

## Caso Clínico – Aula 6

### Fisioterapia para a melhora do Controle Postural

Paciente de 77 anos, casada, com grau de escolaridade de ensino superior completo. A profissão pregressa é médica (ginecologista) e relata que parou de exercer a profissão há 2 anos e atualmente realiza trabalho voluntário em ONGs.

Tem motorista para levá-la a todas as atividades. Nunca gostou de dirigir.

Sobre a moradia, a paciente mora com o marido, o qual é presente na vida da idosa e afetivo com ela. Tem 3 filhos, todos residentes em Ribeirão Preto. Todo dia recebe a visita de algum filho e almoçam todos juntos aos domingos.

Moradia: Casa de 2 andares, mas passa a maior parte do tempo no andar inferior. Relata que consegue subir a escada, mas fica muito cansada. Ao acordar, desce para o andar inferior e volta a subir apenas para dormir em seu quarto junto com o marido.

Como lazer, diz utilizar bastante o computador, tocar piano e violão.

A atividade física relatada foi de andar pela casa por 20 min todos os dias. Paciente anda em velocidade lenta, conseguindo conversar e cantar durante a caminhada. Geralmente, pára para beber água durante a caminhada.

A paciente nega tabagismo e relata ingestão de 2 latas de cerveja aos finais de semana. A alimentação da paciente segundo relata inclui a ingestão de proteínas, frutas, legumes e verduras. A paciente não soube precisar a quantidade de proteína que ingere por dia. Sobre o sono, a paciente relata que com a medicação, conseguir dormir de 5 a 7 horas por noite. A paciente nega perda auditiva e relata perda visual, necessitando de óculos para perto.

Comorbidades: hipotireoidismo, transtorno bipolar, insônia. Cirurgia há mais de 10 anos em ombro direito (fratura de úmero). Medicamentos: polifarmácia e medicamentos psicotrópicos em uso há mais de 3 meses: Carbolitium; Pamelor; Neuleptil; Lorazepam; Synthroid; Imosec (relata desarranjo intestinal há cerca de 20 dias).

Paciente relata fazer acompanhamento com psiquiatra. Agendou consulta com nutricionista e geriatra (familiares relatam que ela anda esquecida).

Relata uso da medicação correto, na hora certa e sem auxílio.

Dificuldades funcionais: sair do carro (sensação de perda do equilíbrio e fraqueza nas pernas). Relata não precisar prestar atenção nos movimentos das pernas durante atividades diárias. Nega dificuldades para movimentar-se na cama, para deitar, sentar e levantar, para subir e descer escada, para usar o banheiro, para andar dentro de casa, para andar na rua, para higiene pessoal, para pegar algo no chão. Nega qualquer quadro doloroso.

Equilíbrio: acredita não apresentar problemas de equilíbrio, porém, relata medo de cair. O medo de quedas está presente desde que fraturou o úmero ao escorregar em um piso molhado no quintal de sua casa. Nega tontura, mas dependendo do movimento cervical tem sensação de flutuação e cabeça pesada. Nega quase quedas.

Considera a sua saúde geral regular.

Quedas: relata 2 episódios há cerca de 1 semana:

- 1º queda: tropeçou enquanto andava, caiu para frente, precisou de ajuda para levantar-se, sem lesões. A funcionária ajudou a paciente a se levantar.
- 2º queda: estava sentada e ao tentar puxar a mesa, caiu para trás com a cadeira, precisou de ajuda para levantar-se, sem lesões.

**Queixa principal:** não apresenta. Diz estar tudo bem. Ao ser questionada o que ela gostaria de fazer que não está fazendo, responde que gostaria de voltar a viajar sozinha com o marido de carro e fazer paradas para apreciar a paisagem. Seu marido também não dirige mais, pois apresenta sequela leve de AVE. Relata também que gostaria de dormir bem, pois está sempre cansada e indisposta.

**Cognição:** 10-CS = 8 pontos.

**Escala de Depressão Geriátrica:** 13 pontos

**IVCF-20 = 10 pontos**

### **Exame físico**

PA: 140x70mmHg

Altura: 1,60m

Massa corporal: 55,3 kg

IMC: 21,60 kg/m<sup>2</sup>

**Postura em ortostatismo:** inclinação de tronco acentuada à esquerda, com rotação. Pelve retrovertida, acompanhada de joelhos em leve flexão.

### **Equilíbrio semi-estático:**

Teste de integração sensorial modificado

- Solo estável olhos abertos e fechados: 30 segundos, estável
- Solo instável olhos abertos: 23 segundos e fechados: 14,58 segundos, com maior oscilação anteroposterior

Tandem: não adota

Unipodal: incapaz.

**Marcha:** pouca flexão e extensão de quadril, ocasionando passos arrastados esporadicamente. Sem contato do calcanhar e sem propulsão. Sem uso de dispositivos auxiliares.

- Velocidade da marcha reduzida: 0,69 m/s
- Velocidade da marcha com tarefa cognitiva: 0,54 m/s; conseguiu falar no máximo 6 animais no percurso
- Velocidade máxima da marcha: 0,84 m/s
- Marcha com aceleração e desaceleração: muita dificuldade em acelerar
- Marcha com rotação cervical: desvia levemente da linha média, e relata sensação de cabeça pesada e flutuação ao rodar a cervical
- Marcha com giro: não perde o equilíbrio, porém, giro lento, com 3 passos

**TUG:** 17,10 s . Sem perda de equilíbrio nas transferências, mas com lentidão de movimento no giro.

**Levantar e sentar:** dificuldade em estender completamente o corpo ao levantar-se, permanecendo com leve flexo de joelhos e quadris. Para sentar-se, realiza rotação do tronco. Ao solicitar que se sentasse de forma alinhada, relata medo de cair e realiza o movimento com valgo de joelho, sugerindo fraqueza de quadríceps.

- Levantar e sentar sem apoio 5 vezes: 21,57 s, sem extensão completa ao levantar-se

**Teste de levantar e sentar 30 segundos** = 7 repetições (referência usada para normalidade > 10 repetições)

**Teste de levantar e sentar 1 minuto** = 12 repetições (referência usada para normalidade = 17,9 repetições).

**Ajustes antecipatórios:** realiza alcances em diferentes direções em posição ortostática, sem perda de equilíbrio quando o movimento é realizado de forma lenta e sem carga adicional. Quando o teste é realizado com aumento da velocidade, fazendo preensão de bola com carga, idosa perde o equilíbrio para trás.

**Tocar degrau alternadamente 8 vezes:** 14,97 s. Apresenta dificuldade em trocar a descarga de peso de um membro inferior para o outro e ficar, logo na sequência, em apoio unipodal. Ao solicitar que realizasse o teste o mais rápido possível, apresenta tropeços, não apresentando tríplex flexão ideal.

**Estratégia reativa:** inadequadas para todas as direções. ADM reduzida,  $\geq 2$  passos e velocidade lenta. Não consegue recuperar o equilíbrio em todas as tentativas do teste.

**Teste do degrau anterior:** altura máxima 17 cm. Controle excêntrico deficitário.

**Teste do degrau lateral:** altura máxima 12 cm, com realização de rotação externa de quadril.

**Passos rápidos** (apresentou instabilidade, lentidão de movimento e passos mais curtos que o estipulado):

MIE: 26,80 segundos

MID: 28 segundos

**Coordenação motora:** index-nariz com erros à direita. Teste realizado por 20 segundos: movimento lentificado (< que 19 repetições bilateralmente). Apesar de apresentar o movimento de oposição do polegar, tem dificuldade e lentidão para realizar pinça polpa-polpa com todos os dedos. Diadococinesia: com lentidão.

**Sensibilidade cutânea plantar:** adequada para monofilamento de 10gr

**ADM:** funcional de MMII e MMSS (avaliada por meio de movimento passivo), com leve restrição da elevação do membro superior direito (fratura/cirurgia?).

**Teste do tripé:** positivo (encurtamento dos músculos posteriores da coxa)

**Força de preensão palmar:** D = 14kgf / E = 15 kgf

**Força muscular de MMII:** reduzida globalmente: testado grandes grupos de MMSS e MMI.

|                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| Abdutores de Quadril  | E = 3 kg / D = 3 kg |
| Flexores de Quadril   | E = 5 kg / D = 4kg  |
| Extensores de Quadril | E = 3 kg / D = 3 kg |
| Flexores de Joelho    | E = 4 kg / D = 3 kg |

|                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| Extensores de Joelho | E = 7 kg / D = 6 kg |
| Flexão plantar (0-5) | E = 4 / D= 4        |
| Dorsiflexão (0-5)    | E = 4 / D= 4        |

## Questões

- Com base no Caso Clínico apresentado, trace os objetivos fisioterapêuticos para essa paciente. Se necessário, trace os objetivos a curto, médio e longo prazo.
- Trace o plano de tratamento de acordo com os objetivos propostos (utilize o modelo “Plano de Tratamento” para auxiliar na elaboração das respostas do Caso Clínico).