AVALIAÇÃO DO CONTROLE E DEFICIÊNCIA DE TRONCO EM HEMIPLÉGICOS

Caroline Tibola [1]

Maria Gabriela Konzen Loureiro [2]

Luíza Aquino Brum [3]

Silvia Luci de Almeida Dias [4]

Resumo:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome com desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbação focal ou global da função cerebral, com possível origem vascular. O objetivo foi investigar a qualidade de controle de tronco em pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral. O presente estudo foi realizado no período de abril a junho do ano de 2018 envolvendo pacientes hemiplégicos vítimas de sequela de AVC. Após identificação e anamnese dos pacientes era aplicado o Teste de Controle de Tronco, o qual possui um escore total de 100 pontos, divido nos seguintes itens: rolagem para o lado fraco, rolagem para o lado forte, sentando a partir do deitado (decúbito dorsal) e equilíbrio na posição sentado. Dando continuidade a pesquisa, foi utilizada a Escala de Deficiências de Tronco, a qual divide em grupos de avaliação os itens: Grupo 1= equilíbrio estático sentado: composto de 3 testes nos quais o paciente pode obter nota 0, 1 ou 2; Grupo 2= equilíbrio sentado dinâmico: é subdivido em dez etapas, sendo que em cada uma o paciente pode receber pontuação 0 u 1; Grupo 3= coordenação: possui 4 avaliações, podendo o paciente receber pontuação 0, 1 ou 2. Ao final é feita a soma de todos os itens, obtendo um escore que pode variar de 0 (indicando pior função de tronco) a 23 pontos (indicando melhor função de tronco). O N amostral obtido após a aplicação dos critérios de exclusão foi de 6 indivíduos, os quais consentiram em participar da pesquisa. Resultados do Teste de Controle de Tronco: todos os pacientes apresentaram de muito bom a excelente controle de tronco. Resultados da aplicação da Escala de Deficiências de Tronco (EDT): 50% da amostra apresentou um fraco controle de tronco e 50% apresentou bom controle de tronco. Concluiu-se que a maioria dos pacientes apresentou uma boa qualidade de controle de tronco, apenas um paciente não possuía controle de tronco. Estas escalas deveriam ser utilizadas para nortear os planos de tratamento de pacientes hemiplégicos, pois são de fácil aplicação, são rápidas e não são caras. Mais estudos sobre avaliação e tratamento da função de tronco em pacientes hemiplégicos devem ser fomentados, pois o tronco é considerado a base dos movimentos para os membros superiores, inferiores e cabeça.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, hemiplegia, deficiência, tronco

Modalidade de Participação: Iniciação Científica

AVALIAÇÃO DO CONTROLE E DEFICIÊNCIA DE TRONCO EM HEMIPLÉGICOS

[1] Aluno de graduação. carolinetibola@gmail.com. Autor principal

[2] Aluno de Graduação. gabrielakloureiro@gmail.com. Co-autor

[3] Aluno de Graduação. luizaabrum97@gmail.com. Co-autor

[4] Docente. silvyadias@gmail.com. Orientador

AVALIAÇÃO DO CONTROLE E DEFICIÊNCIA DE TRONCO EM HEMIPLÉGICOS

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome com desenvolvimento rápido de sinais clínicos de perturbação focal ou global da função cerebral, com possível origem vascular (isquemia ou hemorragia) e com mais de 24 horas de duração (1), caso contrário é classificado como AVE transitório, o qual não acarreta sequelas neurológicas. O hemicorpo afetado geralmente é o lado contrário ao hemisfério que sofreu a lesão. Os déficits neurológicos mais graves como as hemiplegias, hemianestesias, hemianopsias e afasias globais, associadas ou não a diminuição do nível de consciência, são observados principalmente em doentes com infarto por oclusão de artérias do sistema carotídeo esquerdo. Na hemorragia cerebral observamos cefaléia, perda e/ou diminuição de nível de consciência, crises convulsivas e vômitos (hipertensão intracraniana). Em pacientes com pequeno sangramento, a cefaléia poderá estar ausente. Especificamente, a hemorragia subaracnóidea é clássica do AVC hemorrágico. As principais complicações do acidente vascular encefálico são vasoespasmo, edema cerebral e hipertensão intracraniana (2). Além de essa síndrome causar déficits no movimento dos membros, marcha e linguagem, o controle da mobilidade do tronco é também um problema notório, pois envolve déficits sensoriais, motores e perceptuais.

Muitos estudos na área de reabilitação abordam assuntos referentes a tratamentos e avaliações de membros superiores e inferiores, sendo dada pouca atenção ao comprometimento do tronco, causado pela hemiparesia (3). Visto que muitas das atividades de vida diária (AVDs) dependem do controle do tronco, pois a função motora obedece ao sentido centro-periferia, essa é uma lacuna que precisa ser preenchida pelos profissionais e pesquisadores da área da saúde. Para isso realizamos essa pesquisa, tendo como ferramentas o "teste de controle de tronco" e a "escala de deficiências de tronco (EDT)".

Portanto, nossa pesquisa objetivou investigar a qualidade de controle de tronco em pacientes com sequela de Acidente Vascular Cerebral.

2 METODOLOGIA

Este projeto foi aprovado pelo CEP da Unipampa, sob parecer número: 1.791.999.

Essa foi uma pesquisa quantitativa e exploratória, com caráter descritivo, pois foi baseada na aplicação de uma escala que resulta numa graduação pontuada sobre a função de tronco dos pacientes, com o intuito de avaliar a amostra populacional para futuramente traçar planos de tratamento que sejam mais eficientes e voltados a esse acometimento.

O presente estudo foi realizado no período de abril a junho do ano de 2018 envolvendo pacientes hemiplégicos vítimas de sequela de AVE do município de Uruguaiana-RS, no espaço da Associação Comunitária Tabajara Brites (conhecido pelos pacientes como Posto 14). A amostra foi caracterizada por pacientes hemiplégicos, independente da classe social, sexo, lado afetado, tempo de acometimento, uso de órtese e etnia. Os critérios de exclusão foram: pacientes que no dia da coleta apresentassem hipertensão descontrolada, apresentassem confusão mental, desorientação têmporo-espacial, vertigem ou não fossem colaborativos, bem com idade inferior a 20 anos.

Procedimentos da coleta: foram convidados os pacientes hemiplégicos, que são atendidos no Estágio Curricular de Fisioterapia Neurológica Adulto do Curso de Fisioterapia,

a participarem desta pesquisa. A coleta se dava após o atendimento fisioterapêutico. Inicialmente era feita uma breve entrevista, contendo dados de identificação e breve anamnese, os itens dessa etapa eram: nome, data de nascimento, idade, estágio do AVE (agudo, subagudo ou crônico), gravidade do AVE (leve, moderado ou grave), tipo do AVE (isquêmico ou hemorrágico), artéria afetada (a. anterior, a. média ou a. posterior), afasia (*Wernicke*, *Brocá*, mista ou não apresenta), lado afetado (direito ou esquerdo), tipo de marcha (comunitária, domiciliar ou terapêutica), tempo da última lesão, tempo da primeira lesão, tempo de tratamento com fisioterapia após a última lesão.

Após identificação e anamnese era aplicado o Teste de Controle de Tronco, o qual possui um escore total de 100 pontos, divido nos seguintes itens: 1. Rolagem para o lado fraco, 2. Rolagem para o lado forte, 3. Sentando a partir do deitado (decúbito dorsal) e 4. Equilíbrio na posição sentado.

Resultados para o Teste de Controle de Tronco: 0= incapaz de fazer em si próprio, 12= capaz de fazer, mas somente com ajuda não-muscular (puxando roupas de cama, usando os braços para autoestabilização, puxando-se para cima), 25= normal. A pontuação final é a soma equivalente dos itens 1, 2, 3 e 4, quanto mais próximo de zero pior é o controle de tronco, quanto mais próximo de 100 melhor é.

Dando continuidade a pesquisa, foi utilizada a Escala de Deficiências de Tronco (Verdeyhen et al. 2006), a qual divide em grupos de avaliação os itens: Grupo 1= equilíbrio estático sentado: composto de 3 testes nos quais o paciente pode obter nota 0, 1 ou 2; Grupo 2= equilíbrio sentado dinâmico: é subdivido em dez etapas, sendo que em cada uma o paciente pode receber pontuação 0 u 1; Grupo 3= coordenação: possui 4 avaliações, podendo o paciente receber pontuação 0, 1 ou 2. Ao final é feita a soma de todos os itens, obtendo um escore que pode variar de 0 (indicando *pior função de tronco*) a 23 pontos (indicando *melhor função de tronco*).

A Escala de Deficiências de Tronco (EDT): a posição inicial para cada item é a mesma. O paciente está sentado na beira de uma cama ou mesa de tratamento sem suporte de costas ou braços. As coxas têm total contato com a cama ou mesa, os pés estão na mesma largura do quadril e colocados planos no chão. O ângulo do joelho é de 90º. Os braços descansam sobre as pernas. Se a hipertonia está presente, a posição do braço hemiplégico é considerada a posição inicial. A cabeça e o tronco estão posição de linha média. Se a pontuação do paciente é 0 no primeiro item, a pontuação total do EDT é 0. Cada item do teste pode ser realizado 3 vezes, será considerada a maior pontuação. Nenhum treino é permitido. O paciente pode ser corrigido entre as tentativas. Os testes são explicados verbalmente para o paciente e podem ser demonstrados, se necessário. (Verdeyhen et al. 2006).

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

O N amostral obtido após a aplicação dos critérios de exclusão foi de 6 indivíduos, os quais consentiram em participar da pesquisa.

Teste de Controle de Tronco (Tabela 1): realizado com o paciente avaliado sobre o tatame:

-No item 1, que avaliou a rolagem para o lado afetado (passagem de decúbito dorsal para decúbito lateral com hemicorpo acometido infra-lateral), 3 pacientes (50%) conseguiram realizar somente com ação muscular e 3 (50%) necessitaram ajuda externa.

-Item 2: 5 pacientes (83,33%) conseguiram realizar rolagem para o lado forte (passagem de decúbito dorsal para decúbito lateral com hemicorpo afetado supra-lateral) somente com ação muscular e 1 paciente (16,66%) precisou de auxílio externo.

-Item 3: os pacientes foram orientados a assumirem a posição de sedestação a partir do decúbito dorsal; nesse quesito, 3 pacientes (50%) obtiveram conceito “normal” e 3 (50%) “capaz de fazer, mas somente com ajuda não muscular”.

-Item 4: avaliou o nível de equilíbrio do paciente em sedestação, nesse item toda a amostra atingiu o esperado (100%).

Tabela 1: Resultados do Teste de Controle de Tronco

	1.Rolando para o lado fraco	**2. Rolando para o lado forte**	**3. Sentando a partir do deitado**	**4. Equilíbrio na posição sentado**	**Total**
Paciente 1	25	25	12	25	87
Paciente 2	25	25	25	25	100
Paciente 3	12	25	12	25	87
Paciente 4	25	25	25	25	87
Paciente 5	12	12	12	25	87
Paciente 6	12	25	25	25	87

Fonte: dos autores, 2018.

Resultados da aplicação da Escala de Deficiências de Tronco (EDT):

-Equilíbrio estático sentado: 1) avalia se o paciente consegue ou não manter a posição de sedestação por 10 segundos sem apoio, nesse item 100% da amostra obteve pontuação máxima (2 pontos); 2)classifica se o paciente consegue manter a posição sem apoio após o terapeuta cruzar a perna não afetada sobre a perna hemiplégica, 83,33 dos pacientes obteve pontuação máxima (2) e 16,66% não conseguiu manter a postura, ficando com pontuação mínima (0); 3) é semelhante ao item anterior, mas nesse é o paciente que cruza o membro, 50% dos pacientes obtêm pontuação máxima (3) pois conseguem realizar a atividade de forma controlada e autônoma, 33,33% recebem nota 2 significando que realizam a atividade mas deslocam o tronco numa distância superior a 10cm ou buscam apoio, 16% ficam com pontuação 0 pois não conseguem manter a posição, acarretando queda.

-Equilíbrio sentado dinâmico: 1) o paciente é instruído a tocar a cama com o cotovelo do lado hemiplégico e retornar à posição inicial, 66,66% conseguiram realizar a atividade, recebendo a pontuação 1 e 33,33% não conseguiu concluir sem ajuda ou apoio, dessa firma não pontuaram; 2) repete o item anterior, os resultados são os mesmo (66% recebe pontuação 1 e 33,33% 0); 3) há uma nova repetição do item 1, mas dessa vez é avaliado se o paciente realiza alguma compensação postural para realizar a atividade, nessa etapa 100% da amostra não pontua, pois não consegue realizar o movimento sem compensações; 4) é dada a orientação de que o paciente deve tocar a cama com o cotovelo não afetado, 100% da amostra consegue realizar a atividade, somando 1 ponto ao escore; 5) há repetição do item 4, os resultados se mantêm iguais; 6) há repetição do item 4 e a partir daí é observado se o paciente compensa para poder realizar a tarefa, 50% não realiza compensações (1 ponto) e 50% realiza algum movimento compensatório (não pontuam); 7) o paciente é instruído a elevar a pelve da cama no lado afetado e retornar à posição inicial, 50% da amostra apresentou apropriado alongamento/encurtamento (1 ponto) e 50% não demonstra alongamento/encurtamento (não pontua); 8) Repete o item anterior e nesse momento é observado se há presença de compensações para realização do que foi solicitado, os resultados seguem os do item 7; 9) é pedido que o paciente eleva a pelve da cama no lado não afetado, 66,66% demonstra alongamento/encurtamento apropriado e 33,33% não pontua; 10) há repetição do item anterior, mas dessa vez são observadas possíveis compensações, o resultado se mantém igual.

-Coordenação: 1) o paciente é instruído a rodar o tronco superior (cada ombro deve movido para frente 6 vezes, a cabeça deve ser fixada na posição inicial, 83,33% da amostra obteve pontuação 1, indicando rotação assimétrica do tronco superior, 16,66% conseguiu realizar rotação simétrica, nenhum paciente moveu menos de 3 vezes o lado hemiplégico; 2) a tarefa anterior deve ser repetida num em 6 segundos, nesse caso, 83,33% realizou rotação assimétrica (não pontuando) e 16,66% recebeu 1 ponto por ter desenvolvido rotação simétrica; 3)o paciente é instruído a realizar rotação do tronco inferior 6 vezes (cada joelho deve ser movido para frente 3 vezes) o tronco superior deve ser fixado na posição inicial, 33,33% não pontuou pois o lado hemiplégico não foi movido 3 vezes e 66,66% somou 1 ponto por realizar rotação assimétrica, nenhum paciente obteve pontuação máxima – que corresponde à rotação simétrica do tronco inferior. 4) o item anterior deve ser repetido em 6 segundos, 100% da amostra conseguiu realizar apenas rotação assimétrica, não pontuando.

As pontuações totais para cada paciente da EDT foram: 11 – 19 – 9 – 16 – 12 – 18, ou seja 50% da amostra apresentava um fraco controle de tronco e 50% apresentava bom controle de tronco.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que a maioria dos pacientes apresentou uma boa qualidade de controle de tronco, apenas um paciente não possuía controle de tronco. Estas escalas deveriam ser utilizadas para nortear os planos de tratamento de pacientes hemiplégicos, pois são de fácil aplicação, são rápidas e não são caras. Mais estudos sobre avaliação e tratamento da função de tronco em pacientes hemiplégicos devem ser fomentados, pois o tronco é considerado a base dos movimentos para os membros superiores, inferiores e cabeça.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, P.T.; ROCHA, T. N.; OLIVEIRA, E. S. “Escalas de controle de tronco como prognóstico funcional em pacientes após acidente vascular encefálico” **ACTA FISIATR** 2008; 15(3): 160 – 164.

2. BRAGA, J. L.; ALVARENGA, R. M. P.; MORES NETO, J. B. M. Acidente Vascular Cerebral. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, vol. 62, n. 06, p.88-96, jun. 2005.

3. Verheyden G, Vereeck L, Truijen S, Troch M, Herregodts I, Lafosse C, et al. Trunk performance after stroke and the relationship with balance, gait and functional ability. **Clin Rehabil**. 2006; 20:451-8.