

Ben-Pazi H, Beni-Adani L, Lamdan R. Accelerating Telemedicine for Cerebral Palsy During the COVID-19 Pandemic and Beyond. *Front Neurol*. 2020;11:746. Doi: [10.3389/fneur.2020.00746](https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00746)

Dias BL, Fernandes AR, Maia Filho HS. Sialorrhea in children with cerebral palsy. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(6):549-558. Doi: [10.1016/j.jped.2016.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.03.006)

Park EY, Kim WH. Prevalence of secondary impairments of adults with cerebral palsy according to gross motor function classification system. *J Phys Ther Sci*. 2017;29(2):266-269. Doi: [10.1589/jpts.29.266](https://doi.org/10.1589/jpts.29.266)

Avaliação de ganho funcional após reabilitação intensiva na Santa Casa de São Paulo

Caio Henrique Gasparotto Nogueira¹, Eduardo Hideyuki Akamine¹, Lucas Eiti Nishizawa¹

¹*Irmadade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

Palavras-chave: Reabilitação, Medicina Física e Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral

INTRODUÇÃO

O processo de reabilitação segue um plano terapêutico que envolve a identificação das necessidades individuais, a relação entre os transtornos e suas consequências, e o estabelecimento de metas, com planejamento, implementação e avaliação de resultados. A reabilitação intensiva (RI) consiste na execução desse plano com o paciente internado em um centro especializado por um período definido. Não há consenso sobre o perfil ideal do paciente para a RI, mas fatores como idade, tempo de incapacidade, comorbidades, motivação e suporte social são considerados. A RI é especialmente indicada para pacientes com grandes incapacidades agudas, como vítimas de politrauma e acidente vascular encefálico.

Embora haja evidências de uma relação entre a intensidade das terapias e a recuperação funcional, não há uma padronização da carga horária, o tempo de internação varia de acordo com o status funcional e outros fatores individuais. No Brasil, a escassez de centros de reabilitação e a demanda aumentada geralmente resultam em atrasos no início da reabilitação intensiva, que via de regra, prolonga o intervalo entre instalação da incapacidade e início da reabilitação intensiva no Brasil. Quando consideramos a realidade do serviço público no país, esse fornecimento é ainda mais restrito e demorado.

Nesse contexto, o Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo a partir de 2019, com mudanças de gestão hospitalar, realizava a execução dessas internações por períodos de 5 dias.

OBJETIVO

Mensurar o ganho de funcionalidade após reabilitação intensiva de curta duração no Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e avaliar seu o perfil clínico e epidemiológico, no período de 01/04/2019 até 01/04/2020.

MÉTODO

Eleitos indivíduos com até 70 anos segundo critérios: portar grande incapacidade; instalação aguda ou, então, tardia com agudização recente da incapacidade; comorbidades com manejo clínico adequado; histórico de boa aderência terapêutica; suporte social mínimo e meta objetiva a curto prazo. Indivíduos com hemiplegia, paraplegia, tetraplegia e amputação de membros inferiores resultando em dependência total ou parcial em atividades da vida diária foram classificados como portadores de grande incapacidade. Aqueles com tempo de incapacidade ≤ 2 anos foram interpretados como déficit funcional recente.

Por fim, as metas objetivas a curto prazo foram estabelecidas em discussão de equipe multidisciplinar e definidas previamente à internação. Após essa seleção, apenas um indivíduo foi submetido à internação por semana, com duração de até 5 dias e participando de 2 sessões de fisioterapia e terapia ocupacional ao dia. Houve suporte da fonoaudiologia, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social e outras especialidades médicas para pacientes com indicação. Conforme estabelecido em reunião multidisciplinar, o Índice de Barthel (IB) foi coletado pela equipe de fisioterapia em dois momentos para todos os pacientes: o IB inicial foi coletado no dia da admissão e o IB final no dia da alta ou no primeiro retorno ambulatorial.

Ao estipularmos a mensuração do ganho funcional pela variação do IB, optou-se por incluir ao estudo apenas aqueles que apresentavam ambos os índices, sendo apurados 24 participantes.

A caracterização dos participantes revelou que 41,67% (10) eram do sexo feminino e 58,33% (14) do masculino. Em relação ao estado civil, 41,67% (10) eram casados e 58,33% (14) solteiros. No quesito estado laboral, 95,83% (23) estavam inativos e apenas 4,17% (1) ativo. Quanto à presença de OPME/DAM, 75,00% (18) dos participantes apresentavam essa característica, enquanto 25,00% (6) não. Em relação à presença de cuidador, 79,17% (19) não tinham cuidador e 20,83% (5) tinham. A média da idade é 41,29 anos, a média de tempo de incapacidade é 17,25 meses.

Quanto ao perfil clínico, os indivíduos avaliados foram discriminados em três diagnósticos sindrômicos: hemiplegias, tetraplegias e paraplegias (12, 7 e 5 pacientes, respectivamente), sendo categorizados de acordo com o diagnóstico topográfico e etiológico.

A análise dos participantes revelou que 50% apresentavam hemiplegia, 20,83% paraplegia e 29,17% tetraplegia. Entre os casos de hemiplegia, a causa mais comum foi a lesão encefálica (50%), por AVE isquêmica (7), AVE hemorrágica (3), neoplasia (1) e trauma (1). Já na paraplegia, a causa mais frequente foi lesão medular traumática (5). Na tetraplegia, lesão encefálica correspondeu por 1 paciente, lesão medular foram 5 pacientes, lesão nervosa periférica 1 paciente e autoimune 1 paciente.

RESULTADOS

Prosseguindo com a análise estatística da amostra, realizado o Teste de Wilcoxon Signed-Rank, obtendo-se significância estatística com $p=0,019$ ($p\leq 0,05$) ao comparar o IB final e inicial.

Como apresentado (Figura 1), o IB inicial com mínimo de 25 pontos, máximo de 100, primeiro quartil de 63,75, terceiro quartil de 91,25 e amplitude de 75. Variando o IB final com mínimo de

20 pontos, máximo de 100, primeiro quartil de 67,5, terceiro quartil de 96,26 e amplitude de 80. Infere-se a variação: mediana +5 pontos; mínimo -5; amplitude interquartil +5; terceiro quartil +5,01 e do primeiro quartil em +3,75.

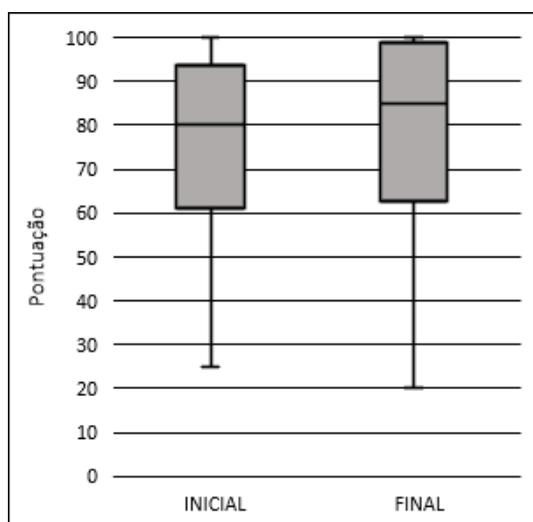


Figura 1. Índice de Barthel inicial e final

Ao avaliar os dados (Tabela 1), nota-se que os itens do IB com melhor evolução da média foram a capacidade de subir e descer escadas (de 5,42 para 6,88, com variação de 1,46 pontos); a capacidade de marcha (de 9,58 para 10,63, com variação de 1,05 pontos) e a capacidade de higiene pessoal (de 3,33 para 4,38, com variação de 1,05 pontos).

Tabela 1. Médias do Índice de Barthel

Itens discriminados	Iniciais	Finais	Variação
Alimentação	7,29	7,08	-0,21
Banho	2,50	2,92	0,42
Vestir-se	7,29	7,50	0,21
Higiene pessoal	3,33	4,38	1,05
Evacuação	8,54	8,33	-0,21
Micção	8,13	8,33	0,20
Uso do vaso sanitário	7,92	7,71	-0,21
Transferência: cama cadeira	13,33	13,13	-0,20
Deambulação	9,58	10,63	1,05
Degraus	5,42	6,88	1,46
Total	73,33	77,50	4,17

Destaca-se que 8 pacientes apresentaram variações de classificação funcional pelo IB. Desses, apenas 1 indivíduo apresentou piora, envolvendo de dependência grave para dependência total, e os outros 7 apresentaram melhora na classificação, sendo que 2 evoluíram de dependência moderada para leve, 4 de dependência leve para independência e 1 de dependência moderada para independência. Os outros 16 pacientes mantiveram sua funcionalidade prévia.

DISCUSSÃO

Frente ao cenário de grande demanda de reabilitação, associada à escassez de recursos no Brasil, o Serviço de Reabilitação do HC-SCMSP realizou internações eletivas para RI com características singulares. Foram captados pacientes que já estavam em acompanhamento ambulatorial, com tolerância de tempo de incapacidade de até 24 meses, em contraste com a RI tradicional que capta pacientes com pequeno tempo de déficit, próximo a 30 dias, e logo após a alta hospitalar. Outros pontos de diferença são: o tempo de internação de 5 dias que difere da média habitual de 30 a 180 dias, e a ferramenta de mensuração funcional utilizada, IB, que difere da medida de independência funcional (MIF), mais empregada atualmente.

A análise dos resultados, com aumentos da mediana, do primeiro e do terceiro quartil, o progresso de 7 pacientes na estratificação funcional do IB e a localização de todo intervalo interquartil acima de zero (indicando que entre 50 e 75% dos pacientes apresentaram aumento da pontuação após RI), permitem inferir que houve melhora estatisticamente significativa do IB ($p \leq 0,05$). Entretanto, apenas 2 indivíduos apresentaram evolução com diferença mínima clinicamente importante (DMCI), considerando-se a variação de 20 pontos no IB.

Muitos fatores podem ser responsáveis pela ausência da significância clínica, sendo os principais: a grande variabilidade clínica dentro do mesmo grupo; o momento da internação; as intercorrências e a ferramenta de análise utilizada.

A variabilidade clínica da amostra dificulta a mensuração de variações funcionais, uma vez que a diversidade de diagnósticos etiológicos determina incapacidades distintas, cada uma com suas peculiaridades, alterando a sensibilidade e responsividade da ferramenta de mensuração utilizada. Como exemplo, o IB tem menor sensibilidade a mudanças no manejo do grau de dependência da micção e da evacuação em paciente com LM ao focar excessivamente na incontinência, assim como negligencia a comunicação e a cognição social, que são bastante relevantes em pacientes com lesões encefálicas.

CONCLUSÃO

Houve melhora estatisticamente significativa na comparação do Índice de Barthel inicial e final dos pacientes submetidos a reabilitação intensiva de curta duração

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. World report on disability. Geneva: WHO; 2011.
- Neri MT, Kroll T. Understanding the consequences of access barriers to health care: experiences of adults with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2003;25(2):85-96.
- Lianza S. Medicina de Reabilitação. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.
- Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther.* 2002;82(11):1098-107.