



Eixo temático: Fisioterapia musculoesquelética

A INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA EM PACIENTES COM SÍNDROME DO IMOBILISMO NO LEITO

Gustavo Leite Nunes¹; Brenda Coelho Rosendo¹; Karolayne Silva Souza²

Milena Roberta Freire da Silva²

INTRODUÇÃO

A síndrome do imobilismo refere-se a um conjunto de mudanças que acometem indivíduos que persistem acamados por um longo período (FARIAS; NETO, 2008). Entende-se que 7 a 10 dias é um período de repouso comum, 12 a 15 já é classificada imobilização e a partir de 15 dias é definido decúbito de longa duração (SOUZA; NEVES, 2009). Nas últimas décadas, as desvantagens do repouso prolongado no leito e consequentemente, da imobilização vêm sendo mais observadas. Antes de 1950, o repouso no leito e a imobilização eram aplicados de forma generalizada no tratamento de enfermidades, no entanto, naquela época não foram considerados os prejuízos que o imobilismo trazia para as partes não afetadas do corpo (HALAR; BELL, 2002).

Os efeitos da imobilização estão relacionados com a diminuição da capacidade funcional dos sistemas músculo esquelético, tegumentar, cardiovascular, geniturinário, respiratório, gastrointestinal, e sistema nervoso (SILVA et al., 2010).

Comumente, o sistema musculoesquelético é o mais afetado pelo imobilismo, junto de alterações tegumentares, que são propícias para o surgimento de úlceras de pressão, sobretudo em locais com menos tecido adiposo e nas superfícies de proeminências ósseas (HALAR; BELL, 2002).

¹ Acadêmico em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Rio São Francisco - UniRios
gustavonunes122120@gmail.com

¹ Acadêmica em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Rio São Francisco - UniRios
bcoelhorosendo@gmail.com

² Doutoranda em Ciências Biológicas - UFPE
karolayne.souza@unirios.edu.br

² Doutoranda em Ciências Biológicas - UFPE
milena.silva@unirios.edu.br

Segundo Santos (2008), outras alterações do sistema musculoesquelético está a formação de contraturas, referente à inatividade dos músculos, sobretudo os dos membros inferiores. O tecido articular e ósseo também são afetados pela falta de movimento. A escassez de atividade articular e ósseo resulta na diminuição de líquido sinovial, que é necessário para a lubrificação das articulações e nutrição da cartilagem, e de massa óssea pela conservação osteoclástica (absorção) e limitação da ação osteoblástica (formação), que pode ocasionar à osteoporose. Essas modificações resultam em desafios para o indivíduo na execução de determinadas tarefas como mudanças de decúbito, manutenção postural e execução de atividades de vida diária (AVD's) e instrumentais (AVDI's) (FARIAS; NETO, 2008).

Durante a fase de imobilidade no leito, também é notável alterações no desempenho do sistema cardiovascular, dentre as complicações, a de maior relevância encontra-se a hipotensão postural e a trombose venosa profunda (TVP) (SILVA et al., 2010).

Farias e Neto (2008) inclui que o imobilismo tem como sequela a perda da massa óssea, resultando em propensão a fraturas, limitações funcionais que podem atrapalhar as transferências, posturas e movimento no leito e em cadeiras de rodas, reprimindo as atividades diárias, modifica o padrão de marcha, e aumenta a propensão para a formação de úlceras por pressão. O mesmo autor (2008) acrescenta que quanto maior o período em que o indivíduo mantém-se inativo, mais marcantes vão ser os impactos negativos e mais tempo o corpo para voltar a um estado de bem-estar, em algumas circunstâncias é necessário a imobilidade, mas muitos de seus efeitos negativos podem ser evitados, através de uma intervenção terapêutica.

É comprovado que, mesmo com poucos dias de restrição no leito, os músculos esqueléticos atrofiam, dando origem a fraqueza, dificuldade de equilíbrio e incoordenação (FROWNFEELTER, 2004). O imobilismo resulta em uma diminuição de força muscular de 10 a 15% por semana, restringindo assim o torque e coordenação pela fraqueza generalizada, consequentemente levando a uma má qualidade de movimento (OLIVEIRA, 1999).

A fisioterapia é um importante instrumento na reversão dos sintomas da síndrome do imobilismo por meio da redução da dor, manutenção da força muscular e exercícios de amplitude de movimento, prevenindo encurtamentos musculares, contraturas e atrofias; promovendo às mudanças de decúbito, deambulação e independência nas AVD's; amparo na resolução de patologias pulmonares e recomendações para a prevenção de complicações

circulatórias, formação de edemas e escaras, e também reeducação postural (BADARÓ, GUILHEM, 2008).

A posição em pé é um grande objetivo nos tratamentos fisioterapêuticos, tendo em vista que todas as complicações citadas estão relacionadas ao imobilismo, desta forma, fazer com que o indivíduo saia do leito, mesmo que auxiliado por outros profissionais, busca o seu restabelecimento orgânico e funcional, precavendo diretamente as complicações provenientes do imobilismo (ALVES, 2007).

OBJETIVO

Analisar e destacar os benefícios da fisioterapia como principal intervenção não medicamentosa em pacientes com síndrome do imobilismo.

METODOLOGIA

Os instrumentos utilizados na realização da pesquisa serão explicados nesta seção. Para o desenvolvimento da presente pesquisa foi feito um levantamento, baseado na leitura e análise de artigos que foram encontrados nas bases de dados: Google Scholar, Pubmed e Scielo, para isso foram utilizadas as palavras chaves “recuperação”, “síndrome do imobilismo no leito” e “intervenção da fisioterapia”. De acordo com Nascimento (2008, p. 37) “a principal forma de coleta de dados é a leitura (livros, revistas, jornais, sites, CDs etc.), que certamente é utilizada para todos os tipos de pesquisa. Esta técnica também é chamada de pesquisa bibliográfica”.

Caracteriza-se como uma pesquisa de natureza narrativa qualitativa, pois através das consultas realizadas nos artigos e pesquisas publicadas, interpretações foram realizadas acerca dos temas fisioterapia e síndrome do imobilismo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

É notável que para muitos o mais importante é que o paciente esteja vivo (independente se irá andar ou movimentar os membros), porém deve-se proporcionar o melhor para esse paciente estando em coma ou não, mesmo que não volte a andar ou permanecer lúcido. Nem

sempre existe a possibilidade de fazer o paciente voltar a andar ou se mexer, mas este não é o único objetivo da Fisioterapia Motora na UTI, é necessário pensar em outras vantagens, como melhorar a dor pela contratura, reduzir o edema, prevenir escaras, aperfeiçoar o condicionamento cardiovascular (MELO et al., 2004).

Destaca-se a necessidade de preparar um plano de exercícios que esteja direcionado às características particulares de cada paciente, visto que isso favorecerá significativamente no desenvolvimento de atrofia (funcional e muscular); além de reduzir as sensações de dor. Isso, por sua vez, resultará em uma melhoria na qualidade de vida do paciente, não apenas em termos de recuperação, mas também em relação às características funcionais e físicas, facilitando sua inclusão nas atividades da sociedade (Melo et al., 2004).

Os leitos hospitalares possibilitam que os pacientes sejam dispostos passivamente de várias formas; desta forma, a mobilidade dos pacientes no leito não é tão limitada como se supõe. Quando a mudança de posição da cama estiver adequada, é possível fazer diversos movimentos (KLEMIC, 1998).

Dentre as técnicas preventivas do fisioterapeuta está a mudança de decúbito a cada duas horas, o estímulo à deambulação e exercícios cinesioterápicos. O objetivo geral destas abordagens é conservar e melhorar a independência do paciente (FARIAS; NETO, 2008).

O tratamento pode ser administrado promovendo a reeducação postural, o relaxamento muscular, a conscientização corporal, incentivando a movimentação no leito e independência. Podem ser empregados exercícios passivos, ativo-assistido, ativos, resistidos e isométricos (VOJVODIC, 2005).

Um posicionamento adequado no leito previne a predisposição de deitar em uma posição com o quadril em rotação e flexão lateral extrema, o fisioterapeuta também deve observar a pele do paciente regularmente para conter úlceras de pressão (MAXEY, 2003).

A fraqueza muscular derivada do desuso é consideravelmente simples de se precaver, uma forma seria através de contrações isométricas diárias de 20 a 30% da tensão máxima por alguns segundos, junto a uma contração de 50% do máximo por segundo (OLIVEIRA, 1999). É recomendado que diariamente sejam executados exercícios para restaurar o arco normal do movimento, até o limite do paciente em todos os segmentos corporais. Também é mencionado que a frequência desses exercícios e alongamentos podem influenciar nas contraturas, mas, em



casos onde estas podem envolver outras estruturas, pode ser necessária intervenção cirúrgica ou outras formas de alongamento (ARTILES et al., 1997; DELISA, 1992)

Para os edemas ou na melhora da circulação, uma resposta são as massagens manuais e vibratórias, são também formatos de impulso para as contrações isométricas. Além disso, mobilizações passivas são essenciais para a estabilidade e para a recuperação das amplitudes de movimento (HERBERT, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, é possível observar que os efeitos causados pelo imobilismo no leito são múltiplos, culminando em distúrbios em diversos sistemas, como o muscular, esquelético, respiratório, cardíaco, tegumentar, entre outros. Esses distúrbios, por sua vez, têm o potencial de limitar atividades funcionais e reduzir a qualidade de vida do paciente. Quanto maior o período de imobilização, maiores serão as sequelas nos sistemas do organismo. A fisioterapia desempenha um papel fundamental no tratamento da síndrome do imobilismo, proporcionando efeitos positivos na conservação da força músculo-esquelética inicial, aumentando as chances de extubação bem-sucedida, reduzindo o tempo de internação e melhorando a funcionalidade após a alta.

Essa intervenção terapêutica é crucial para mitigar os impactos adversos do imobilismo e promover a recuperação e o bem-estar dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE

Fisioterapia. Síndrome do imobilismo no leito. Recuperação.

REFERÊNCIAS

ALENCAR L. R. R., ANDRADE F. C. B. **Redução das complicações do imobilismo no paciente acamado através da atuação multiprofissional: projeto de intervenção.** Universidade Federal do Piauí (UFPI), 2019.

ALVES, N. P. F. **Comunicação na equipe multiprofissional hospitalar: Uma interface do auxiliar de enfermagem com o fisioterapeuta na prevenção da úlcera por pressão.** Dissertação de Mestrado Universidade Braz Cubas, Mogi das Cruzes, 2007.



BADARÓ, A. F. V.; GUILHEM, D. **Bioética e pesquisa na fisioterapia: Aproximação e vínculos.** Estudo desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB, Universidade de Brasília, DF-Brasil, 2008.

CINTRA, Mariana Molinar Mauad et al. Influência da fisioterapia na síndrome do imobilismo. *Colloquium Vitae*. p. 68-76. 2013.

FARIAS, S. H.; MAIA, NETO. W. L. Atuação da fisioterapia sobre os efeitos do imobilismo no sistema osteomioarticular. **Revista Lato & Sensus Universidade da Amazônia**. v.9, n. 2, p. 47-53, 2008.

FROWNELTER, Donna; DEAN, Elizabeth. Fisioterapia Cardiopulmonar: princípios e prática. Revinter. 3. ed. Rio de Janeiro, 2004.

HALAR, E. M.; BELL, K. R. Imobilidade. In: Delisa, J. A; Gans, B. M. Tratado de Medicina de Reabilitação: princípios e prática. Manole. 3. ed. São Paulo, 2002.

HERBERT, Sizínio; XAVIER, Renato. Ortopedia e Traumatologia: princípios e prática. Artmed. 3. ed. São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, M.S.C.M.; Haddad, E. S.; Koyama, R. C. C. Síndrome da Imobilização. Greve, J. M. G. G.; Amatuzzi, M; M. (ed.) Medicina de Reabilitação Aplicada à ortopedia e traumatologia. Roca. p. 381-398. São Paulo, 1999.

MACKENZIE, Colin; CIESLA, Nancy; IMLE, Cristina P; KLEMIC, Nancy. Fisioterapia Respiratória em Unidade de Terapia Intensiva. Panamericana. São Paulo, 1988.

SILVA, Karen Alessandra Correa; MEJIA, Dayana Priscila Maia. A importância da fisioterapia na redução da síndrome do imobilismo em pacientes acamados. 2010.

SCHINAIDER, Camila Maria; CLAUDINO, Larissa Camila; GARCIA, Maria Isabela Ramos Haddad. Efeitos deletérios da imobilização no leito e a importância da fisioterapia: revisão narrativa. Encontro de Iniciação Científica da AJES, p. 1-7, 2021.

SOUZA JS, NEVES PSD. The deleterious effects of immobility in bead ea physiotherapeutic performance: literature review. Pós Graduação em Fisioterapia Hospitalar, 2009.

VOJVODIC C. Síndrome do Imobilismo. (Monografia). Especialização de Fisioterapia Respiratória em Ventilação mecânica com ênfase em Traumato-cirúrgico. Universidade de São Paulo, 2004.