7

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO EM GERIATRIA

Dr. Waldemar Wettreich

16-053.9
/549m
9- -]

A distribuição desta aula à Classe Médica é uma gentileza da

MERCK BRASIL S.A.

que, desta forma, procura ampliar a divulgação de conhecimentos sôbre Geriatria em nosso País

RB-11232
FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. 016752
18/12/02

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. 13710
27/12/99

616-053.9
W549m
[19--]

Cursos de Extensão Universitária
sôbre "Temas de Geriatria",
Regência: Dr. I. Bonomo

Centro de Reumatologia da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal
do Rio de Janeiro
(Serviço do Prof. J. P. Lopes Pontes)

MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO EM GERIATRIA

Em conseqüência do intenso progresso da terapêutica em medicina, a longevidade do ser humano tem aumentado; assim, nos tempos atuais, a vida média do homem é estipulada, estatìsticamente, ao redor dos 70 anos. Se por um lado, o homem consegue viver mais, por outro, as doenças crônicas aumentaram consideràvelmente. Esta é uma das razões, inclusive, da recente criação da especialidade "geriatria".

É nas doenças geriátricas que a Medicina Física e a Reabilitação encontram, evidentemente, seu grande campo de ação, ajudando, de braços dados com a terapêutica clínica e cirúrgica, a recuperar o paciente em idade provecta.

Contrastando com a convalescença, na qual o paciente é colocado em repouso por um certo período, enquanto o tempo e a natureza agem por si, a reabilitação médica é dinâmica, fornecendo um programa de intensa ação. A equipe de reabilitação compreende fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos, consultores, todos integrados no sentido de assistir ao paciente a obter o máximo de seu potencial físico, emocional, social e vocacional.

A filosofia e a técnica, utilizadas na reabilitação de pacientes geriátricos, são essencialmente as mesmas da reabilitação em geral, modificadas apenas para atender o paciente idoso.

A medicina moderna, segundo Rusk, está cada vez mais afastada do conceito romano pessimista que afirmava "ser a idade provecta por si só uma doença" (senectus ipsa est morbus). Nem velhice é sinônimo de doença, nem qualquer afecção é exclusivamente caraterística da idade provecta.

A experiência clínica e as estatísticas demonstram que as pessoas idosas apresentam maior número de doenças incapacitantes do que os jovens. Esta predominância é agravada porque os pacientes idosos freqüentemente apresentam uma ou mais doenças crônicas associadas às suas incapacidades. Estas doenças crônicas, evidentemente, complicam os procedimentos de reabilitação e seu prognóstico. Aqui, a atenção maior deve ser endereçada ao sistema cárdio-respiratório, já que os pacientes idosos comumente apresentam complicações como hipertensão arterial, coronariosclerose, angina de peito, infarto do miocárdio, afecções cardíacas, e enfisema pulmonar, bronquite crônica, asma brônquica, para o lado do aparelho respiratório.

Possìvelmente, a capacidade vital é uma boa indicação para a medida da quantidade de esfôrço que deve ser empreendida em doenças pulmonares; o objetivo a ser determinado é a capacidade do paciente, não a presença ou a ausência de sombras radiológicas ou a determinação do grau exato dessas sombras. Nos casos de doenças cardíacas, a ofegação, a palpitação, a dor anginosa e a fadiga podem ser utilizadas como medida de capacidade.

A American Heart Association sugere a seguinte classificação:

CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE FUNCIONAL

Classe I - Pacientes com doença ocasionando leve limitação da atividade física; a atividade física comum não causa fadiga, palpitação, dispnéia ou dor anginosa.

Classe II - Pacientes com doença ocasionando leve limitação da atividade física. Confortável ao repouso. A atividade física comum causa fadiga, palpitação, dispnéia ou dor anginosa.

Classe III - Pacientes com doença ocasionando uma grande limitação da atividade física. Confortável em repouso. A menor atividade física comum causa fadiga, palpitação, dispnéia ou dor anginosa.

Classe IV - Pacientes com doença ocasionando inabilidade para executar qualquer atividade física sem desconfôrto. Sintomas de insuficiência cardíaca ou síndrome anginosa estão presentes mesmo em repouso; se qualquer atividade física é executada, o desconfôrto é aumentado.

Em adição, a classificação terapêutica fornece uma diferente maneira de abordar o mesmo problema.

CLASSIFICAÇÃO TERAPÊUTICA

Classe A - Pacientes nos quais a atividade física comum não necessita ser restringida.

Classe B - Pacientes nos quais a atividade física comum não necessita ser restringida, mas, deverão ser alertados contra esforços físicos intensos ou competitivos.

Classe C - Pacientes nos quais a atividade física comum deverá ser moderadamente restrita e os esforços vigorosos deverão ser descontínuos.

Classe D - Pacientes nos quais a atividade física comum deverá ser muito restrita.

Classe E - Pacientes que deverão ficar em completo repouso, confinados ao leito ou a uma poltrona.

As condições geriátricas que, freqüentemente, requerem uma reabilitação formal são as doenças reumáticas (principalmente as artroses e as lombalgias por osteoporose senil); as traumato-ortopédicas (ex: fraturas do colo do fêmur); as doenças respiratórias crônicas incapacitantes (como a bronquite crônica e os enfisemas); as doenças neurológicas (principalmente aquelas que se seguem aos acidentes cérebro-vasculares como a hemiplegia); as doenças cardiovasculares (como angina de peito, hipertensão arterial e o infarto do miocárdio); as afecções oftalmológicas (diferentes tipos de cegueira), etc.

É extremamente difícil numa única aula descrevermos os vários programas de Medicina Física e Reabilitação, propostos a tôdas as afecções geriátricas, o que comportaria um curso. Limitar-nos-emos, aqui, a descrever as afecções geriátricas mais comuns, já citadas acima, com alguns dados respetivos aos programas de Medicina Física e Reabilitação.

ARTROSES

O paciente idoso freqüentemente se queixa de *cervicobraquialgia e lombalgia* decorrentes, na grande maioria dos casos, de artroses da coluna vertebral. Esta afecção é de certo modo invalidante para êstes doentes, pois determinam - devido à dor - uma incapacidade funcional que, no caso das lombociatalgias, às vêzes, podem prendê-los ao leito. A cefaléia, a dor na nuca, a dormência dos quirodáctilos incomodam os pacientes com *artrose cervical.* A dor lombar, o "pêso" nos membros inferiores, a dificuldade de marcha irritam aquêles portadores de artrose lombar.

O calor sêco ou úmido, por intermédio do forno de Bier, da diatermia por ondas curtas seguida de tração cervical, melhora muito êstes pacientes. Para a região lombar, o forno de Bier, as ondas curtas são bem indicados. A ginástica leve e suave deve ser ensinada nas fases sem dor. Aqui, também, indicamos as massagens e a mecanoterapia.

OSTEOPOROSE

Freqüentemente queixas do sistema ósseo, particularmente lombalgias em pacientes idosos,podem ser devidas à osteoporose senil. Além da dor, a osteoporose é freqüentemente responsável por fraturas vertebrais com ou sem compressão medular.
A terapêutica dêsse processo consiste principalmente na administração duma combinação equilibrada de hormônios estrogênicos e androgênicos, medidas dietéticas e mobilização energética do paciente. Acreditamos que esforços e tensões da vida diária são o estímulo fisiológico ao metabolismo ósseo; por isso, deverão ser evitados nos pacientes idosos a inatividade física e repouso prolongado na cama. A cinesioterapia bem orientada (massagens e ginástica) é indicada.

FRATURA DO COLO DO FÊMUR

Afecção ortopédica comum na velhice é a fratura do colo do fêmur. Sabemos quão comum é a incidência dessa fratura entre mulheres idosas. Segundo *Rusk, Silson, Novey e Dacso,* no Hospital Patient Survey e Goldwater Memorial Hospital, a idade média de um grupo de 10.250 pacientes de ambos os sexos, nos quais 5% apresentavam fraturas recentes ou antigas, foi de 72 anos (67 para homens e 74,4 para mulheres).

A experiência clínica evidencia que com cuidados cirúrgicos precoces, seguidos por medidas intensas de reabilitação, pràticamente em todos os pacientes idosos, a fratura do colo do fêmur pode ser restaurada com boa atividade funcional da articulação coxofemural.

Logo que o impacto inicial do trauma decline, a cinesioterapia deverá ser prescrita para fortalecer os membros superiores como, também, o membro inferior não afetado.

Após a correção cirúrgica, a primeira decisão importante será determinar o tempo apropriado para o início da deambulação e o tempo de progresso do levantar até a autoambulação. No início, simples elevação e exercícios

de equilíbrio em barras paralelas ou outro qualquer equipamento apropriado devem ser praticados com ou sem assistência. O próprio passo é o início da ambulação - elemento de controvérsia entre os especialistas. Alguns são a favor de uma marcha com suporte de pêso, limitada e iniciada precocemente. De pé, apoiado sôbre o membro inferior indene e auxiliado pelo uso de duas muletas, o paciente se move levando seu membro inferior afetado para diante e apoia seu pé de modo que, efetivamente, toque o solo com os pododáctilos. Em seguida, bem apoiado sôbre as muletas, o paciente leva o membro inferior indene para diante e coloca todo o seu pêso corporal sôbre êle. Exercitando com extremo cuidado o contato do lado afetado com o solo, limitando-o a um mínimo absoluto, um tipo efetivo e seguro de marcha pode ser ensinado. Quando repetidos exames radiológicos revelarem o desenvolvimento de um calo suficiente, o suporte de pêso pode ser gradualmente aumentado até que seja possível apoiar todo o pêso corporal sôbre o lado afetado. Então, o paciente poderá ficar livre de suas muletas e será ensinado a andar com bengalas e, muitas vêzes, sem qualquer auxílio. Se o calo não se formar no período de 6 a 8 meses, o especialista estará frente a uma decisão delicada. A existência de fibrose ou tecido ósseo, apesar da ausência de sua evidência radiológica, pode permitir um suporte adequado de modo a se tentar em tais pacientes uma deambulação sob cuidadoso contrôle radiológico. Se êste método é utilizado, dor persistente servirá como aviso para a imediata cessação de qualquer atividade deambulatória. Outros médicos preferem a utilização de suportes isquiáticos para todos os pacientes com ou sem má consolidação ou mesmo ainda sem consolidação óssea.

APARELHO RESPIRATÓRIO

As afecções respiratórias crônicas, como a asma e a bronquite crônica, trazem o problema das recorrências e das reincidências e o fato de que, com cada ataque, o tecido pulmonar é cada vez mais lesado, levando ao enfise-

ma com conseqüente dispnéia incapacitante e eventual falência do ventrículo direito, condicionando uma anormalidade na circulação pulmonar. Êstes são os problemas essenciais da terapêutica ou, num estágio anterior, de prevenção. Entretanto, após a instalação da doença, há leve dúvida se a modificação do trabalho, afastando do frio ou da umidade, o evitar de variações de temperatura e correntes de ar e a não permissão de longas viagens de ida e volta ao serviço possam,objetivamente,reduzir a freqüência dos ataques.

Nessas afecções crônicas, a terapêutica é muitas vêzes desapontadora, parcialmente porque o paciente já está totalmente fixado à sua doença quando procura o auxílio, e parcialmente porque somos ignorantes quanto ao processo e sua terapêutica específica. É, entretanto, importante descobrir precocemente pacientes que estejam susceptíveis de desenvolver o enfisema e, então, modificando o seu trabalho ou pelo treinamento em um trabalho sedentário, diminuir os efeitos adversos quando êle aparece. Quando se conclui que a profissão está agravando ou precipitando os ataques, é importante considerar o que exatamente pode ou não ser obtido, antes de qualquer decisão para trocar de emprêgo. A idade do paciente na qual esta troca se torna imperativa é muito importante. Quando o homem é idoso, uma solução feliz será certamente encontrar uma função mais apropriada na própria firma, onde o paciente certamente já trabalha há vários anos. Isto é, freqüentemente, possível conseguir por um direto acesso ao empregador ou por intermédio do próprio paciente. Na prática hospitalar, a exploração desta possibilidade é usualmente realizada por um técnico, mas, a carta de recomendação é de responsabilidade do médico.

Do ponto de vista da reabilitação pròpriamente dita, Rusk classifica os pacientes com enfisema pulmonar em dois grupos:

1) enfisema devido à infecção bacteriana (bronquite crônica obs-

trutiva). Embora a exata patogenia não tenha sido, até agora, estabelecida, é aceito que o pneumococo e o bacilo hemolítico da influenza sejam os principais responsáveis pela mesma;

2) enfisema senil ou postural. De acôrdo com Soserman e Cols., esta forma não constitui uma afecção pulmonar, mas, sim da coluna vertebral e, conseqüentemente, resultado de um processo degenerativo dos discos intervertebrais da região dorsal.

Através do edema inflamatório os discos aumentam o seu diâmetro, exercendo pressão nos corpos vertebrais, de modo a retificar e entesar a coluna dorsal e elevar as costelas, alargando a cavidade pleural. Para preencher êste espaço, os pulmões seguem a expansão do tórax, resultando numa progressiva superdistensão pulmonar e perda da elasticidade alveolar. Na expiração, há falha do alvéolo em expelir a quantidade normal de ar. Com o enfisema pulmonar senil é comum ocorrer cor pulmonale. No enfisema, o paciente se torna dispnéico ao menor esfôrço físico; nosso objetivo inicial deverá ser ensinar-lhe a mecânica duma respiração apropriada, a maneira de evitar as tensões e os esforços, e de aprender a relaxar. O propósito das medidas terapêuticas é alterar o tipo da respiração - de torácica para uma respiração costal inferior e diafragmática. Quando prescrevemos os exercícios respiratórios, o uso de um metrônomo deverá ser indicado para regular o ritmo das respirações.

HEMIPLEGIA

Como pontos principais a serem considerados na recuperação do hemiplégico, podemos citar:

a) cuidados no leito;

b) prevenção e tratamento das deformidades quando existentes;

c) prevenção e tratamento das escaras;

d) tratamento das perturbações esfincterianas.

APARELHO CIRCULATÓRIO

Segundo *Rusk,* os princípios gerais, aplicados na reabilitação de qualquer cardiopatia, quando são adaptados às necessidades específicas dos pacientes, são:

1) avaliação do estado psicológico, social e vocacional do paciente;
2) aplicação da terapêutica médica ou cirúrgica que fôr indicada;
3) individualização de advertência em respeito aos problemas, tais como atividade física, tensões emocionais e tensões do meio ambiente;
4) discussão a respeito da natureza da doença, das necessidades terapêuticas específicas e o prognóstico quanto à sobrevivência e o retôrno à vida normal do paciente com a sua família;
5) eliminação, se possível, do mêdo do paciente pela doença cardíaca e
6) encorajamento do paciente para viver uma vida quase normal, sem limites (se existir alguns impostos pela sua doença, o paciente deve encará-los com psiquismo elevado).

O mais importante fator de sucesso da reabilitação é a motivação do paciente - mais importante mesmo que a capacidade física ou funcional, que pode limitar o grau de atividade, participar, mas, não previne a reabilitação.

A avaliação dêsses pacientes é realizada sob o *ponto de vista médico, psicológico, social e vocacional.* Evidentemente, a avaliação médica é uma das pedras fundamentais sôbre a qual qualquer programa de reabilitação é organizado. Aqui é estimada a capacidade funcional do paciente, executando-se testes e exames para verificar a resposta a determinadas atividades físicas.

Trabalho dinâmico ou estático impõe diferentes tensões fisiológicas ao aparelho circulatório. A relativa importância das tensões não ocupacionais e ocupacionais deve ser lembrada pelo especialista. Trabalho caseiro ou jardinagem, a dança ou a participação em esportes causam tensões equivalentes àquelas das ocupações que obrigam a subida de escadas ou degraus de madeira, carpintaria ou o levantar repetido de objetos,

pesando acima de 10 quilos. Embora estas atividades possam não causar sintomas alarmantes, poderão corroborar para um ataque de dispnéia noturna, aumento gradativo do edema e ofegação. O deslocamento do paciente do e para o trabalho pode induzir tanto considerável tensão física como emocional - isto é mais verdadeiro quando há congestão do tráfego em grandes cidades ou em áreas industriais. Outro "stress" não ocupacional é impôsto pela nicotina, já que o fumo pode causar vasiconstrição periférica, aumento da pulsação e elevação da pressão arterial.

Outro *"stress"* para êstes pacientes são as intensas variações de temperatura e umidade.

Em relação aos diferentes gastos de energia com os vários tipos de trabalho, deve-se ter em conta que a habilidade do paciente para executar uma atividade específica dependerá mais de seu temperamento, destreza, reação emocional para executar a tarefa e sua experiência do que, pròpriamente, da energia despendida na sua execução.

Quando o paciente retorna à atividade, se o médico observar uma pulsação de 120 ou mais durante a atividade, quando o trabalho requer um dispêndio de energia de não mais que 2 a 3 calorias por minuto e se as variações de temperatura e umidade são moderadas, então, uma não detectada ou inadequada anormalidade cardiovascular tratada, ansiedade continuada ou uma reserva cardíaca limitada estará, provàvelmente, presente e a situação deverá ser reavaliada.

A atividade que o paciente toma quando volta ao trabalho deve ser considerada de importância fundamental.

P. Kouindjy recomenda a seguinte classificação dos pacientes que retornam ao trabalho em relação às suas atitudes:

1) - *boa* - o paciente ativamente procura uma ocupação e coopera nesse sentido.
2) - *razoável* - há o desejo de trabalhar, mas, o paciente tem dúvidas quanto à sua habilidade para executar a tarefa.

Para prevenir as escaras, devemos freqüentemente mudar a posição do paciente no leito, manter a pele sêca por meio de talco, fazer fricções da pele com álcool e massagens, principalmente nas zonas de maior atrito como a região sacra, os tornozelos, as regiões trocanterianas, as regiões costais, etc. Para o tratamento das escaras, podemos indicar, com ótimos resultados, os raios ultravioletas ao lado dos curativos com pomadas especialmente indicadas.

A bexiga neurogênica constitui problema que deve ser bem encarado e tratado convenientemente.

A *reabilitação* do *hemiplégico* deve ser iniciada precocemente e alguns autores americanos recomendam iniciá-la ainda com o paciente em coma.

A iontoforese transcerebral ou transoculocerebral, método de Bourguignon, com cloreto de cálcio tem sido usada com bons resultados em casos iniciais. Massagens e ginástica, passiva e ativa, devem ser indicadas. Podemos, também, empregar o aparelho de Guthrie-Smith para a execução de exercícios ativos de suspensão.

Ensinar o paciente a sentar no leito e a ficar em posição ereta. No ginásio, quando o paciente sai do leito, devemos tentar a recuperação da marcha, subir e descer escadas e o uso de bengalas, se necessário. Exercícios para os membros superior e inferior são programados e, também, o que é muito importante, a prescrição de exercícios de coordenação motora. A mecanoterapia aqui tem sua grande indicação.

Para a *paralisia facial,* usamos aplicações de calor por meio dos raios infravermelhos, massagens e ginástica ativa.

No tratamento da *hemiplegia,* não podemos nos esquecer de programar uma terapêutica ocupacional, de acôrdo com cada caso.

Evidentemente, o programa de recuperação é complexo e enquadra uma grande série de medidas, além das citadas acima; assim, podemos mencionar: evitar as complicações clínicas; tratar a afasia ou a disartria; tratar a paralisia facial; treinar o doente para a posição ereta e em seguida ensinar a deambulação; recuperar ao máximo o membro superior afetado, com especial atenção para a reabilitação dos quirodáctilos; nos casos necessários, ensinar ao paciente o uso do aparelho ortopédico; cuidar do psiquismo do paciente e analisá-lo sob o ponto de vista vocacional, a fim de recolocá-lo em uma profissão útil ou mesmo dar-lhe afazeres que impliquem numa terapia ocupacional.

As deformidades mais comuns apresentadas pelos hemiplégicos, após o acidente vascular cerebral por atitudes viciosas tomadas, são o ombro gelado e o encurtamento do tendão de Aquiles. Cêrca de 48 horas após a instalação da paralisia, já o ombro apresenta rigidez e adução forçada - posição esta quase sempre causada pela má colocação de travesseiros abaixo da cabeça e nas costas do paciente. Devemos colocar o membro superior em 90 graus, e manter o punho e os quirodáctilos em extensão. Para os membros inferiores, colocar sacos de areia contra a face lateral externa da coxa e uma prancha de madeira em posição vertical, para que os pés fiquem em 90 graus com relação aos tornozelos.

Nos casos de retração capsular fibrosa do ombro (ombro gelado), empregar analgésicos associados ao calor produzido pela diatermia por ondas curtas ou raios infravermelhos, massagens relaxantes do ombro, braço e região peitoral, além de exercícios passivos, ativos e posturais com roldanas e roda de ombro .

Para o encurtamento do tendão de Aquiles, podemos indicar o uso de bota gessada, forçando-se a flexão do pé.

Um grave problema é constituído pela existência de escaras que, além de prolongarem a hospitalização do paciente, aumentam sua debilidade e interferem tremenda e negativamente em sua reabilitação.

3) - *pobre* - o paciente não procura trabalho e mantém a opinião de que há dificuldades em encontrá-lo e executar as tarefas;
4) - *má* - o paciente obstrui as tentativas para encontrar uma ocupação e afirma que sua cardiopatia o torna inútil para o trabalho.

Dois terços de pacientes com boa e razoável atitude foram colocados em ocupações produtivas, enquanto que sòmente um terço daqueles com atitude pobre e nenhum com má atitude foram empregados com sucesso.

atitude do paciente para com trabalho, sem receios, embo- com peculiaridades neuróti- s ou outras caraterísticas psi- ológicas, é de importância ca- ital na reabilitação cardíaca e ode ser sumarizada em têrmos e motivação.

A *reabilitação dos cardiopatas* não implica sòmente na volta ao trabalho, mas, também no retôrno à vida normal, se possível, sob circunstâncias, como a volta de uma criança à escola, uma espôsa para sua família, um fazendeiro à sua fazenda ou um cardíaco idoso para as suas atividades rotineiras.

Um programa de terapêutica ocupacional deve ser dado e individualizado para cada tipo de paciente.

016752

Cia. Editôra Gráfica Barbe