

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): ESTUDO DE CASO

Rafaela Milene Gonzaga¹; Guadalupy Iuska Mendes Cipriano²; Angélica da Silva Soares³;
Emanuely Rolim Nogueira⁴

1. Faculdade Santa Maria. E-mail: rafaelagonzagamilene@hotmail.com
2. Faculdade Santa Maria. E-mail: guadalupy.iuska@gmail.com
3. Faculdade Santa Maria. E-mail: angelyica_soares@hotmail.com
4. Faculdade Santa Maria. E-mail: emanuelyfisio@gmail.com

Resumo: Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo, causado tanto por obstrução de uma artéria caracterizando o AVE isquêmico, quanto por ruptura caracterizando o AVE hemorrágico. A prevalência do AVE é alta e atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência, sendo considerada uma das principais causas de incapacidades em adultos. Dentre as manifestações clínicas, podemos citar os prejuízos das funções sensitivas, motoras, de equilíbrio e de marcha, além do déficit cognitivo e de linguagem. Objetivo: Elaborar um programa de tratamento fisioterapêutico para fortalecimento muscular, reabilitação da marcha e retorno das AVDs, após um AVE. Metodologia: Este estudo foi realizado na clínica escola integrada da Faculdade Santa Maria – FSM, com a paciente M. G. G. S, do sexo feminino, 66 anos de idade, aposentada, com diagnóstico clínico de AVE isquêmico direito, com fraqueza muscular homolateral a lesão e dificuldade de deambular. Foi atendida no período de outubro a dezembro de 2015, somando de 10 sessões. O tratamento proposto foi baseado: uso da crioterapia e TENS para alívio do quadro algico, alongamentos das cadeias musculares de MMSS e MMII para ganho de ADM, exercícios para fortalecimento vencendo a força da gravidade, evoluindo para força manual, depois utilização de theraband e caneleiras e realização de exercícios na bicicleta ergométrica, sendo que o treinamento de marcha foi realizado inicialmente em barra paralela evoluindo para subir e descer escadas e rampa com e sem auxílio.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico (AVE), fisioterapia, reabilitação.

Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma interrupção súbita do fluxo sanguíneo do encéfalo, causado tanto por obstrução de uma artéria caracterizando o AVE isquêmico, quanto por ruptura caracterizando o AVE hemorrágico (SCALZO et al., 2010). Dentro das doenças cerebrovasculares, o AVE destaca-se como

sendo uma das grandes preocupações da atualidade, tendo em vista ser a terceira maior causa de morte por doença no mundo (RIZZETTI, 2008).

O AVE isquêmico (AVEi) é resultante da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral, podendo ser temporário ou permanente, tendo como principais fatores

de risco a HAS, as cardiopatias e o diabetes mellitus (DM). No AVEi a causa mais frequente é a obstrução de uma das artérias cerebrais em decorrência de ateroma ou êmbolos secundários. O paciente nem sempre perde a consciência e queixa-se de cefaléia. As causas relacionadas à ocorrência do AVEi são: a hipertensão arterial, o fumo, a obesidade e o sedentarismo, dentre outras (ABDON et al., 2008).

O AVE hemorrágico (AVEh) compreende a hemorragia subaracnóidea, em geral decorrente da ruptura de aneurismas saculares congênitos localizados nas artérias do polígono de Willis, e a hemorragia intraparenquimatosa, cujo mecanismo causal básico é a degeneração da artéria intraparenquimatosa cerebral; tendo como principal doença associada a hipertensão arterial sistêmica (HAS). O AVEh ocorre devido ao enfraquecimento das paredes arteriais, desenvolvendo pequenas herniações ou micro-aneurismas que podem romper-se, e o hematoma resultante espalhasse pela substância branca nas regiões mais profundas do cérebro. Os sinais e sintomas iniciais aparecem com forte cefaléia, vômito, rigidez cervical e perda de consciência. (ABDON et al., 2008).

A prevalência do AVE é alta e atualmente 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de deficiência, sendo

considerada uma das principais causas de incapacidades em adultos. Dentre as manifestações clínicas, podemos citar os prejuízos das funções sensitivas, motoras, de equilíbrio e de marcha, além do déficit cognitivo e de linguagem. Entre as alterações motoras, destaca-se a hemiplegia, caracterizada pela perda de força muscular no dimídio contralateral à lesão encefálica. Esses prejuízos resultam em limitação na realização das atividades de vida diária (AVD), restrições na participação social e, conseqüentemente, piora da qualidade de vida (SCALZO et al., 2010).

O fisioterapeuta necessita, para realizar avaliação adequada, ter conhecimento, inicialmente, dos eventos que ocorrem durante a marcha e de seus mecanismos de controle motor. Fazendo-se necessários para que se possa analisar e interpretar adequadamente o que ocorre no estado de ambulatório “anormal” do paciente hemiparético (BOCCHE, 2005).

A fisioterapia permite ao doente de AVE readquirir o uso dos membros afetados, desenvolver mecanismos compensatórios para reduzir o impacto dos défices residuais e estabelecer programas de exercícios para ajudar a manter essas novas capacidades aprendidas. (SILVA, 2010).

O objetivo do presente estudo foi elaborar um programa de tratamento

fisioterapêutico para fortalecimento muscular, reabilitação da marcha e retorno das atividades da vida diárias (AVDs), após um Acidente Vascular Encefálico (AVE).

Método

Trata-se de um estudo de caso, realizado na Clínica Escola Integrada da Faculdade Santa Maria- FSM, localizada na cidade de Cajazeiras- PB, durante o período de outubro a dezembro de 2015.

A amostra é composta por, M. G. G. S. do sexo feminino, 66 anos de idade, aposentada, natural e residente da cidade de Cajazeiras/ PB, com diagnóstico clínico de AVE, submetida ao atendimento de fisioterapia duas vezes por semana, pelos discentes da disciplina de Sistema Nervoso Aplicada, no total de 10 sessões. A paciente foi encaminhada ao atendimento após aproximadamente 15 dias que sofreu o AVE isquêmico direito, com sequelas de fraqueza muscular de todo o lado esquerdo do corpo e dificuldade de deambular. A mesma apresentava pressão arterial 120 X 80 MmHg, frequência cardíaca 70 bpm e frequência respiratória 18 irpm. A paciente relata uma grande perda nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução, rotação interna e externa no braço e na perna esquerda.

A avaliação fisioterapêutica inicial foi realizada no dia 22 de outubro de 2015, na

sala de avaliação da Clínica Escola da Faculdade Santa Maria, sendo observado, leve dor no ombro, fraqueza muscular, diminuição de ADM e limitação da marcha.

O tratamento foi composto por: crioterapia com duração de 15 minutos sobre o ombro esquerdo, e também a aplicação do TENS burst (frequência: 70 a 100Hz) nessa mesma região com duração de 20 minutos, para diminuição do quadro algico. Para ganho de ADM, foram realizados alongamentos passivos das cadeias musculares dos MMSS e MMII, 3 séries mantidas por 30 segundos. Para fortalecer a musculatura foi incluso o uso de FES sequencial (frequência: 50 a 100Hz; Largura de pulso: 200 a 500 microsegundos) na região do antebraço com o intuito de fortalecer, estimular os músculos extensores e quebrar o padrão flexor, durante 25 minutos. No membro inferior foram feitos primeiramente exercícios vencendo a força da gravidade, evoluindo para força manual, auxílio de faixas elásticas (theraband) e por fim caneleiras, 3 séries de 10 repetições, bicicleta ergométrica com duração de 15 minutos.

A reabilitação da marcha foi realizada inicialmente na barra paralela, primeiramente marcha anterior de frente para o espelho, evoluindo para marcha em linha reta, lateral, dificultando com obstáculos e

posteriormente subir e descer escadas e rampa durante 10 minutos.

Ressaltamos que ao a avaliação a filha da paciente (acompanhante) assinou um termo de consentimento livre e esclarecido seguindo a Resolução 466/12 do CNS.

Resultados e Discussão

Após a realização das 10 sessões de fisioterapia foi realizada uma segunda avaliação, onde se pôde perceber uma melhora satisfatória no grau de força muscular, bem como na realização da marcha, desta forma possibilitando o retorno das AVD's, como por exemplo, levar a comida à boca, vestir-se, sentar e caminhar sem precisar de ajuda.

Analisando os resultados podemos sugerir que a nossa amostra é semelhante às características gerais descritas na literatura. Concordante com o presente estudo, cuja amostra se trata de um indivíduo idoso, Hack et al. (2003) afirma que 75% dos indivíduos que sofreram AVE, eram pessoas idosas.

Recursos têm sido investidos em pesquisa, na tentativa de reduzir a morbidade e mortalidade ocasionada pelo AVE. Contudo, o número de pacientes com incapacidades crônicas causadas por AVE ainda é elevado, levando a repercussões sociais na saúde pública e na previdência social (BARATO et al., 2009).

Segura et al (2008), afirma que o tratamento fisioterapêutico promove uma melhora sobre os recrutamentos de unidades motoras, o que garante um melhor desempenho no ato motor, dando por melhora na velocidade, destreza e coordenação dos movimentos, além de promover outros benefícios, melhorando sua qualidade de vida. Esse estudo desenvolvido por Segura et al. (2008) é concordante com os resultados encontrados nesse estudo, visto que ao utilizar o treino de fortalecimento, pode-se observar uma melhora significativa no desempenho do ato motor, dando por melhora na velocidade, destreza e coordenação dos movimentos.

Nos pacientes acometidos existem várias limitações, entre elas estão à hemiplegia e a hemiparesia, cujos principais sintomas são a fraqueza muscular e a espasticidade. Em um tratamento deverá conter reforço muscular tanto no lado plégico quanto no lado não-plégico, pois Bohannon (1990) citado por Teixeira Salmela (2000), afirmam que existe um déficit de força no membro não afetado em relação aos indivíduos saudáveis, o que corrobora com o presente estudo, uma vez que, o treino de força muscular realizado em ambos os membros, tanto o afetado como o sadio, mostrou um resultado, consideravelmente rápido, e eficiente, no que diz respeito ao ganho de força e coordenação.

Ao tratar da importância da cinesioterapia, no tratamento de pacientes sequelados de AVEs, Junior et al. (2007) diz que a cinesioterapia precoce melhora o condicionamento físico, metabolismo corporal, força muscular, resistência à fadiga, eficiência cardiovascular, flexibilidade, mobilidade, coordenação, equilíbrio e prevenção de deformidades e dores em geral, proporcionados pelo ato motor. Essa colocação feita por Junior et al (2005) corrobora com os resultados obtidos por esse estudo, ao se fazer o uso da cinesioterapia, por meio de alongamentos, visto que os resultados obtidos ao se fazer o uso da cinesioterapia foram bastante evidentes, no ganho de amplitude de movimento, e na redução da espasticidade.

Um estudo de revisão de literatura realizado por Santos et al. (2014), apontou para uma eficácia da intervenção com a FES sobre a recuperação motora funcional de indivíduos com AVE crônico. Esses efeitos positivos são suportados por uma melhora no desempenho motor funcional do membro superior acometido no momento ou logo após a intervenção com a FES, corroborando com o presente estudo, visto que ao utilizar o FES como meio de restaurar a força muscular da amostra desse estudo, observou-se uma melhora significativa da força muscular.

Conclusão

Conclui-se que a intervenção Fisioterapêutica é uma modalidade de tratamento utilizada para a reabilitação do Acidente vascular Encefálico (AVE) e que a proposta de intervenção utilizada no presente estudo caso mostrou resultados satisfatórios, assim afirmando que a Fisioterapia é uma terapia benéfica e efetiva para o tratamento de AVE.

Sugere-se uma maior divulgação da área de atuação do fisioterapeuta, para que outros profissionais de saúde que assistem diretamente pacientes portadores de sequelas de AVE possam indicar o tratamento fisioterapêutico tanto no sentido curativo como também no âmbito preventivo de complicações que podem surgir em consequência de AVE's.

Referências Bibliográficas

SCALZO, P. L.; SOUZA, E. S.; MOREIRA, A.G.O.; VIEIRA, D.A.F. 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.

RIZZETTI, D.A.; TREVISAN, C. M. Capacidade Funcional Em Pacientes Portadores De Sequelas De Avc Participantes Do Projeto De Hidrocinesioterapia Aplicada Às Patologias Neurológicas Do Idoso. **Saúde, Santa Maria**, v. 34, n 1-2, p.32-36, 2008.

ABDON, A.P.V.; DIAS, A. M. M.; MELO, A. M. M.; LUNA, M.E.B. Os Efeitos Da Bola Suíça Nos Pacientes Portadores De Hemiplegia Por Acidente Vascular Cerebral. **RPBS**, v.21, n.4, p.233-239, 2008.

SILVA, E.J.A; Reabilitação Após O Avc. **Projecto de opção do 6º ano- Declaração de Reprodução**, p.16, 2010.

BOCCHE, S.C.M.; ÂNGELO, M. **Interação Cuidador Familiar-Pessoa com AVC: Autonomia Compartilhada**. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 729-738.

SEGURA D. C. A.; BRUSCHI F. A.; GOLIN T. B. et al. A evolução da marcha através de uma conduta cinesioterapêutica em pacientes hemiparéticos com sequela de ave. **Arquivo de Ciências da Saúde Unipar, Umuarama**, v. 12, n. 1, p.25-33, 2008.

JUNIOR N. M. et al. Efeitos do fortalecimento. Medicina de Reabilitação. 4 ed. Rio de Janeiro: **Academia Brasileira de Medicina de Reabilitação**. Guanabara Koogan, 2007.

TEIXEIRA-SALMELA L. F.; OLIVEIRA E. S. G.; SANTANA E. G. S. et al. Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. **Acta Fisiatria**, v.7, p. 108-18, 2000.

BARATO G.; FERNANDES T.; PACHECO M. et al. Plasticidade cortical e técnicas de fisioterapia neurológica na ótica da neuroimagem. **Revista Neurociências**, v.17, p. 342-8, 2009.

SANTOS, R.C.M.; CARVALHAIS, V.O.C.; PAZ, C.C.S.; et al. Uso da Estimulação Elétrica Funcional Pós Acidente Vascular

Cerebral: Revisão Sistemática. **Revista Neurociências**, v. 23, n.1, p. 103-115, 2014.