



FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL EM UNIDADE DE AVC: APLICAÇÃO DE PROTOCOLO PADRONIZADO É POSSÍVEL

Ana Fátima Ximenes Meireles¹, Jannyelle Dionisio Santos², George Cesar Ximenes Meireles², Igor Guidetti², Davi Said Araujo², Samuel Ranieri Oliveira Veras², Francisco José Mont`Alverne², João José Freitas de Carvalho², Fabricio de Oliveira Lima²,
Fernanda Martins Maia¹

¹Universidade de Fortaleza; ²Hospital Geral de Fortaleza
anaxm58@hotmail.com

Resumo

A reabilitação do AVC na fase aguda permanece um desafio. O uso da fisioterapia neurofuncional, com estímulos sensoriais precoces, ainda não foi amplamente investigada, podendo ter um papel decisivo na plasticidade neuronal. O objetivo do presente estudo é propor um protocolo de atendimento neurofuncional em pacientes com AVC isquêmico na fase aguda, internados em um hospital de referência. Trata-se de um estudo transversal onde foi elaborado um protocolo padronizado de atendimento neurofuncional contemplando: educação postural; mobilização precoce com mudança postural; estimulação sensorio/perceptual com uso de 7 objetos; exercícios funcionais com os 7 objetos, com e sem feedback visual e com e sem auxílio; alcance funcional sem e com feedback visual; alinhamento postural com espelho; treino do equilíbrio postural com tábua de propriocepção; treino de descarga do peso corporal com tábua e treino de preensão fina e grossa com 6 objetos. Foram incluídos pacientes com AVC isquêmico agudo internados na Unidade de AVC, com qualquer classificação de Bamford, e avaliados pelas escalas: NIHSS, Rankin, Oxford, Ashworth, Fugl Meyer, medida de independência funcional e escala de Berg. Foram avaliados 34 pacientes, com uma média de idade 59 anos, 50% do sexo masculino. Foram analisadas 133 sessões do protocolo, sendo uma média de 3,9 sessões por paciente, variando de 1 a 10 sessões. A duração média do atendimento foi de 35,5 minutos variando de 20 a 50 minutos. Apesar da extensão deste protocolo, a aplicação deste protocolo é exequível, podendo ser realizada em tempo hábil e com reprodutibilidade entre as equipes de reabilitação.



Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Reabilitação. Fisioterapia.

Introdução

Dentre as 58 milhões de mortes por ano em todo o mundo, 5,7 milhões foram causadas por acidente vascular cerebral (AVC), o que corresponde à segunda causa mais comum de morte, responsável por 10% de mortes no mundo. (OLIVEIRA, F. J. et al., 2012). Em 2005, no Brasil, o AVC foi responsável por 10% de todas as mortes (total de 90.006), além de 10% das admissões em todos os hospitais públicos. O AVC pode ser classificado em dois grandes grupos: AVC isquêmico (AVCi), que apresenta a maior prevalência (53 a 83% dos casos) e o AVC hemorrágico. Geralmente se apresenta com instalação súbita, sendo necessária uma intervenção precoce com o objetivo de reduzir os riscos de óbito e sequelas. Quanto mais tardio o atendimento a esses pacientes, maior será a gravidade das sequelas, o que dificultará o tratamento e comprometerá ainda mais suas funções e recuperação (CORREIA et al., 2010).

A avaliação neurológica dos pacientes com AVC tem, como um de seus objetivos, identificar déficits motores, sensoriais e cognitivos, permitindo dessa forma planejar o tratamento adequado pela equipe multidisciplinar especialmente do fisioterapeuta, para minimizar os efeitos da incapacidade, visando readquirir a máxima independência funcional possível. É importante avaliar a fraqueza muscular intervindo de forma a fortalecer e alongar a musculatura, iniciar as reações de equilíbrio de acordo com os déficits do paciente e investigar as causas responsáveis pela restrição dos movimentos apresentados pelo paciente (GAVIM et al., 2013). A sequela neurológica pós-AVC mais frequente é a fraqueza em um dos lados do corpo. Um treinamento específico e exercícios repetitivos de atividades motoras para a vida diária poderão ser benéficos em pacientes que apresentam sequelas. O treinamento motor provoca mudanças em áreas do cérebro muito importantes para realização dos movimentos. As partes do cérebro que não foram afetadas pela isquemia podem ser estimuladas pelo treino com aumento da atividade neural. O treino motor deve envolver principalmente as tarefas diárias realizadas pelo paciente, levando a benefícios motores a curto e em longo prazo, quando comparados a terapias não funcionais. (DOBKIN, 2004; WINSTEIN et al.2004). Desta forma, podemos observar que o papel da fisioterapia na fase aguda é fundamental para a recuperação motora após o AVC agudo, podendo



contribuir de forma mais efetiva na recuperação de sua independência funcional e consequente reintegração social do paciente.

O objetivo do estudo é criar um protocolo de atendimento neurofuncional em pacientes com AVC isquêmico na fase aguda.

Materiais e Métodos

Estudo transversal onde foi elaborado um protocolo padronizado de atendimento neurofuncional contemplando as seguintes etapas: educação postural; mobilização precoce com mudança postural; estimulação sensorio/perceptual com uso de 7 objetos; exercícios funcionais com os 7 objetos, com e sem feedback visual e com e sem auxílio; alcance funcional sem e com feedback visual; alinhamento postural com espelho; treino do equilíbrio postural com tábua de propriocepção; treino de descarga do peso corporal com tábua e treino de preensão fina e grossa com 6 objetos. Foram incluídos pacientes com AVC isquêmico agudo internados na Unidade de AVC, com qualquer classificação de Bamford, e avaliados pelas escalas: NIHSS, Rankin, Oxford, Ashworth, Fugl Meyer, medida de independência funcional e escala de Berg.

Resultados e Discussão

Foram avaliados 34 pacientes, com uma média de idade 59 anos, 50% do sexo masculino. Na classificação clínica de Bamford, 29% eram de circulação anterior total, 17% circulação anterior parcial, 8% eram de circulação posterior e 44% eram lacunares. 20% dos pacientes tiveram NIHSS abaixo de 5; 41% tiveram NIHSS entre 6 e 13 e outros 20% obtiveram pontuação acima de 14. Em relação à funcionalidade, avaliada pela escala de Rankin, 5,8% tiveram de 3, 70% tiveram escore de 4 e 20% apresentaram Rankin de 5. Foram analisadas 133 sessões do protocolo, sendo uma média de 3,9 sessões por paciente, variando de 1 a 10 sessões. A duração média do atendimento foi de 35,5 minutos variando de 20 a 50 minutos. 14% dos pacientes apresentaram dor no ombro.



Podemos observar, na nossa prática diária, que os pacientes que realizam fisioterapia evoluem com melhora da função motora quando comparados a pacientes que esperam longos períodos para iniciar ou não realizam fisioterapia durante a internação, tendo um impacto negativo na funcionalidade (RIBERTO M. et AL).

A estimulação sensorial remodela os mapas corticais facilitando neuroplasticidade e a aprendizagem motora, porém o tempo para iniciar esta estimulação funcional ainda não é claro. A aplicação de protocolos padronizados de fisioterapia ainda não tem sido uma estratégia reconhecida na literatura, porém são necessários para identificarmos a efetividade desse método. Apesar da extensão deste protocolo, seu uso em unidade de AVC é possível, uma vez que as sessões tiveram média de 35 minutos de duração, sendo porém necessário fisioterapeuta com treinamento específico para otimização do tempo e execução correta das etapas.

Conclusão

A aplicação deste protocolo de atendimento neurofuncional em pacientes com AVC agudo em unidade de AVC é exequível, podendo ser realizada em tempo hábil e com reprodutibilidade entre as equipes de reabilitação.

Agradecimentos

Agradeço à Universidade de Fortaleza pela oportunidade de participar do programa de pós graduação e oferecer aos alunos a oportunidade de divulgar suas pesquisas.

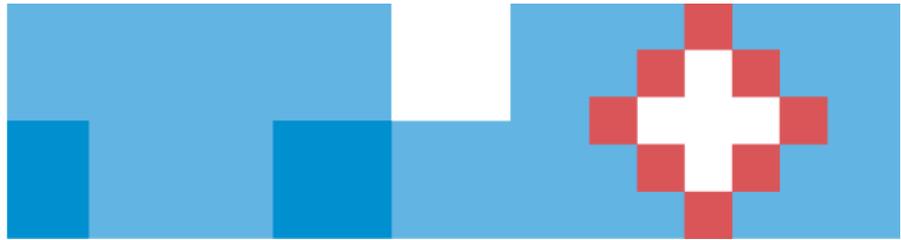
Referências

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

DOBKIN, B H. Strategies for Stroke Rehabilitation. *Lancet Neurol.*, v.3, n.9, p. 528-536, set 2004. ESCALA DE AVC DO NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE. *Neurology*. v.53, p.126-131, 1999.

GAVIM, A. E. O., OLIVEIRA, I. P. L., COSTA, T. V., OLIVEIRA, V. R., MARTINS, A. L., SILVA, A. M. A influência da avaliação fisioterapêutica na reabilitação neurológica. *Revista científica da UNISEP-Saúde em foco*; (6): 71-77. 2013.

III SIMPÓSIO DE PESQUISA EM CIÊNCIAS MÉDICAS



GORDON, N. F. et al. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. Stroke. 35: 1230, 2004. 5. OLIVEIRA, F. J. et al . Guidelines for acute ischemic stroke treatment: part I. Arq. Neuro-Psiquiatr. [online], São Paulo , v. 70, n. 8, p. 621-629. 2012.

RIBERTO M.; MIYAZAKI MH; JUCA S. S. H; LOURENÇO, C; BATTISTELLA L.R. Independência funcional em pessoas com lesões encefálicas adquiridas sob reabilitação ambulatorial. ACTA Fisiátrica, 14(2): p. 87-94. 2007.