

A REABILITAÇÃO DE PACIENTES GERIÁTRICOS NAS DOENÇAS TRAUMÁTICAS *

Léo Mário Mabilde *

“A cura é uma questão de tempo mas é algumas vezes também uma questão de oportunidade”.

Hipócrates...

Tal preceito hipocrático traduz, em síntese, a verdade da reabilitação de qualquer paciente, em especial àquele geriátrico traumatizado. Portanto, devemos ter sempre em mente que nós médicos podemos e devemos dar essa oportunidade ao nosso paciente, oferecida pela reabilitação específica.

A expectativa média de vida no Brasil está em ascensão. De 45-50 anos passamos a 55-60. Em outros países, a mesma já alcança a 70 anos. Provavelmente também chegaremos lá. Mas há um ponto em que a expectativa não muda muito, aqui como lá. Não se consegue de forma significativa aumentar o número de pessoas que chegam aos 80 anos. Assim que, qualquer que seja o fator responsável pelo processo de envelhecimento ou senilidade, trata-se de algo que nós ainda não descobrimos. Procura-se em todo mundo determinar este fator que dá lugar ao aparecimento da senilidade, sobretudo da senilidade precoce.

De qualquer modo, com o aumento da média de vida maior é o número de pacientes geriátricos potencialmente candidatos às doenças traumáticas e, conseqüentemente, maior é a incidência des-

ses pacientes candidatos a um programa de reabilitação. Entretanto, é preciso convir e dizer que a reabilitação do paciente geriátrico por doença traumática começa muito antes, já na sua profilaxia estabelecida em medidas preventivas específicas.

Sabemos que a maioria dos traumatismos que incapacitam o paciente idoso são ocasionados por quedas que ocorrem em seu próprio domicílio. Essas quedas podem e devem ser evitadas. Retirando do meio ambiente familiar brinquedos infantis de pequeno porte (carrinhos, bolinhas de gude), animais domésticos de pequeno tamanho (gato, cachorro), tapetes deslizáveis, pisos com trilhos, banheiros com chuveiro que esteja sobre a banheira etc... Devemos insistir, igualmente, que a pessoa idosa mantenha-se ativa, realizando caminhadas frequentes para diminuir os riscos da osteoporose, ao mesmo tempo em que pratica exercícios físicos bem dosados, a fim de evitar a diminuição do tônus muscular e a conseqüente atrofia pelo desuso.

Grande é o papel da cirurgia no tratamento das doenças traumáticas do paciente geriátrico, diminuindo o período de incapacidade temporária, o que

** Prof. Adjunto de Ortopedia e Traumatologia. Departamento de Cirurgia, FMPPA/UFRGS.

* Trabalho apresentado ao II Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia — Porto Alegre, 23-26 de maio de 1971.

permite dessa maneira a instituição de um ativo programa de reabilitação já no próprio leito hospitalar, graças a ausência da dor proporcionada pela sólida fixação interna do foco de fratura. O tempo de imobilização em cama fica diminuído e diminuído também os riscos de complicações resultantes.

O sistema músculo-esquelético é responsável pela estabilidade estática e dinâmica das extremidades e do tronco no desempenho das funções essenciais locomotoras. Quando a estabilidade é perturbada a função é perdida.

Muito freqüentemente o trauma ocorre com violência produzindo o seu dano máximo — a fratura — de tal modo que logo é reconhecido. Nesses casos há uma usual e convencional forma de tratamento, a qual deve ser selecionada pelo cirurgião ortopédico. Outras vezes o trauma é menos intenso e pode ser o resultado de má postura, peso exagerado, mal alinhamento, desequilíbrio muscular, irritações reflexas ou fadiga muscular. Em tais casos, o tecido danificado é insidioso e cumulativamente desenvolvido a um nível clínico por um período de tempo algumas vezes de anos. A patologia é geralmente mascarada por reações tissulares na forma de espasmo muscular, fibrosite, miosite e inflamações mecânicas (bursite, sinovite, tendosinovite, artrites, etc.).

Alguns dos mecanismos dessas forças estáticas são bem conhecidos enquanto outros são diagnosticados sintomaticamente e são muito difíceis de tratar.

A aplicação de bons princípios de reabilitação é necessária em ambos os grupos. Estes princípios podem ser sistematizados em 10 mandamentos:

1º) Avaliar cada caso e planificar um programa cuidadoso baseado em indicações específicas.

1.1 — As técnicas de reabilitação médica não são substitutas dos tratamentos convencionais clínicos e cirúrgicos dos traumatismos.

1.2 — As técnicas de reabilitação médica são adjuntos indispensáveis para um bom tratamento definitivo.

1.3 — Antecipar o propósito da terapia baseada na natureza do traumatismo e as possíveis restrições que possam

ser impostas sobre ela, a terapia, pelo método de tratamento.

1.4 — Discutir o progresso de cada paciente com o fisioterapeuta encarregado do caso.

2º) Prevenir deformidades, se possível.

2.1 — Imobilizar a parte afetada em posição ótima (posição de função).

2.2 — Supervisionar a postura na cama e a relação das partes traumatizadas com o resto do corpo se o paciente for de ambulatório.

2.3 — Evitar a desnecessária ou excessiva fixação das articulações.

2.4 — Manter a função das partes não afetadas.

2.5 — Estimular os músculos que o paciente não os pode mover.

3º) Mobilizar tão cedo quanto possível sem por em risco a consolidação da fratura.

3.1 — A mobilização precoce retarda a atrofia, previne a permanente formação da escara, preserva a amplitude do movimento articular, dispersa o edema, reduz o período doloroso, estimula a função dos músculos recíprocos e reduz a extensão e o período de incapacidade.

3.2 — Estabelecer a função através da terapia ocupacional adequada.

3.3 — As fraturas anatomicamente articulares muitas vezes curam melhor sem rígida fixação e perda da função.

4º) Aliviar a dor antes de realizar exercícios terapêuticos.

4.1 — Usar as várias formas de calor, massagem e estimulação elétrica para diminuir a dor e o espasmo muscular, a fim de tornar os exercícios mais facilmente toleráveis.

4.2 — Os pacientes não se empenham em atividades dolorosas e, usualmente, se ressentem delas.

4.3 — Raramente exceder alguma tolerância do paciente a dor.

5º) Proteger a debilidade física.

5.1 — Evitar atividades as quais os pacientes não possuam uma razoável chance de realizá-la.

5.2 — Aparelhar para ajudar músculos fracos e prevenir ou corrigir mal alinhamentos.

6º) Tratar os músculos fracos especificamente.

6.1 — A reeducação muscular seletiva e o exercício são um método provado para ganhar novamente força, coordenação, comprimento, reciprocidade e relaxação.

6.2 — Evitar fadiga muscular repetida.

7º) Tratar gentilmente as articulações.

7.1 — Evitar movimentos forçados. Encorajar e educar o paciente a iniciar movimentos ativos essenciais. Estiramento muscular é uma forma de extensão, não uma força de alavanca.

7.2 — Não colocar resistência contra articulações edemaciadas.

7.3 — Combinar completo repouso com curtos períodos de movimento das articulações dolorosas.

8º) Iniciar o apoio tão cedo quanto possível.

8.1 — Estar certo de que o apoio não excede a capacidade estrutural dos ossos, cápsulas e ligamentos.

8.2 — O apoio limitado é melhor obtido em água na piscina terapêutica. Também é conseguido na paralela e com o uso de muletas.

8.3 — Caminhar com muletas deve ser ensinado e supervisionado, pois não é uma habilidade automática.

9º) Existe um ponto final para cada caso.

9.1 — Não tratar para sempre.

9.2 — Reconhecer que muitas lesões resultam em dano irreversível aos tecidos e que limitações residuais são frequentemente inevitáveis.

9.3 — O tratamento deve parar quando todos os elementos funcionantes se aproximam de alta eficiência com relação a capacidade física disponível.

9.4 — Não atrasar a cirurgia pela persistência de um tratamento ineficiente se ela for indicada.

9.5 — O paciente deve estar ciente de seu estado quando receber alta. Deve lhe ser dito qual é a sua capacidade e quais as suas limitações. Dar instruções detalhadas numa terapia de manuten-

ção em casa. Não falhar em prosseguir com suas restantes necessidades de reabilitação quando suas exigências médicas tenham sido conseguidas.

10º) Não se deixar enganar pelos poderes milagrosos de cura de máquinas, manipulações e mágicas.

10.1 — Uma terapia efetiva deve ser dirigida ao restabelecimento da função voluntária.

10.2 — Uma função física eficiente uma vez perdida deve ser treinada para recuperá-la, assim como um atleta treina pela sua máxima eficiência. Isto é um processo gradual de imposição e somação de um progresso diário, lento, decidido e seguro.

CONCLUSÕES

1º) A reabilitação do paciente geriátrico traumatizado começa muito antes do seu traumatismo, já na sua profilaxia, em meio domiciliar, afastando de seu caminho tudo aquilo que possa propiciar desequilíbrio e queda.

2º) Uma cuidadosa avaliação clínica do paciente, assim como uma verificação de seu potencial de motivação e, ainda, um levantamento da situação de bem estar de seus familiares e dependentes deve preceder a instituição do seu programa de reabilitação.

3º) Embora suas limitações funcionais cárdio-respiratórias devam ser cuidadosamente verificadas, estes pacientes não devem ser "a priori" excluídos dos benefícios da reabilitação pois a experiência tem ensinado que eles iniciam e progridem lentamente, embora os resultados finais sejam muito encorajadores.

4º) Ignorar o desenvolvimento da reabilitação nos Hospitais Gerais é garantir a continuidade de agravamento de muitos pacientes cujas deficiências são mínimas, até que sejam tão sérias que os tornam totalmente dependentes.

A ignorância da existência do deficiente físico idoso é mais onerosa ao Hospital do que um precoce e agressivo programa de reabilitação que restaura o indivíduo ao seu mais alto grau possível de auto-suficiência física, social e econômica.

COROLÁRIO

Como fecho deste nosso pequeno trabalho, gostaríamos de deixar em todos vós uma frase contida na oração que se acha impressa em bronze no "hall" do Instituto de Medicina Física e Reabilitação, da cidade de Nova Iorque, de autor desconhecido, a qual, em sua primorosa simplicidade, diz bem do grande sentido médico e social da reabilitação:

"Pedi a Deus todas as coisas para gozar a vida e recebi a vida para gozar todas as coisas".

RESUMO

Inicia o autor afirmando que com o aumento médio de vida maior é o aumento de pacientes geriátricos candidatos a doenças traumáticas e conseqüentemente maior o número de candidatos a um programa de reabilitação.

Prossegue dizendo que a maioria dos traumatismos que incapacitam o paciente idoso são ocasionados por quedas que ocorrem em sua própria casa e que a sua verdadeira reabilitação já começa em seu domicílio mesmo prevenindo esses acidentes.

Ressalta a seguir o importante papel da cirurgia para diminuir o período de incapacidade temporária do paciente.

Sintetiza em dez princípios de reabilitação, faz suas conclusões e termina com um corolário que diz bem do sentido médico social da reabilitação.

BIBLIOGRAFIA

1. LICHT, Sidney — and contributors. — "Therapeutic Exercise". Elizabeth Licht Publisher. New Haven. Connecticut. 1958.
2. RUSK, Howard A. — "Rehabilitation Medicine" The C. V. Mosby Company. St. Louis. 1958.