

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UM INDIVÍDUO ADULTO PORTADOR DE MIELOMENINGOCELE: UM RELATO DE CASO

JANAÍNA PINTO ACOSTA¹; LAÍS TEIXEIRA ZURCHIMITTEN²; ELISA LETTNIN KAMINSKY³; LISIANE PIAZZA LUZA⁴

FERNANDO CARLOS VINHOLES SIQUEIRA⁵.

¹Universidade Federal de Pelotas – 25.janaina.acosta@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – laiszurchimitten@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – elisakaminski@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal de Pelotas - lisiane_piazza@yahoo.com.br

⁵Universidade Federal de Pelotas – fcvsiqueira@ufpel.edu.br

1. INTRODUÇÃO

A mielomeningocele (MMC), é uma malformação congênita causada pela falha no fechamento do tubo neural durante a fase embrionária. Essa condição resulta na exposição da medula espinhal ao ambiente intrauterino, o que pode provocar danos progressivos devido a fatores químicos e mecânicos. (ORIA et al. 2018) Apesar dos avanços na compreensão da patologia, sua etiologia ainda não é totalmente conhecida, sendo atribuída tanto a fatores genéticos quanto ambientais. Entre estes, destaca-se a deficiência materna de ácido fólico durante a gestação, embora os mecanismos exatos que ligam essa carência à falha no fechamento do tubo neural ainda não sejam completamente compreendidos. (SPERS, 2011).

As manifestações clínicas da MMC variam conforme o nível da lesão, sendo mais comuns os déficits motores e sensoriais nos membros inferiores, especialmente na região lombossacral. Além disso, crianças e adultos com essa condição podem apresentar dificuldades cognitivas, alterações na linguagem, baixo rendimento escolar, disfunções urinárias e intestinais, além de hidrocefalia, que acomete cerca de 80% dos casos. Tais limitações impactam diretamente o desenvolvimento global do paciente, prejudicando a mobilidade, a autonomia e o processo de interação com o ambiente, essencial para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial na infância. (SPERS, 2011).

Dante desse quadro, a fisioterapia surge como uma ferramenta fundamental na reabilitação de indivíduos com mielomeningocele. O fisioterapeuta atua na minimização dos déficits secundários, promovendo melhorias na mobilidade, no controle postural, na prevenção de encurtamentos musculares, nas dores, disfunções neurogênicas e nas dificuldades de locomoção. Além disso, o tratamento fisioterapêutico contribui para a adaptação e uso adequado de dispositivos auxiliares de marcha, ampliando a independência funcional do paciente. (TUDELLA, 2011).

Nesse contexto, o presente estudo tem como objetivo relatar as experiências adquiridas e o plano de tratamento elaborado para o atendimento fisioterapêutico de uma paciente com mielomeningocele. A escolha do tema se justifica pela importância da atuação fisioterapêutica no enfrentamento das limitações impostas pela patologia, favorecendo o desenvolvimento funcional e psicossocial e melhorando a qualidade de vida do paciente em suas atividades de vida diária.

2. ATIVIDADES REALIZADAS

Foi realizado um estudo descritivo, tanto quantitativo como qualitativo, do tipo relato de caso, nas dependências da Instituição Associação de Pais e Amigos de Jovens e Adultos com Deficiência (APAJAD), durante as atividades práticas da disciplina de Introdução à Prática Clínica na área da fisioterapia neurofuncional do curso de Fisioterapia, entre os meses de novembro de 2024 a fevereiro de 2025. O relato refere-se a paciente L.X.F, de 21 anos, durante seu tratamento fisioterapêutico para mielomeningocele.

A coleta de dados foi realizada através de uma ficha de avaliação fisioterapêutica inicial, elaborada pelos autores que continha a identificação do paciente, dados pessoais, anamnese, classificação das posturas realizadas, avaliação de sensibilidade e alguns outros tópicos do exame físico.

Dentre as variáveis avaliadas a dor foi mensurada através da Escala Visual Analógica (EVA). Esta é uma medida composta por uma escala de 0 a 10, onde “0” significa sem dor; e “10”, a pior dor possível. A intensidade da dor é quantificada pelo paciente ao marcar o local que melhor corresponde à percepção da sua dor. Em membros inferiores, levando em consideração os déficits da paciente, a amplitude de movimento foi verificada através da goniometria, que se mostra especialmente útil para mensurar e registrar deformidades por fraturas ou articulares e apresenta um nível satisfatório de confiabilidade. (MAGEE, 2023)

A força muscular também foi avaliada através das manobras deficitárias, as quais consistem na adoção de uma postura e em sua manutenção por dois minutos. Tais manobras podem evidenciar déficit motor sutil, afetando a velocidade e destreza dos movimentos, em especial dos segmentos distais. Déficits motores verdadeiros e graves são mostrados pela incapacidade de adotar a postura indicada. (JR, 2016).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para atingir as metas estabelecidas no início do tratamento, foram realizadas intervenções durante o segundo e o terceiro encontro, como alongamento passivo e mobilização articular dos isquiotibiais, flexores e extensores do quadril, plantiflexores, dorsiflexores e dissociação de cinturas. Foi realizado o fortalecimento dos membros inferiores com o uso de resistência externa, com progressão no número de séries na terceira sessão.

Essas técnicas tiveram como objetivo aumentar a amplitude de movimento e a flexibilidade. Portanto, através da inspeção visual, palpação e pelo feedback dado pela paciente foi possível verificar que não houve nenhum tipo de aumento na restrição de amplitude de movimento, diminuição de força durante as intervenções e que houve melhora nas suas atividades de vida diária (AVD's) em relação às formas de transferência.

Em relação às limitações de amplitude de movimento, o resultado visualmente obtido e através do feedback da paciente pode ser explicado devido aos exercícios de alongamento realizados para aumentar o arco de movimento e consequentemente aumentar sua mobilidade. A realização dos alongamentos em casos como o do presente trabalho é fortemente indicado, tanto de forma ativa quanto passiva, isso por acreditar-se que há uma forte relação entre os músculos e seus antagonistas que afete a flexibilidade muscular. (HOUGLUM, 2015).

Sobre o uso da mobilização articular no tratamento, é aplicável pelo fato de que segundo KISNER et al. (2017), a mobilização articular promove uma

"descompressão" das articulações, facilitando a lubrificação interna e a melhoria na movimentação dos componentes articulares. Essa ação mecânica pode melhorar o ADM ao restaurar o espaço articular e reduzir a aderência de estruturas internas, como cartilagens e ligamentos.

Realizou-se também o fortalecimento das estruturas do membro inferior, pois apesar da paciente não ter a perspectiva da deambulação e uma força muscular significativa em virtude da lesão, o fortalecimento pode auxiliar no combate às úlceras de pressão pelo fato de que a baixa força muscular e o comprometimento da sensibilidade predispõem a lesões no tecido, consequentemente o fortalecimento pode auxiliar na redistribuição de peso e na capacidade do paciente de interromper a pressão constante em determinado local. (O'SULLIVAN, 2019) Além disso, o fortalecimento é capaz de auxiliar na redução das consistências musculares e melhorar a mobilidade articular, facilitando a movimentação por meio de uma maior complacência do tecido conjuntivo. (NEUMANN, 2020).

Em relação as AVD's, através do relato da paciente foi possível saber que as estratégias comentadas antes do recesso foram úteis na prevenção das úlceras de pressão, esse fato apenas reforça a ideia de que a educação em saúde é de extrema importância em casos onde a patologia traz consequências que afetam diretamente a rotina da paciente.

Durante o período das intervenções, não foi possível alcançar um resultado totalmente satisfatório com a paciente, pois na primeira sessão foi realizada anamnese e exame físico, restando assim 2 encontros para aplicarmos a intervenção fisioterapêutica. Além disso, durante os atendimentos, no dia 18 de dezembro não foi possível realizar o atendimento e houve um recesso do dia 20 de dezembro ao 27 de janeiro. Em virtude do curto espaço de tempo também não foi possível realizar uma reavaliação completa.

Por fim, para que qualquer tipo de intervenção fisioterapêutica traga benefícios e ganhos duradouros para o paciente é necessário que haja frequência e um número robusto de sessões fisioterapêuticas. Portanto, a questão de ter sido possível realizar apenas 3 intervenções foi o maior limitador deste estudo, sugere-se a realização de novos estudos com maior tempo de duração a fim de se aprofundar nos tópicos pautados no presente trabalho e trazer novos pontos de vista para um assunto que se mostrou escasso na literatura.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HOUGLUM, P.A. Exercícios Terapêuticos para Lesões Musculoesqueléticas. Barueri: Manole, 2015.

JR., C.R.M.; JR., M.C.F.; MARTINEZ, A.R.M.; e outros. Semiologia Neurológica. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2016.

KISNER, C.; COLBY, L. A.; BORSTAD, J. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. Barueri: Manole, 2021.

MAGEE, D; MANSKE, R. Avaliação musculoesquelética. Barueri: Editora Manole.

NEUMANN, D. A. **Cinesiologia do aparelho musculoesquelético**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

ORIA, M. et al. CD200-CD200R imbalance correlates with microglia and pro-inflammatory activation in rat spinal cords exposed to amniotic fluid in retinoic acid-induced spina bifida. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, 2018.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J.; FULK, G. D. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. Barueri: Manole, 2018.

SPERS, V.R.E; GARBELLINI, D; PENACHIM, E.A.S. **Mielomeningocele: o dia a dia, a visão dos especialistas e o que devemos esperar do futuro** . Piracicaba: Unigráfica, 2011.

TUDELLA, E; FORMIGA, C.K.M.R. **Fisioterapia neuropediátrica: abordagem biopsicossocial**. Barueri: Manole, 2021.