.M.; Aterosclerose: Doença sistêmica com manifestações focais territórios e manifestações clínicas. **Revista Factores de Risco**, v.?, n. 6, p. 40-45, 2007.

VENANCIO, T. CINAPCE. **O papel da fisioterapia no tratamento do Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. 2012. Disponível em:

<<http://www.cinapce.org.br/index.php/br/noticia/408-tatiana-venancio>>. Acessado em: 18 de Maio de 2016.

VERAS, V.S.; MONTEIRO, L.Z.; LANDIM, C.A.B. et al. Levantamento dos fatores de riscos para doenças crônicas em universitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 168-172, 2007.

XAVIER, H.T.; IZAR, M.C.; FARIA NETO, J.R. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, v. 101, n. 4, p. 01-36, 2013.