

## ENFERMAGEM E CIÊNCIAS PARAMÉDICAS

### O ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO E O HEMIPLÉGICO

M. L. C. de Sales Luís

Escola de Reabilitação. Centro de Medicina de Reabilitação (Alcoitão)

#### RESUMO

Após enunciar os problemas que acompanham a *Hemiplegia*, salientam-se alguns aspectos de actuação do enfermeiro de reabilitação — reeducação motora, alterações esfinterianas e ensino ao doente e familiares —. Sobre o primeiro aspecto — reeducação motora — põem-se em equação os objectivos do *Método Clássico* e do *Método de Margaret Johnstone*, tentando tirar as ilacções em relação à acção do enfermeiro de reabilitação num e noutra método. Realça-se também, o valor de trabalho em equipa.

#### INTRODUÇÃO

Sendo complexos e diversificados os problemas que acompanham a deficiência *Hemiplegia*, quer no campo físico, quer psicológico e mental, a sua reabilitação é tarefa difícil e ainda não satisfatória.

Além da deficiência propriamente dita (paralisia, alterações do tónus e da coordenação motora), outros factores se podem juntar como alterações do equilíbrio, das sensibilidades superficial e profunda, do campo visual, da linguagem e outras funções simbólicas (gnosias, praxias e esquema corporal), alterações mentais, do comportamento, do humor e ainda perturbações esfinterianas.

A própria *hemiplegia* condiciona em si mesma uma assimetria entre as duas metades do corpo que conduz a uma instabilidade postural tanto em repouso como em movimento; este facto é mais notório nas situações recentes e deve ser considerado no esquema terapêutico da reabilitação motora global.

Assim a abordagem terapêutica em vista a uma reabilitação eficaz requer uma avaliação de todas as deficiências existentes em cada caso. A conduta terapêutica terá, pois, de ser diferenciada de acordo com as situações. Para além disto, há que considerar a evolução espontânea dos casos e adaptar a actuação reabilitadora às modificações do quadro a que se vai assistindo.

Faz-se incidir esta exposição apenas sobre alguns aspectos da *enfermagem de reabilitação do hemiplégico*, por parecerem mais controversos uns (reeducação motora)

e nem sempre considerados outros (alterações esfinterianas e ensino do hemiplégico e família com vista à sua integração na comunidade).

É escusado realçar que o trabalho do enfermeiro de reabilitação não é um trabalho isolado e que só poderá resultar quando processado em estreita colaboração com os outros profissionais de enfermagem e devidamente estruturado com os outros técnicos de reabilitação.

## A REEDUCAÇÃO MOTORA

No que se refere à reeducação motora, existem predominantemente duas correntes. Uma, mais habitualmente seguida, que procura, através do desenvolvimento de potenciais do *lado são*, compensar as deficiências do *lado afectado*. Outra, menos conhecida, que, centrando a sua atenção nos vários factores que interferem na função motora — a nível medular, do labirinto e córtex — e nos dados que existem sobre o processo de desenvolvimento motor da criança, estabelece técnicas de tratamento orientadas sobre o *lado afectado* procurando assim reduzir a assimetria entre as duas metades do corpo.

Nos seis meses de estadia no Reino Unido, tivemos oportunidade de contactar com Centros de Reabilitação, onde o programa de actividades para estes deficientes utilizava critérios defendidos nesta segunda corrente.

Em Inglaterra assistimos, predominantemente, ao método de tratamento proposto por *Berta Bobath*, fisioterapeuta e *Director of Studies, de The Bobath Centre de Londres*, e, na Escócia, ao método seguido por *Margaret Johnstone*, fisioterapeuta que, desde há cerca de 20 anos, se tem dedicado ao estudo do hemiplégico.

Os critérios em que assentam ambos os métodos são bastante semelhantes, embora variem as técnicas de acordo com as bases teóricas com que abordam o problema do deficiente e, ou, o resultado das suas investigações.

Porque no Centro de Medicina de Reabilitação — Alcoitão — se está a trabalhar em fase experimental, sobre as técnicas de *Margaret Johnstone* (técnicas essas que se espera possam ser clarificadas e incrementadas no programa que a própria virá realizar a Portugal para Médicos e Técnicos do C. M. R.), será sobre a sua proposta em relação à actividade do enfermeiro de reabilitação que se abordará a segunda corrente.

### 1. Objectivos das duas Correntes

Para simplificar, chamaremos à actuação centrada sobre o lado são, MÉTODO A, e à centrada sobre o lado afectado, MÉTODO B.

#### *Método A*

- Dar o máximo de independência nas actividades da vida diária, doméstica e marcha através do desenvolvimento de destreza e força muscular do lado são.
- Manter as amplitudes articulares e desenvolver a força muscular remanescente do lado afectado.

#### *Método B*

- Utilizar posicionamentos opostos aos padrões da espasticidade mesmo antes desta surgir, isto é, na fase inicial da doença e mantê-los nas 24 horas do dia tentando evitar o estabelecimento de posições viciosas que a espasticidade habitualmente determina. (Quadro 1).

- Reeducar a função motora e sensitiva do lado afectado através de estimulação dos reflexos posturais normais e segundo o padrão normal de desenvolvimento motor da criança.
- Executar actividades bilaterais tendendo a aumentar o equilíbrio entre os lados são e afectado.

## 2. Plano de Acção do Enfermeiro de Reabilitação

Quadro 1

PADRÃO ESPÁSTICO	PADRÃO INIBITÓRIO DA ESPASTICIDADE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinação lateral da cabeça para o «lado afectado» com rotação para o «lado oposto».</li> <li>• Retracção da omoplata com depressão do ombro.</li> <li>• Rotação interna e adução da articulação escápulo-umeral.</li> <li>• Flexão do cotovelo, punho e dedos com adução destes.</li> <li>• Pronação do antebraço.</li> <li>• Inclinação lateral do tronco para o lado afectado com báscula anterior da bacia.</li> <li>• Rotação externa e extensão do membro inferior com inversão plantar do pé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a cabeça alinhada com o corpo.</li> <li>• Protacção da omoplata.</li> <li>• Rotação externa e abdução da articulação escápulo-umeral.</li> <li>• Extensão do cotovelo, punho e dedos com abdução destes.</li> <li>• Supinação do antebraço.</li> <li>• Extensão do tronco com báscula posterior da bacia.</li> <li>• Rotação interna e flexão da coxa, joelho e tornozelo.</li> </ul>

Pelo Quadro 2, verifica-se que a acção do enfermeiro de reabilitação é totalmente diferente num e outro Método.

Assim, enquanto no Método A os decúbitos e posicionamentos não sofrem técnicas especiais no sentido de prevenir a instalação de padrões espásticos do lado afectado, o mesmo já não acontece no Método B onde para além de se indicar o decúbito dorsal como o que deve sofrer menor incidência, por favorecer o padrão espástico, se estabelecem técnicas de posicionamento inibitórias da espasticidade e se utiliza o decúbito lateral para o lado afectado. A exigência destes posicionamentos, sua alternância, iniciação precoce e nas 24 horas do dia é justificada pelo facto de que, deixando de haver controle inibitório cortical sobre o tónus muscular, este deve ser obtido através de posturas inibitórias até que os reflexos posturais normais se restabeleçam. (Fig. 1, 2 e 3).

Atendendo a este mesmo aspecto, no Método B, ao realizarem-se as mobilizações passivas relaxadas e activas assistidas, coloca-se o membro que não está a ser mobilizado em posição inibitória de espasmos e não em posição de relaxamento, como indica o Método A. Também a técnica de mobilização, no Método B, sofre alteração no que respeita à flexão da articulação escápulo-umeral, que é realizada com o membro em rotação externa, e bem assim à mobilização da articulação tíbio-társica, que se processa com a coxa e joelho em flexão.

A automobilização além de permitir estimular a sensibilidade pelo contacto das mãos, leva à execução de exercícios bilaterais. Dirigida apenas ao membro superior no

Quadro 2

MÉTODO A		MÉTODO B
Dorsal/Lateral <i>Lado São</i>	DECÚBITOS	Dorsal e Laterais
Funcionais	POSTURAS	Inibitórias da Espasticidade
Técnica Habitual	MOBILIZAÇÃO PASSIVA RELAXADA MOBILIZAÇÃO ACTIVA AUTOMOBILIZAÇÃO	Alterações à Técnica Habitual
Não Executa	MOBILIZAÇÃO DA OMOPLATA	Executa
Utilização dos <i>Membros Sãos</i>	ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA	Actividades Bilaterais
Precoce	LEVANTE	De acordo com as Aquisições Adquiridas

Método B, difere contudo do Método A pois enquanto este permite a flexão do cotovelo e, conseqüentemente, rotação interna da articulação escapulo-umeral, no Método B, o exercício é realizado com o cotovelo em extensão.

A mobilização da omoplata tem indicação precoce no Método B pois a sua re-tracção leva a contracturas que irão influenciar negativamente a mobilidade articular da cintura escapular e provocar dor. Esta mobilização é feita em decúbito lateral para o lado são ou em ventral quando possível. O Método A, ignorando a mobilização da omoplata, cria conseqüentemente incapacidade em executar a flexão e a rotação externa da articulação escapulo-umeral e dor às mais simples actividades.

No que se refere às *Actividades da Vida Diária* — ensino ao deficiente a mover-se na cama, sentar-se, transferir-se e deambular (quer a nível de cadeira de rodas, quer como ambulatório), comer e vestir-se — no Método A, dado que se centra sobre o lado são, a aprendizagem é simultânea e relativamente fácil, embora favoreça o padrão espástico do lado afectado e aumente as perturbações do esquema corporal.

No Método B, centrando-se o ensino sobre o desenvolvimento motor da criança, inibição de padrões espásticos e desenvolvimento de força muscular no lado afectado, estabelece um esquema de tratamento que deve ser progressivamente mais elaborado de acordo com as aquisições obtidas. Deste modo o assistido é ensinado a:

a) Virar-se para um e outro lado da cama primeiramente com ajuda e depois independente. (Fig. 4).

b) Executar a Ponte, exercício através do qual, para além de facilitar a colocação da arrastadeira, se fortalece a musculatura do tronco, se desenvolve a mobilidade da anca, e se permitem exercícios bilaterais. (Fig. 5).

c) Realizar actividades na posição de *fowler* o que irá favorecer movimentos cruzados e rotação do tronco sobre a bacia.

d) Transferir-se, executando de forma progressiva as seguintes actividades:

— sentar-se na cama apoiado sobre o cotovelo afectado; (Fig. 6).

— sentar-se com os pés fora da cama através de apoio no cotovelo afectado e rotação do tronco e membros inferiores;

— exercícios de equilíbrio com os pés apoiados e o membro superior afectado em posição antiespástica; (Fig. 7).

— transferir-se com e sem ajuda. (Fig. 8).

Pelo Quadro 2 verifica-se que o *levante* é mais precoce no Método A do que no Método B pois neste, quer a passagem à posição de sentado, quer à de pé, exige já aquisição de certo controlo muscular ao nível do tronco e cinturas escapular e pélvica. Contudo, se houver precocidade no tratamento e se os técnicos de reabilitação interferirem nas diferentes etapas com as técnicas que lhes são específicas, estamos em crer que não existirá grande discrepância no tempo de *levante* entre um e outro Método.

### 3. Equipamento Utilizado

#### *Método A*

— Suporte para o membro superior afectado com vista a prevenir luxação da articulação escapulo-umeral mas que coloca o membro em posição espástica.

— Cadeira de rodas sem pedal do lado são para permitir a utilização desse membro na movimentação da cadeira. Dá independência mais precoce ao assistido mas a postura assumida é de padrão espástico.

— Tutor curto sempre que a dorsiflexão do pé esteja comprometida.

— A bengala, embora dê confiança ao assistido sobretudo em terrenos irregulares, deve ser evitada por favorecer o padrão espástico.

#### *Método B*

— Tala de pressão contínua ou intermitente para o membro superior e inferior com o objectivo de estimular a sensibilidade e manter padrões inibitórios em segmentos dos membros.

— Superfície alargada no braço da cadeira correspondente ao membro superior afectado ou superfície de trabalho adaptada à cadeira a fim de prevenir luxação da articulação escapulo-umeral e permitir manter padrão inibitório no membro superior.

— Andarilho, só quando necessário, na fase inicial do treino da marcha.

— Banco ou cadeira oscilante, como adjuvante no desenvolvimento do equilíbrio.

### 4. Indicações e Vantagens de um e outro Método

O Método Clássico tem as suas indicações mais formais nos casos não estabilizados ou de repetição, nas situações complicadas com alterações das funções simbólicas e do estado mental ou quando há concomitantemente doença cardio-circulatória ou doença

geral debilitante. Nestes casos em que não podemos pedir grande colaboração ao deficiente, esta técnica é de execução mais fácil e permite-lhe um certo grau de independência mais rapidamente, embora de uma maneira mais incompleta e imperfeita. Mesmo nestes casos extremos, será vantajoso introduzir algumas das técnicas referidas no Método de Margaret Johnstone, pois irão contribuir para uma redução da espasticidade e permitir padrões posturais mais correctos.



Fig. 1 — Hemiplegia esquerda — Decúbito dorsal



Fig. 2 — Hemiplegia direita — Decúbito lateral para o Lado São

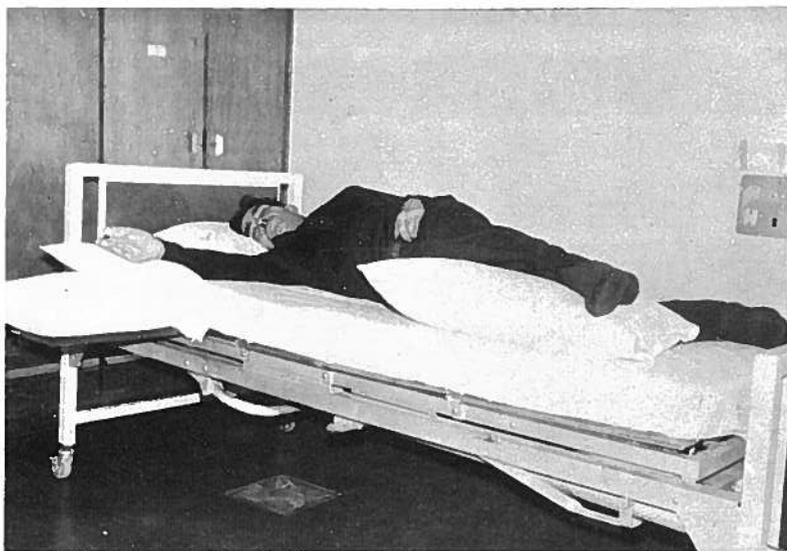


Fig. 3 — Hemiplegia direita — Decúbito lateral para o Lado Afectado

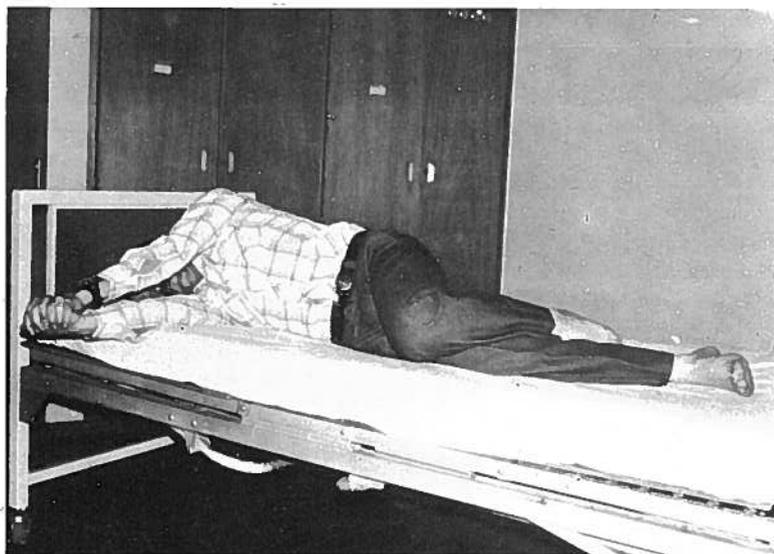


Fig. 4 — Hemiplegia esquerda — Rolar para o Lado São

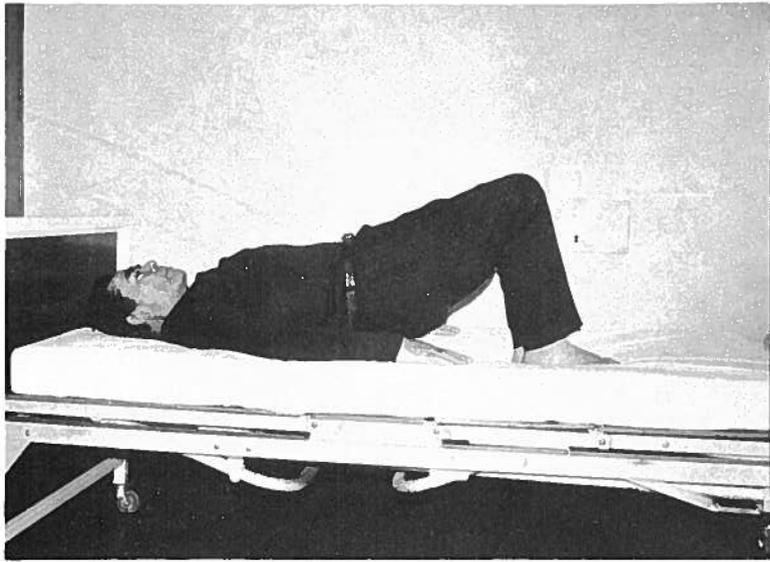


Fig. 5 — *Hemiplegia direita* — Ponte



Fig. 6 — *Hemiplegia direita* — Carga sobre o cotovelo

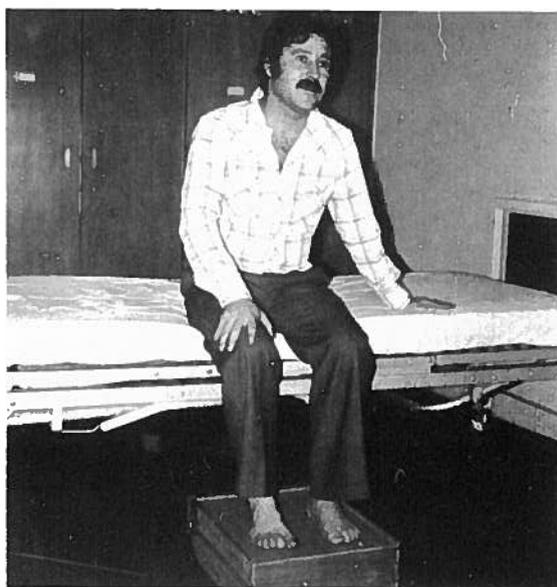


Fig. 7 — Hemiplegia esquerda — Exercícios de equilíbrio

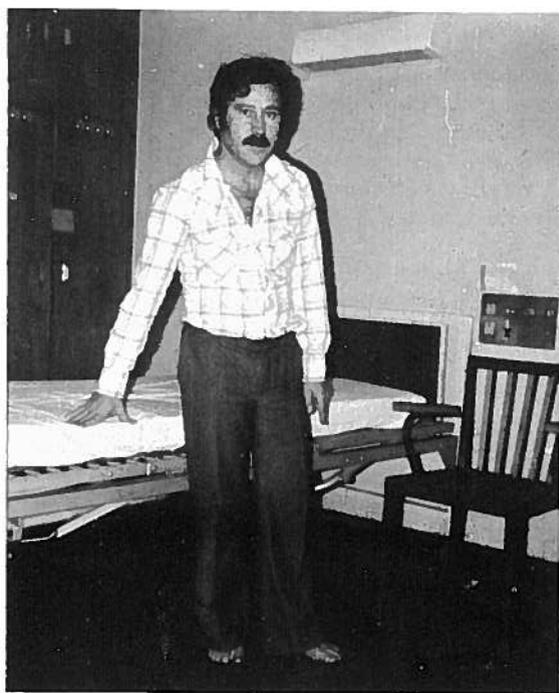


Fig. 8 — Hemiplegia esquerda — Transferência sem ajuda

O método de Margaret Johnstone é apreciável a grande maioria dos doentes, sendo a precocidade com que é iniciado factor determinante do seu êxito. A sua execução conduz não só a um padrão mais próximo da normalidade como, utilizando as capacidades físicas, intelectuais e volitivas do doente, torna-o principal autor da sua própria recuperação. Embora bastante motivante pelos sucessos obtidos, exige ao enfermeiro de reabilitação maiores conhecimentos, observação mais cuidada, capacidade para ensinar e motivar o assistido e seus familiares, bem como uma perfeita coordenação de trabalho em equipa com outros profissionais de enfermagem e técnicos de reabilitação.

## B. OUTROS CUIDADOS

### 1. Evitar complicações vesicais

Só alguns doentes (nomeadamente em coma ou em estado confusional), apresentam uma bexiga desinibida (descontrolo da acção inibidora cortical). Nestes casos, no sexo masculino basta colocar um dispositivo urinário e no feminino dever-se-á algaliar, mantendo drenagens intermitentes de acordo com a administração de líquidos. Ultrapassada a situação, a algália e dispositivo urinário devem ser retirados e o doente estimulado psicologicamente para o acto da micção.

A preocupação de infecções e cálculos vesicais deve estar presente na preparação do material de algaliação, na técnica de algaliação e frequência de substituição do mesmo material.

### 2. Promover o ensino do doente e família

A comunicação a estabelecer com o *hemiplégico* deve fazer-se através de uma linguagem simples, utilizando frases curtas, procurando que o doente acompanhe com a vista os gestos que lhe são feitos ou solicitados. Por vezes, torna-se necessário exemplificar com o *membro sã* antes de iniciar a actividade no *afectado*. A repetição dos gestos determina um condicionamento que é também muito importante para a recuperação. O ensino deve ser motivante e estabelecido progressivamente de forma a evitar frustrações.

Não podemos esquecer que esta deficiência cria, no aspecto psicológico, uma grande insegurança, à qual se juntam muitas vezes problemas de linguagem, visão e mentais.

Em relação à *família* devemos evitar que o regresso do deficiente ao lar se traduza num *fardo difícil de suportar*. O envolvimento que a situação cria a todos os níveis é o factor determinante de atitudes de rejeição ou de super-protecção por parte da família. Assim, durante o internamento e antes da alta, esta deve ser instruída sobre o que o *assistido* pode fazer, das ajudas que lhe deve dar e como dar. A motivação para passar os fins de semana em casa, permitem ir atenuando as dificuldades e criar as adaptações necessárias em casa.

A possibilidade, ou não, de *regresso ao emprego* também deve ser analisada.

A *visitação domiciliária* e o *envolvimento da comunidade* tem provado ser fundamental na adaptação a um esquema de vida que será forçosamente diferente.

A recuperação do *hemiplégico* é exigente e, só possível, se estivermos atentos ao conjunto de todos os factores que o envolvem. Só assim contribuiremos com a nossa parte de *profissionais de Saúde*, no seu regresso à família e sociedade, em *Condições de Viver*.

## COLABORADORES:

- *Fotografias* por Maria Manuela Mesquita Pires, Enfermeira Professora da Escola de Reabilitação
- *Modelos* — Dois assistidos internados no C.M.R. por *Hemiplegia*, sendo um, a causa, acidente vascular cerebral e, outro, traumatismo craniano.

## SUMMARY

## REHABILITATION NURSERY AND THE HEMIPLEGIC PATIENT

After referring the problems arising from *Hemiplegia*, this article highlights some aspects of the role of the rehabilitation nurse in physical re-education, sphincteral control, guidance and teaching of the patient and relatives. Concerning the first aspect, physical re-education, *Classical methods* are contrasted with those taught by Margaret Johnstone, inferring the role of the rehabilitation nurse when using either method. The value of team work emphasizes, the approach of the rehabilitation nurse collaborating with medical, para-medical, professional — nurses, therapists and other rehabilitation technicians.

## BIBLIOGRAFIA

- BOBATH B: Adult hemiplegia. Evaluation and treatment. London, Heinemann, 1970.  
BOBATH B: Treatment of Adult Hemiplegia. *Physiotherapy* 63: 310, 1977.  
JOHNSTONE M: Restauration of motor function in the stroke patient. Edinburgh, London and New York, *Churchill Livingstone*, 1978.  
JOHNSTONE M: The stroke patient: Principles of rehabilitation. Edinburgh, London and New York, *Churchill Livingstone*, 1976.  
TOOD JM: Physiotherapy in the early stages of hemiplegia. *Physiotherapy* 60: 336, 1974.

Pedido de separatas: *Maria de Lourdes Carvalho de Sales Luís*  
*Escola de Reabilitação*  
*Centro de Medicina de Reabilitação*  
*Alcoitão - Estoril - Portugal*