ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM IMOBILISMO NO LEITO PROLONGADO

Physical therapy in prolonged immobilization in bed

FERNANDES, Francile
Faculdade Jaguariúna

LEITE, Juliana
Faculdade Jaguariúna

NASCIMENTO, Bruna
Faculdade Jaguariúna

BACIUK, Érica Passos
Faculdade Jaguariúna

Resumo: A síndrome do imobilismo caracteriza-se por imobilidade no leito por mais de 15 dias, causando alterações no sistema osteomusculares, respiratório, metabólico, entre outros, repercutindo negativamente sobre o organismo. O repouso foi tido como medida terapêutica desde 1960, porém, alguns autores observaram que a imobilização de um segmento corporal pode ser necessária para o tratamento, mas a imobilização do corpo todo pode ser prejudicial. A imobilidade geralmente é decorrente de doença crônico-degenerativa, incapacidade ou inatividade, dessa forma, a situação de restrição ao leito pode ser verificada em ambiente de internação hospitalar, ambiente domiciliar e instituições de longa permanência. Partindo do principio que a mobilização precoce gera benefícios aos pacientes acometidos por lesões, a fisioterapia tem atuação indispensável no tratamento desses pacientes, prevenindo e/ou minimizando os efeitos deletérios causados pelo decúbito prolongado. Este trabalho teve como objetivo a elaboração de um manual para orientações de cuidadores de pacientes acamados que se enquadram na síndrome do imobilismo no leito. Este manual foi elaborado com enfoque na abordagem fisioterapêutica e no que diz respeito as suas indicações e objetivos.
Palavras-chave: Imobilismo no leito, pacientes restritos ao leito, decúbito prolongado.

Abstract: The syndrome is characterized by immobility, immobility in bed for more than 15 days, causing changes in the musculoskeletal system, respiratory, metabolic, among others, impacting negatively on the body. The rest was taken as a therapeutic measure since 1960, however, been observed that the immobilization of a body segment may be necessary for treatment, but the immobilization of the whole body can be harmful. Immobility is usually due to chronic degenerative disease, disability or inactivity, thus the situation of strict bed rest can be seen in the hospital environment, home environment and long-term institutions. Assuming that early mobilization generates benefits to patients suffering from injuries, physical therapy has essential role in treating these patients, preventing and / or minimizing the deleterious effects caused by prolonged recumbency. This work aimed to prepare a guidance manual for caregivers of bedridden patients that fall into the syndrome of immobility in bed. This manual is designed with a focus on physical therapy and approach regarding its indications and goals.

Keywords: stand still in bed, bedridden patients, prolonged recumbency.

Introdução

A imobilidade caracteriza-se pela perda de capacidade funcional, pela supressão dos movimentos articulares e, pela incapacidade de mudança postural, geralmente decorrente de doenças crônico-degenerativas, de doenças agudas graves, incapacidade ou inatividade.

CORCORAN (1991), afirma que há um mito de que o repouso é bom para quem está doente. Segundo HALAR e BELL (1992 e 1994), LEDUC (2002) e ROUSSEAU (1993) tal medida foi tida como uma prática terapêutica a partir de 1860, sendo desde então empregada de forma abusiva. Segundo estes autores, após a II Guerra Mundial observou-se que a mobilização precoce de pessoas acometidas por lesões repercutia em mais benefícios do que danos.

A imobilização isolada de um segmento corporal pode ser necessária para o tratamento, mas a imobilização global gera uma série de agravos à saúde do indivíduo. HALAR e BELL (1992) informam que “os efeitos adversos da imobilidade podem superar seus efeitos terapêuticos, tornando-se mais problemáticos que a doença primária”, que levou à imobilização.

A imobilidade pode alterar também o estado emocional do indivÍduo independente da condição que levou ao decúbito prolongado, podendo desencadear ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social entre outros.

Silva et al (2010) afirmam que o imobilismo acomete o sistema musculoesquelético, gastrointestinal, urinário, cardiovascular, respiratório e cutâneo e que intervenções precoces são necessárias para prevenir problemas físicos e psicológicos.

Considera-se que de 7 a 10 dias a imobilidade no leito represente um período de repouso, de 12 a 15 dias de imobilização e a partir de 15 dias decúbito de longa duração. A utilização de exercícios em pacientes imobilizados tem como objetivo minimizar os efeitos negativos do imobilismo e tempo de internação além de melhorar a qualidade de vida. Segundo DITTMER e TEASELL (1993) o efeito mais óbvio da imobilização prolongada é a perda da força muscular e resistência. Para cada semana de imobilização completa no leito um individuo pode perder de 4 a 5% de

seu nível inicial de força muscular, segundo SILVA et al (2010). Os músculos mais afetados pelo repouso são os antigravitacionais. Além disso, há também alteração de volume e comprimento muscular.

A manutenção da morfologia e densidade ósseas depende de forças que atuam sobre o osso como o estresse muscular e a ação dos tendões, a imobilização gera perda de massa óssea em associação a hipercalciúria e balanço negativo de cálcio, podendo ocasionar osteoporose por desuso.

Essas alterações do sistema musculoesquelético comprometem o individuo na realização das atividades de vida diária, no trabalho e até mesmo na deambulação.

DELISA e BELL (1993) afirmaram que ocorre alteração do aparelho respiratório no que se diz respeito a volume minuto, capacidade respiratória máxima, capacidade vital e capacidade de reserva funcional. Todas essas funções estariam diminuídas de 25 a 50% em decorrência do imobilismo.

Fisiologicamente, ocorre diminuição do movimento diafragmático e da excursão torácica em decorrência do comprometimento da função muscular. Fator que associado ao déficit do mecanismo de tosse e do movimento ciliar causa um padrão respiratório superficial, diminuindo a eliminação de secreção e criando a condição propícia para o desenvolvimento de infecções e conseqüentemente de atelectasias.

As complicações afetam também o sistema cardiocirculatório levando a um aumento da freqüência cardíaca, redução de reserva cardíaca, hipotensão ortostática, hipotensão arterial e tromboembolismo venoso.

O decúbito prolongado gera pontos onde a pressão externa é superior a pressão capilar, resultando em isquemia dos tecidos subjacentes e tornando o indivíduo propenso a desenvolver úlceras de pressão. O sacro, trocanteres maiores, tuberosidades isquiáticas, calcanhares e tornozelos, são os pontos com maior índice de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Levando em consideração a orientação de cuidadores representados, na maioria das vezes, por familiares que recebem esses pacientes em seus domicílios, este trabalho buscou orientar e esclarecer as dúvidas comuns relacionadas ao cuidador desses pacientes em forma de um manual de linguagem acessível.

Um estudo realizado por SOUZA, W. G. A. (2006) aponta a necessidade de um programa de educação para cuidadores leigos, pois esses apresentam grande

grau de dificuldade no cuidado domiciliar. O aumento da expectativa de vida e, consequentemente, as modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas do idoso tornam essa realidade mais evidente.

Método

Foi realizada uma revisão em base de dados Scielo, Bireme, MedLine e PubMed de artigos em português, espanhol e inglês com as seguintes palavras chaves: imobilismo no leito, pacientes restritos ao leito e decúbito prolongado, de 1993 a 2010. Com base nos assuntos abordados, na prática fisioterapêutica junto a estes pacientes e principais dúvidas dos cuidadores foi elaborado um manual para orientação de cuidadores de pacientes em imobilismo no leito (anexo 1).

O manual é embasado na reabilitação motora do paciente que tem como objetivos principais evitar a instalação de deformidades, garantir a integridade das estruturas osteoarticulares e evitar a ocorrência de úlceras de pressão. Além do cuidado ao paciente também foi dada atenção ao cuidador no sentido de evitar as conseqüências referentes à sobrecarga e práticas incorretas no dia a dia com o paciente.

Resultados e discussão

Tornou-se evidente a falta de orientação dos cuidadores domiciliares e a escassez de trabalhos que visem auxiliar os mesmos. Poucos estudos foram encontrados sobre o tema síndrome do imobilismo no leito e nenhum voltado para a atuação fisioterapêutica, todos os trabalhos que relacionavam-se ao tema eram vinculados a equipe de enfermagem. Dessa maneira, a orientação torna-se muito mais vinculada a prevenção de úlceras de pressão, higiene, alimentação entre outros temas relacionados a prática destes profissionais, evidenciando uma lacuna no que se diz respeito as orientações relativas a prevenção de comprometimentos osteoarticulares e complicações respiratórias que repercutem diretamente na qualidade de vida e prognóstico destes pacientes além da sobrecarga e falta de orientações ao cuidador.

Segundo PERLINI e FARO (2005) a maioria dos cuidadores aborda o cuidado de seus familiares de forma intuitiva, com base em crenças, outras

experiências e troca de informações com vizinhos e amigos demonstrando a falta de orientação técnica sobre o assunto.

Os temas mais abordados foram os danos causados pelo decúbito prolongado, tais como úlceras de pressão, diminuição da força muscular, alterações metabólicas, entre outras, a incidência de incapacidade funcional, considerando o aumento crescente da expectativa de vida e consequentemente as alterações do organismo, o perfil dos cuidadores, na maioria dos casos representados por familiares preferencialmente do sexo feminino e a atenção à educação dos mesmos que apresenta-se de extrema importância para o tratamento fisioterapêutico.

Conclusão

A confecção de um manual é extremante importante e sua aplicabilidade repercutirá na melhora da qualidade de vida não só do paciente assim como do cuidador, contribuindo para a efetividade do tratamento fisioterapêutico e, consequentemente dos seus resultados.

Referências

BARRETO, Sérgio Saldanha Menna, FACCIN, Carlo Sasso, SILVA, Paula Mallman, CONTONO, Larissa Pretto, GAZZANO, Marcelo Basso. **J Pneumol**, 1998, v. 25,n. 5, p. 298-302. Set/out.

BLOTTNER, Dieter, SALANOVA, Michele, PUTTMANN, Britta, SCHIFFL, Gudrun, FELSENBERG, Dieter, BUEHRING, Bjorn, RITTWEGER, **Jorn. Eur J Appl Physiol,** 2006, v. 97, p. 261-271. Mar.

CAZEIRO, Ana Paula M., PERES, Patricia P. **A terapia ocupacional na prevenção e no tratamento de complicações decorrentes da Imobilização no leito**. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, 2010, v. 18, n.2, p. 149-167. Mai/ago.

DITTIMER, Douglas K., TEASELl, Robert. **Complications of immobilization and bed rest. Part1: Musculoskeletal and cardiovascular complications**. Canadian Family Physician. Vol. 39 June 1993.

DITTIMER, Douglas K., TEASELl, Robert. **Complications of immobilization and bed rest. Part2: other complications.** Canadian Family Physician**.** Vol. 39 June 1993.

FONSECA, Natalia da Rosa, PENNA, Aline Fonseca G. **Perfil do cuidador familiar do paciente com seqüela de acidente vascular encefálico**. Ciência e saúde coletiva, Salvador, 2008, v. 13, n. 4, p. 1175-1180.

MACHADO, Ana Larissa Gomes, JORGE, Maria Salete Bessa, REITAS, Consuelo Helena Aires. **A vivência do cuidador familiar de vítima de Acidente Vascular Encefálico: uma abordagem interacionista**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2009, v. 62, n. 2, p. 246-251. Mar/Abr.

MELO, Ana Claudia Rapozo, LÓPEZ, Ramóm F. Alonso. **Efeitos da atividade física na redução dos efeitos do imobilismo.** Estudo de caso. Revista digital. Buenos Aires, 2004, v. 10, n. 68. Jan.

PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon, ARO, Ana Cristina Mancussi. **Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicilio: o fazer do cuidador.** Rev.Esc.Enferm. USP. São Paulo, 2005, v. 35, n.2, p 154-163. Jan.

SOUZA, Wanusa Gaziella Amante, PACHECO, Wladja Nara Sousa, MARTINS, Joseane de Jesus, BARRA, Daniela C.Carvalho, NASCMENTO, Eliane R. Pereira. **Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar.** Arquivos catarinenses de medicina, 2006, v. 35, n. 4, p. 56-63.

SILVA, Ana Paula Pereira, MAYNARD, Kenia, CRUZ, Monica Rodrigues. **Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura.** Revista Brasileira de Terapia intensiva, 2010, v. 22, n. 1, p. 85-91. Fev.

HALAR, E.M.; BELL, K.R. **Contraturas e Outros Efeitos Deletérios da Imobilidade**. In: DELISA, J.A. Medicina de Reabilitação: princípios e prática. São Paulo: Editora Manole, 1992, p. 519-535.

CORCORAN, P.J. Use it or lose it – **The hazards of bed rest and inactivity.** The Western Journal of Medicine, v. 154, p. 536-538, 1991.

Anexo

Manual do Cuidador

ISSN 1679-8902



FACULDADE JAGUARIÚNA

Manual do Cuidador

Jaguariúna, 08 de novembro de 2011

ISSN 1679-8902

O Cuidador

Cuidar em português significa atenção, cautela, desvelo, zelo. Representa mais que um momento de atenção, é na realidade uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado.

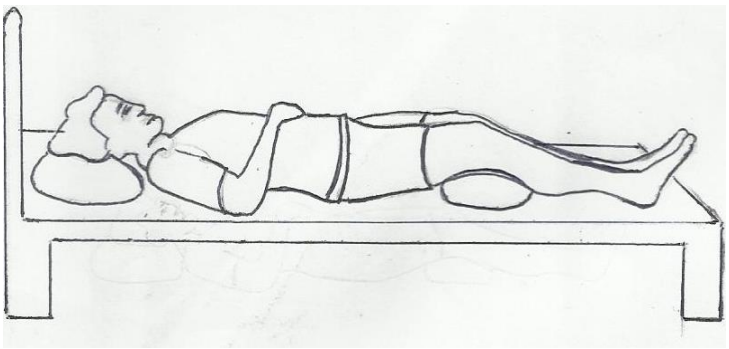
Este manual tem como objetivo oferecer um apoio aos cuidadores, visando à qualidade de vida de seus cuidados.

1. Posicionamento

É importante mudar o paciente de posição de três em três horas, para evitar o surgimento de úlceras de pressão.

1.1 Deitado de Costas

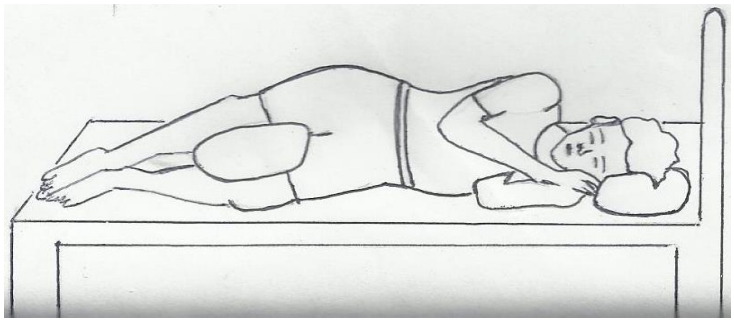
Coloque um travesseiro fino e firme embaixo da cabeça da pessoa e outro embaixo dos joelhos. Dobre os cotovelos levemente e coloque as mãos da pessoa apoiadas na barriga, mantenha as pernas esticadas e as pontas dos dedos voltadas para cima.

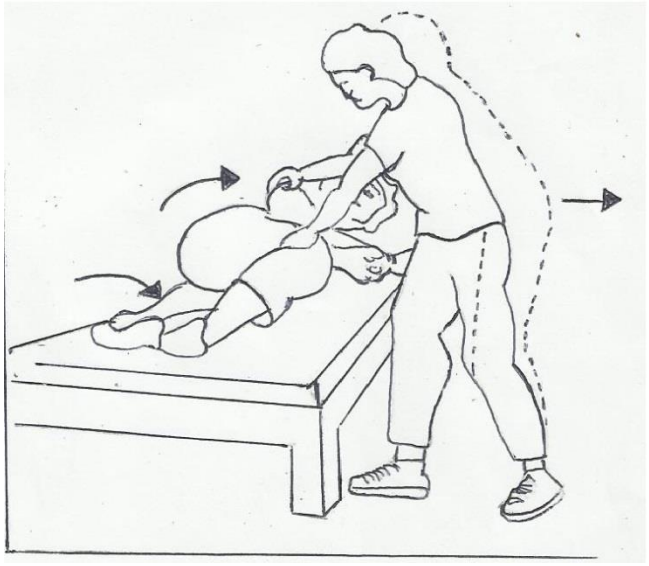


1.2 Deitado de Lado

Posicione a pessoa deitada de um dos lados, coloque um travesseiro fino sob a cabeça de modo que fique alinhada e nas costas da pessoa apóie com um travesseiro maior, para evitar que ela vire de costas. A perna que fica por cima deve estar dobrada e apoiada em um travesseiro.

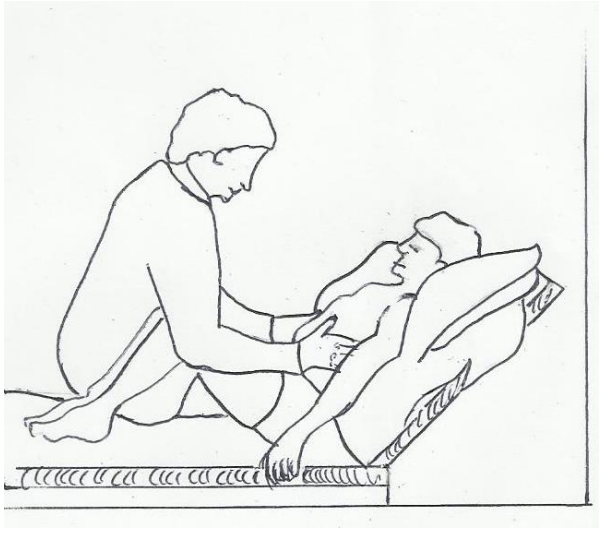
ISSN 1679-8902





1.3 Semi Sentado

Eleve a cabeceira da cama e posicione a pessoa a 60º.



2. Transferência

A sequência abaixo ilustra a melhor forma de transferência.

2.1 Transferência da Cama para Cadeira

Com a pessoa deitada de lado mova as pernas para fora da cama e peça a ela ajudar com o braço empurrando contra o colchão. Com a pessoa já sentada posicione-se de forma que os joelhos da pessoa cuidada fiquem entre os seus e peça para ela te abraçar. Então se abaixe, flexionando levemente as pernas, passe os braços em volta da cintura da pessoa e peça-lhe para a pessoa cuidada dar impulso. Levanta-se trazendo-a junto.



3. Exercícios

3.1 Exercício Passivo

Este exercício o cuidador fará o movimento para o paciente. Tem com objetivo diminuir as complicações da imobilização.

Você ira realizar os seguintes movimentos com o paciente:

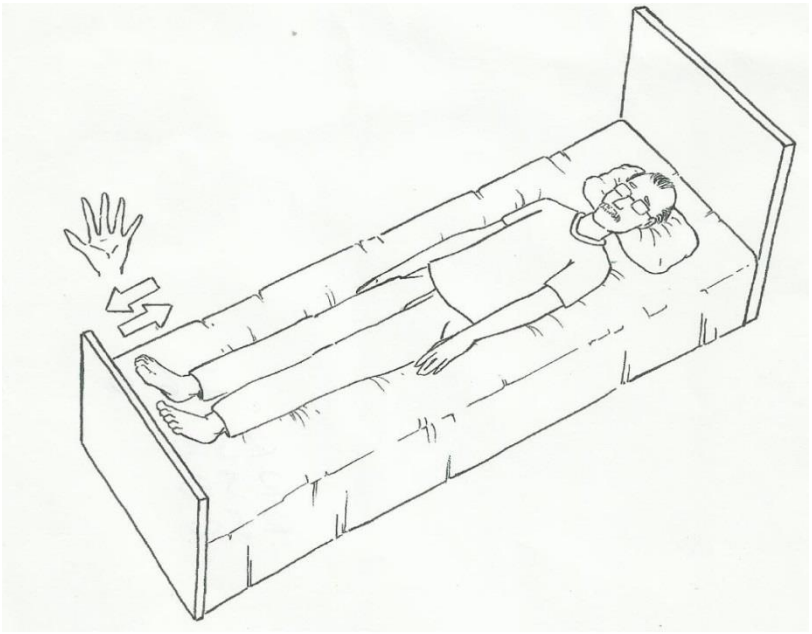
-Flexione e estende os joelhos;

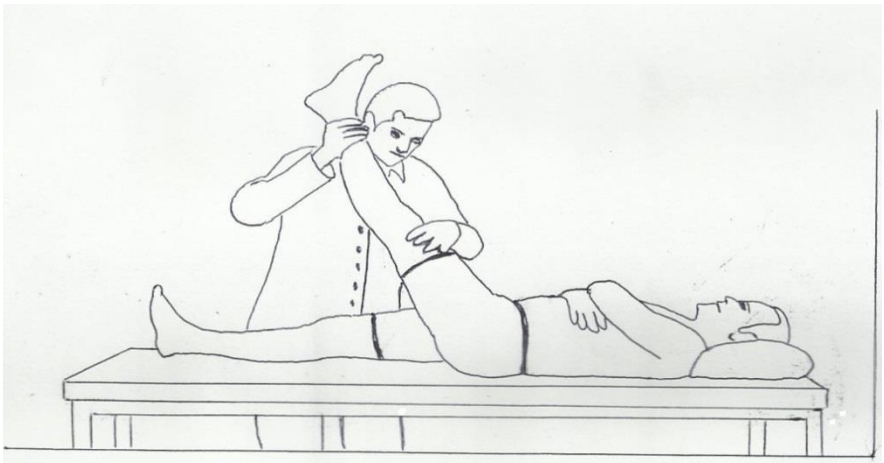
-Com os pés apoiados na cama e o joelho dobrado, faça movimentos de separar e unir os joelhos;

- Flexione os ombros;

- Flexione e estende os cotovelos;

- Nos punhos e tornozelos faça movimentos circulares.





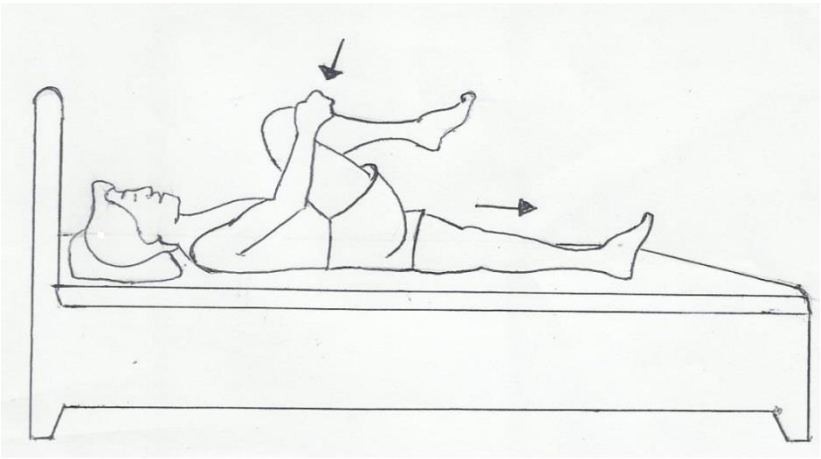
-Com uma mão segurado peça ao paciente que leve o braço de um lado para o outro.



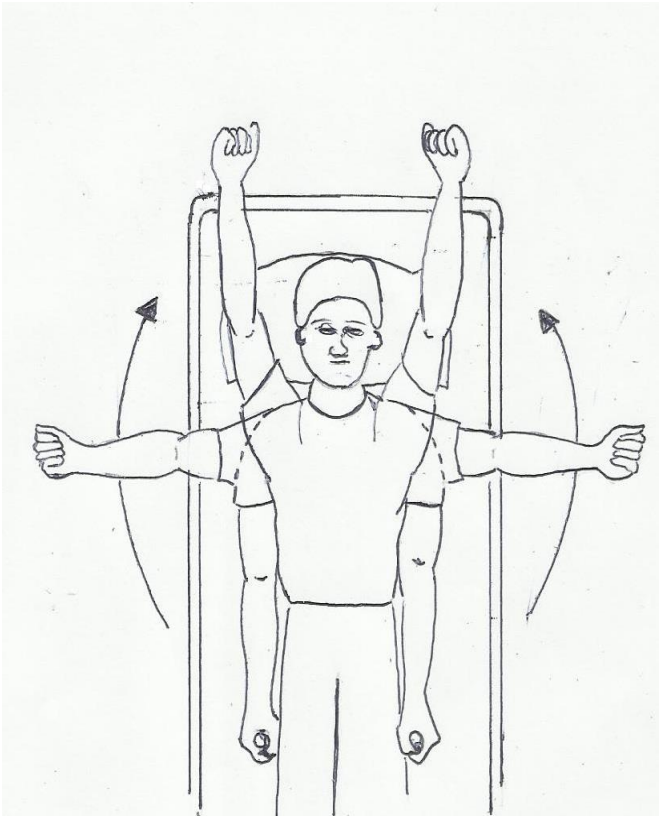
3.2 Exercício Ativo

É onde o pacienta realizara o movimento sozinho sem o seu auxilio.

- Peça ao paciente abraçar uma das pernas e a outra fica esticada, repetir 2 vezes de 30 segundos em cada perna.



- Solicite que faça movimentos de flexionar e abrir os braços com mostra a figura abaixo.

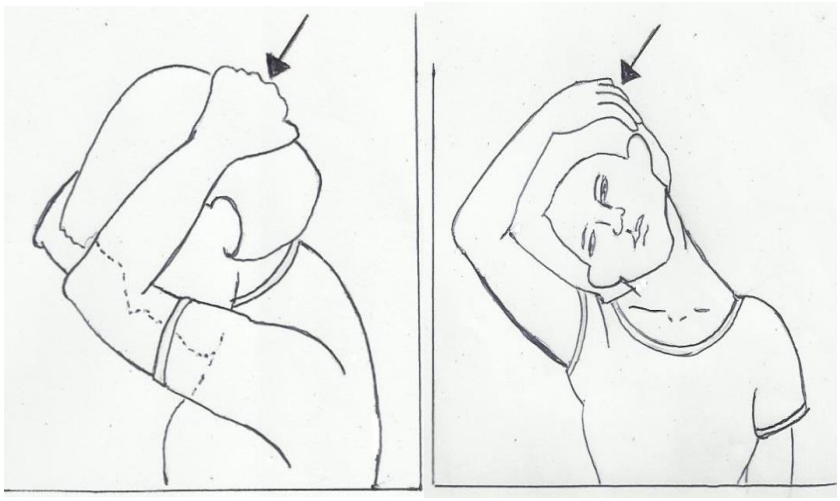


Ao Cuidador

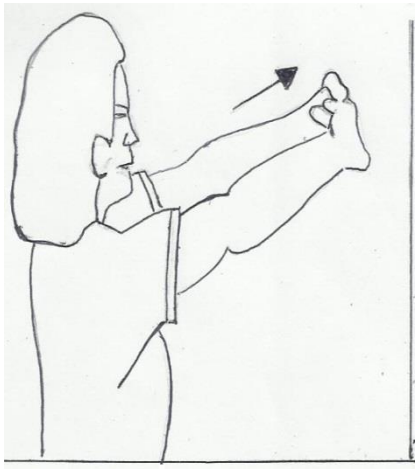
-Flexione a cabeça até encostar o queixo no peito, depois estenda a cabeça para trás como se estivesse olhando para o teto.

-Incline a cabeça para um lado e para outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.

ISSN 1679-8902

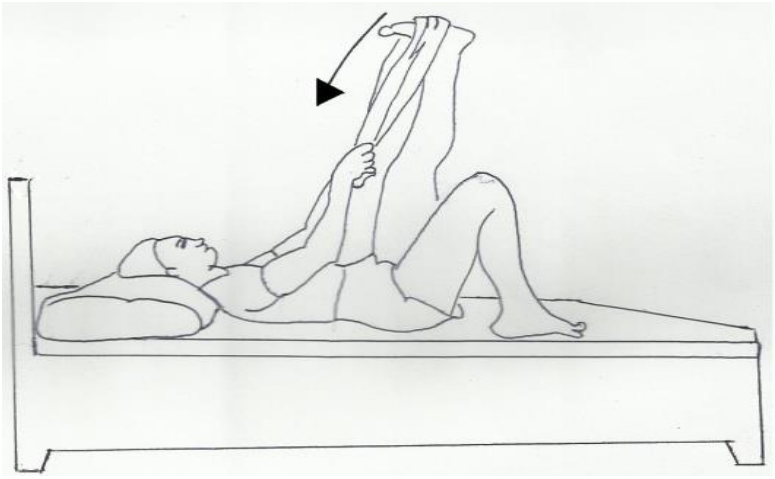


- Estique os braços e entrelace as mãos puxando-as para frente.

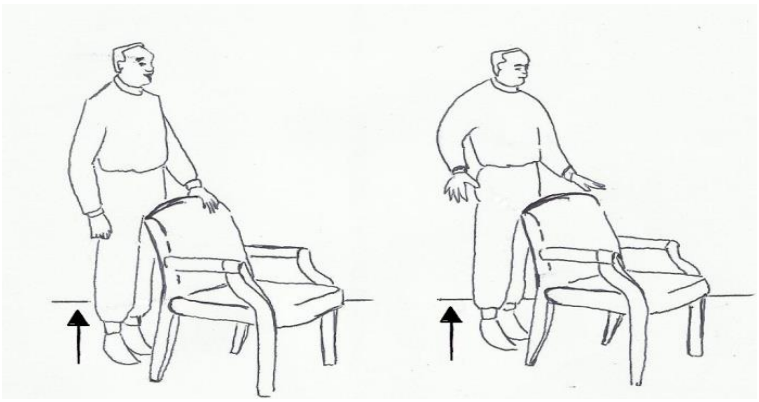


-Com o auxilio de uma toalha ou uma corda deite de barriga para cima e apóie a tolha no pé puxando em sua direção.

ISSN 1679-8902



-Se apóie em uma cadeira e fique na pontinha do pé, faça 10 repetições. Depois tente tirar as mãos da cadeira e repita o exercício.



ISSN 1679-8902