

A INFLUÊNCIA DA AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA

Gavim, A. E. O.¹; Oliveira, I. P. L.¹; Costa, T. V.¹; Oliveira, V. R.¹; Martins, A. L.²; Silva, A. M.³;

¹ Discente em Fisioterapia pela Faculdades Integradas do Vale do Ribeira (FIVR) – Registro/SP. e-mail: alinegavim@hotmail.com

² Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) – SP. Mestre em Engenharia Biomédica – UMC. Docente nas FIVR das disciplinas de Fisiologia Humana, Anatomia Humana, Patologia, Fisiologia do Exercício, Neuroanatomia e Bases da Fisioterapia Neurológica nos cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Ciências Biológicas e Farmácia. Supervisora de Estágio de Fisioterapia nas áreas de Ortopedia, Neurologia Adulto e Pediátrica. e-mail: drica.fisio@hotmail.com

³ Graduado em Fisioterapia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) – SP. Especialista em Acupuntura pelo IBRATE. Coordenador dos Cursos de Fisioterapia e Educação Física. Coordenador da Comissão Própria de Avaliação (CPA) nas FIVR e Docente das disciplinas de Anatomia Humana, Bases, Métodos e Técnicas de Avaliação em Fisioterapia, Bases da Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica, Cinesiologia e Biomecânica. e-mail: amsfisio@yahoo.com.

RESUMO

A avaliação fisioterapêutica é essencial para a reabilitação do paciente neurológico. A avaliação deve ser minuciosa e individualizada sendo necessária para assim identificar possíveis comprometimentos neurológicos que necessitem de intervenção do terapeuta. A reabilitação depende de uma avaliação eficaz para identificar os déficits e assim proporcionar um tratamento apropriado. O sistema nervoso central é responsável por receber e processar informações, as lesões neurológicas desencadeiam fatores que acometem as funções motoras e cognitivas levando à limitações impostas por sua deficiência. Avaliar um paciente impossibilitado em suas funções necessita de uma análise minuciosa proporcionando dados para uma boa avaliação, e assim, recuperar as várias atividades funcionais, com independência e eficiência dentro das limitações impostas por sua deficiência. Este artigo tem como objetivo demonstrar através de pesquisa bibliográfica a influência da avaliação fisioterapêutica na reabilitação neurológica.

Palavras-chave:

Lesões neurológicas, avaliação fisioterapêutica, reabilitação fisioterapêutica.

1. INTRODUÇÃO

Estudos comprovam que as doenças neurológicas têm uma grande incidência no Brasil e no mundo; quando um paciente entra no serviço de reabilitação a avaliação inicial é necessária para direcionar o planejamento do tratamento, o qual deve-se considerar a deficiência, a incapacidade, o tônus, a força, o equilíbrio, a propriocepção e a atenção do mesmo.

Em uma avaliação fisioterapêutica as técnicas e os métodos têm por finalidade de detectar o real estado do paciente, para então traçar os objetivos a serem alcançados mediante as condições clínicas do paciente.

Este estudo tem o intuito de enfatizar a importância da avaliação fisioterapêutica na reabilitação neurológica, de forma a determinar a doença e mostrar os resultados nas possibilidades em que o tratamento possa trazer resultados satisfatórios para os pacientes, melhorando sua funcionalidade e desempenho nas atividades de vida diária.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 LESÕES NEUROLÓGICAS (Incidência no Brasil e no mundo)

Doenças neurológicas afetam 1 bilhão de pessoas no mundo todo, diz OMS. Segundo a pesquisa realizada pela OMS em 2007, no levantamento intitulado "Doenças Neurológicas: Desafios de Saúde Pública" diz que o atendimento neurológico deve fazer parte da assistência básica de saúde, para que deficiências não-detectadas sejam diagnosticadas e tratadas.

"A menos que providências imediatas sejam tomadas em termos globais, o fardo neurológico deve ficar ainda mais grave, e uma ameaça para a saúde pública impossível de controlar", disse a OMS.

As doenças neurológicas que também incluem derrames, o mal de Parkinson e lesões cerebrais, matam cerca de 6,8 milhões de pessoas por ano, o que equivale a 12 % das mortes globais, afirmou o documento.

Apenas 2 % dos casos de demência têm início antes dos 65 anos, mas, para cada cinco anos vividos além dos 65 anos, a prevalência de demência praticamente dobra, afirmou o levantamento. Hoje, 24,3 milhões de pessoas sofrem do mal de Alzheimer e de outros tipos debilitantes de demência, mas esse número deve dobrar a cada 20 anos, e a prevalência crescerá mais ainda nos países em desenvolvimento, disse a organização.

Cerca de 50 milhões no mundo todo sofrem de epilepsia, a maioria nos países em desenvolvimento, mas a enorme maioria dos pacientes não recebe medicamentos para impedir as convulsões, afirmou o estudo. "Apesar do fato de tratamentos altamente eficazes e baratos estarem disponíveis, até nove em cada dez pessoas que sofrem de epilepsia não são tratadas", disse a diretora-geral da OMS, Margaret Chan.

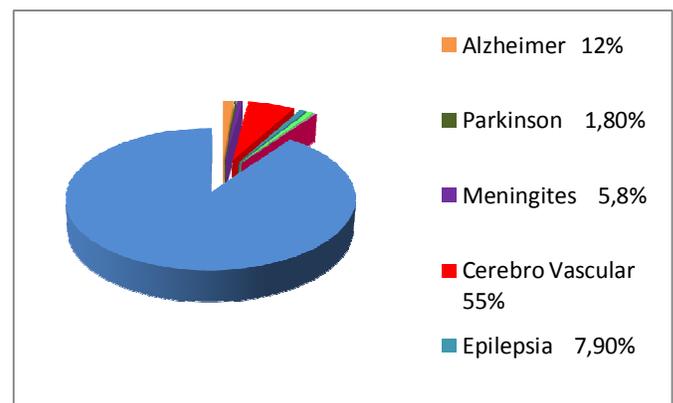


Figura 1 – Porcentagem global individual dos transtornos neurológicos (OMS, 2006) Fonte: Levi-Montalcini, 2006, p.33

2.2 DIAGNÓSTICO E AVALIAÇÃO CLÍNICA

Para Delisa, (1992, p: 65), *O diagnóstico médico concentra-se nos indícios fornecidos pela história clínica e achados físicos, os quais levam o examinador à identificação correta da doença. Uma vez estabelecido o diagnóstico médico, o médico de reabilitação deve então averiguar as conseqüências funcionais da doença que constituem o diagnóstico de reabilitação.*

Em paciente com disfunção neurológica, os médicos geralmente formulam seu diagnóstico clínico com base em exames complexos e de alta tecnologia. (Umphred, 2004).

A avaliação do fisioterapeuta compreende os métodos e técnicas de prévio diagnóstico e avaliação do paciente tendo por finalidade detectar o real estado do paciente, para só então prescrever os métodos e técnicas que possa desenvolver, traçando objetivos a serem alcançados mediante as condições clínicas do paciente. Ao final de cada sessão deverá avaliar o paciente para decidir sobre a continuidade do tratamento, dar alta ao mesmo ou manter acompanhamento periódico. Compete somente ao médico encaminhar o paciente ao setor de fisioterapia, mas o processo fisioterapêutico, a metodologia, as técnicas mais adequadas serão decididas pelo profissional competente, assim como o uso ou adaptações de órteses, próteses, cadeiras de rodas, bengalas, andador e outros. Portanto, em se tratando de restaurar, desenvolver e conservar a saúde física do paciente, através de métodos e técnicas fisioterápicas, o fisioterapeuta, que está habilitado a tal, exercer essas atividades com total independência.

Um programa de aprendizagem motora de tarefas específicas é mais eficiente para a recuperação motora e para o nível de independência nas atividades diárias. (Borella e Sacchelli, 2008).

2.2.1 AVC - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A avaliação neurológica tem por objetivo identificar déficits motores, sensoriais e cognitivos, dessa forma, traçar objetivos e determinar o tratamento adequado para cada paciente, e assim minimizar os efeitos da incapacidade, seja ela permanente ou não e readquirir a máxima independência funcional possível. Verificar a fraqueza muscular intervindo de forma a fortalecer e alongar a musculatura, e quando apropriado introduzir as reações de equilíbrio de acordo com os déficits do paciente. Investigar as causas responsáveis pela restrição dos movimentos apresentados pelo paciente, quais as causas que desencadearam essas restrições.. (Partridge, 2006)

O déficit neurológico decorrente do AVE caracteriza-se por manifestações clínicas, que

evidenciam o comprometimento dos diversos sistemas corporais. Estas manifestações clínicas envolvem comumente alterações motoras e sensitivas, que afetam a função física. Além disso, déficits na função cognitiva, perceptiva, emocional podem estar presentes após o AVE (CARR e SHEPHERD, 2008).

Sobre o tratamento no acidente vascular cerebral, a importância da abordagem motora é um importante tópico a ser trabalhado, contudo, é apenas através de um diagnóstico cinético-funcional preciso que o profissional da saúde consegue elaborar um tratamento adequado. (Langhammer B, Lindmark B, 2012).

Segundo Partridge (2006), *a boa qualidade da função e dos movimentos precisa ser mantida ao longo do tratamento, evitando-se a espasticidade, as compensações, as fixações e as reações associadas*, sendo como objetivo desse tratamento tendo por consequência uma avaliação minuciosa do paciente com seqüela de AVC - Acidente Vascular Cerebral.

2.2.2 TCE - TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO

As informações sobre o evento traumático devem ser colhidas como a causa do traumatismo, e a intensidade do impacto. As intervenções fisioterápicas destinam-se a melhorar as funções motoras e cognitivas. Deve-se avaliar a presença de sintomas neurológicos, convulsões, diminuição de força, alteração de linguagem, dessa forma, identificando quais funções foram comprometidas e quais continuam preservadas a fim de desenvolver um programa eficaz de reabilitação, incluindo exercícios destinados a melhorar as funções perdidas após o TCE. A avaliação irá proporcionar prioridades nas metas de tratamento (Partridge, 2006).

A deficiência e a incapacidade dependem de que regiões cerebrais foram danificadas, mas via de regra, seguem padrões típicos, de acordo com o comprometimento do hemisfério direito ou esquerdo ou do tronco encefálico. (Stokes, 2000)

De acordo com Partridge (2006) *há necessidade da intervenção fisioterapêutica ser planejada de acordo com fatores, tais como os seus hábitos devidos, e os fatores culturais, baseando-se*

ainda na avaliação completa das limitações e habilidades pós-traumáticas do paciente.

2.2.3 PARALESIA CEREBRAL

Quanto mais grave a lesão neurológica, mais evidente estarão os déficits motores e sensoriais (BRASILEIRO, MOREIRA, 2008). Tais alterações podem interferir no desempenho de atividades que englobam tanto a motricidade fina como a global, relevantes à funcionalidade dessas crianças, podendo limitar a participação das mesmas em diferentes ambientes (GUERZONI, CHAGAS, 2008).

O comprometimento motor faz com que os movimentos de uma criança com deficiência física sejam lentos, e estes, somados à falta de coordenação irão causar lentidão de ação, implicando em um ritmo de vida diferenciado com repercussão de aprendizagem (MUNOZ, 1997).

Portanto é preciso observar e avaliar com atenção quais são as suas reais possibilidades de aprendizagem no momento sem incorrer generalizações (MARUJO, 1998).

Há diferentes graduações quanto à intensidade do distúrbio, podendo ser pouco afetado, enquanto outros evoluem com graves limitações funcionais (LEITE & PRADO, 2004).

2.2.4 LESÃO MEDULAR – SECÇÃO MEDULAR COMPLETA EM NÍVEL C-6

Conforme Partridge (2006). *A meta principal da reabilitação física da pessoa que sofreu lesão da medula especial consiste em estabelecer ao máximo a capacidade funcional do indivíduo, dentro do seu potencial, e em ensinar-lhe como prevenir as complicações freqüentemente encontradas nas lesões da medula.* Ao avaliar é muito importante ter conhecimento do nível neurológico para assim acompanhar as mudanças no estado físico do paciente. A avaliação deve ser contínua visando determinar futuras conseqüências funcionais da lesão neurológica.

A avaliação fisioterapêutica busca limitar as complicações secundárias, enquanto se maximiza toda e qualquer habilidade remanescente, uma avaliação minuciosa busca diminuir as

conseqüências da lesão como melhora da ADM, tônus, espasticidade. (Partridge, 2006).

2.2.5 DOENÇA DE PARKINSON

A doença de Parkinson é definida clinicamente como uma combinação de bradicinesia, tremor em repouso, rigidez em roda dentada e deterioração dos reflexos posturais. (Mosby, 1998)

Homberg (1993) sugere que os esquemas das técnicas de treinamento motor para as pessoas com doença de Parkinson devem basear-se na neurofisiologia conhecida do déficit motor nessa doença. As técnicas de facilitação neuromusculares proprioceptivas (FNP) tem sido usada no tratamento da doença de Parkinson na tentativa de diminuir a rigidez influenciando o sistemas de fusos motores e incentivando as atividades dos músculos antagonistas, e para melhorar a acinesia realizando a iniciação e facilitação do movimento. (Stokes, 2000).

A reabilitação efetiva enfoca a historia clinica do paciente, o estagio da doença e sintomas, áreas de déficits funcionais e habilidades residuais e por isso, depende inteiramente de uma avaliação minuciosa. (Sullivan e Schmitz, 2004)

2.2.6 EPILEPSIA

Intervenções cirúrgicas também são usadas no tratamento da epilepsia. Para ser realizado, a causa deve ser detectada e o tecido cerebral lesionado estar restrito a uma área do cérebro. A cirurgia não deve trazer danos ao paciente – como mudanças na personalidade e alterações em funções. O resultado da cirurgia pode variar de acordo com tipo de lesão de cada paciente (Academia Brasileira de Neurologia). No entanto, a avaliação se torna imprescindível para avaliar quais os benefícios e risco que esse tratamento pode causar em cada caso.

Assim faz-se necessário ajustar as expectativas dos pacientes e de suas famílias à realidade, pois algumas vezes, a frustração desses objetivos muitas vezes depende de limitações cognitivas e de vários tipos de transtornos psiquiátricos contribui para aumentar a ansiedade e depressão. (José A.L, Acary S. B. O 2003).

2.2.7 ESCLEROSE MÚLTIPLA

Para Partridge (2006), o tratamento deve além de *estabelecer as prioridades entre as intervenções destinadas a atender às queixas do paciente, avaliar a importância que cabe as atividades em sua vida e a maneira como a doença afetou a sua capacidade para exercê-las. Assim apenas a avaliação é capaz de identificar as necessidades terapêuticas objetivadas no tratamento.*

2.3 AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Para Umphred (2004 p: 45 , 49). *No ambiente terapêutico, o profissional primeiro identifica e testa as incapacidades ou limitações funcionais que se apresentam no paciente. Depois, examina as deficiências do sub sistema que diretamente causam ou possam ter contribuído para essas incapacidades ou limitações funcionais. Obtêm medidas objetivas para as limitações/incapacidades funcionais e deficiências dos sistemas e sub sistemas, os terapeutas devem determinar se elas são cabíveis devido as limitações no numero de intervenções de tratamento.*

Em certas situações uma incapacidade pode ser remediada e se tornar mais funcional, em outros caso as medidas de deficiência podem melhorar expressivamente, mas a incapacidade continuar inalterada.

Tendo por objetivos gerais o aumento da capacidade funcional; estímulo da autoconfiança e auto-estima; como também promover socialização, vivências lúdicas ou educacionais; e vivências pré-profissionalizantes e lazer. Dentre esses e diversos fatores justificam que uma avaliação fisioterapêutica minuciosa, limita possíveis lesões secundárias, minimiza os efeitos da incapacidade e proporciona uma reabilitação neurológica para readquirir máxima independência funcional possível.

Para avaliar de maneira competente os movimentos funcionais durante a vida, os terapeutas devem possuir conhecimento e habilidades sobre o desenvolvimento de movimentos especializados e refinados em domínios diversos, somente então os

terapeutas estão preparados para efetuar os testes de avaliação e diagnóstico necessários e elaborar e programar planos de cuidado visando reduzir as alterações a um mínimo, manter recuperar as habilidades funcionais e melhor qualidade de vida de forma efetiva. (Umphred, 2004)

2.4 COMO A IDENTIFICAÇÃO DOS DÉFICITS INTERFERE NA ELABORAÇÃO DO TRATAMENTO

A identificação dos déficits proporciona um tratamento apropriado sendo o ponto mais difícil no processo de planejamento do trabalho, necessitando da capacidade profissional do fisioterapeuta em avaliar os dados apresentados. Partindo das anormalidades que o paciente apresenta, permite estabelecer os objetivos funcionais sejam eles motores e/ou cognitivos a longo prazo, os objetivos em curto prazo podem fazer parte de uma seqüência desde que um certo componente do tratamento seja responsável por proporcionar a aquisição de várias atividades funcionais, tendo por objetivo final a capacidade do paciente em realizar uma função com máxima independência e eficiência dentro das limitações impostas por sua deficiência. (Partridge, 2006)

2.5 A AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PERMITE TRATAMENTOS INDIVIDUALIZADOS QUE POTENCIALIZAM A REABILITAÇÃO

Avaliar um paciente impossibilitado em suas funções requer um roteiro de análise que permita ao fisioterapeuta um aprofundamento de conhecimentos a respeito de seu paciente, fornecendo-lhe dados para uma boa avaliação.

Segundo Darcy (2004), pacientes com doença neurológica são incapazes de ter um comportamento motor normal porque o dano no Sistema Nervoso Central altera a capacidade integrativa do cérebro

Normalizar o tônus muscular; Desenvolver capacidades sensorio-motoras como o equilíbrio; Avaliar a noção do corpo no espaço; Aumentar a resistência física, levando em consideração a dor e a fadiga; Inibir os padrões anormais de postura e estimular os normais; Desenvolver a marcha; Promover a independência

nas AVDs com ou sem uso de adaptações, desenvolvendo habilidades são objetivos terapêuticos que devem ser traçados a partir de uma avaliação minuciosa.

Quando um paciente entra no serviço de reabilitação uma avaliação inicial é necessária para guiar o planejamento do tratamento, o planejamento do tratamento também deve considerar a hierarquia da deficiência, incapacidade, desvantagem e deve escolher em qual desses níveis interferir. (Umphred, 2004).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no estudo bibliográfico realizado, conclui-se que a avaliação do fisioterapeuta deve ser minuciosa atendo à todos os detalhes, sendo individualizada, pois cada tratamento é único, compreendendo a patologia e os sintomas apresentados pelo paciente, desencadeando dados para uma boa avaliação.

Um programa de reabilitação pode não reverter a natureza progressiva da doença, mas ensina ao pacientes mecanismos compensatórios, ajuda a prevenir complicações e melhora sua qualidade de vida. Compreende os métodos e técnicas de prévio diagnóstico e avaliação do paciente tendo por finalidade detectar o real estado do paciente quais suas condições clínicas e como intervir de maneira a melhorar as funções motoras e cognitivas.

A literatura mostra uma variedade de técnicas de tratamento que podem ser aplicados, existem protocolos de tratamento que podem ser seguidos na reabilitação de diversas patologias neurológicas, no entanto apenas com a realização da avaliação fisioterapêutica podemos identificar os déficits secundários à lesão neurológica e traçar objetivos de tratamento individualizados e pertinentes para cada caso.

Dessa forma, conclui-se que a avaliação fisioterapêutica influencia diretamente na reabilitação de pacientes acometidos por doenças do sistema nervoso e busca recuperar a capacidade de realizar as tarefas diárias, para que o indivíduo se

torne o mais independente possível e sempre respeitando suas limitações.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DELISA, J. A., et al. **Medicina de Reabilitação (Princípios e Prática)**. vol. 3. São Paulo: Manole Ltda, 2002.

http://www.cadastro.abneuro.org/site/publico_epilepsia.asp

(Academia Brasileira de Neurologia) acessado em 29 de maio de 2012.

<http://noticias.uol.com.br/ultnot/reuters/2007/02/27/ult729u65190.jhtm> acessado em 23 de maio de 2012.

<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2001/editorial%2020%2001/editorial%2020%20Gustavo.pdf>

K. SMITH, Laura; L. WEISS, Elizabeth; L. DON, Lehmkuhl. **Cinesiologia Clínica de Brunnstrom**, 5ª edição, Editora Manole.

LEVI-MONTALCINI, R. **Neurological Disorders: Public Health Challenges**. Chapter 2. Geneva: World Health Organization, 2006.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento**. 4º ed. Manole 2004.

PARTRIDGE, C.; **Fisioterapia Neurológica**. 1ª ed. São Paulo: Santos Editora, 2006.

PERKIN, G. D. **Atlas Mosby em cores e textos de Neurologia**. 1º ed 1998.

STOKES, M. **Neurologia para Fisioterapeutas**. 1ª ed. São Paulo: Premier, 2000.

UMPHRED, Darcy A. **Reabilitação Neurológica**. 4ª ed. São Paulo: Manole Ltda, 2004.

UMPHRED, Darcy A. **Reabilitação Neurológica**. 5ª ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda, 2010.