



## TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO ACIDENTE VASCULAR CEREBELAR

Maria Júlia de Marchi Teixeira<sup>1</sup>, Wellen Thallia Duarte Sousa<sup>1</sup> Marco Taneda<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de FISIOTERAPIA - AJES.

<sup>2</sup> Docente do curso de Fisioterapia – AJES. E-mail para contato: marcotaneda@gmail.com

### Introdução:

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), desde a década de 1970, as doenças cerebrovasculares vêm sendo a primeira causa de morte no mundo. Devido algumas mudanças no estilo de vida da população, o acidente vascular encefálico (AVE) torna-se cada vez mais comum. Possui um grande número de idosos acometidos, observa-se também o aumento da incidência entre os jovens, tornando-se um sério problema de saúde pública.

As doenças cardiovasculares (DCV) apresentam características específicas na realidade brasileira, por se tratar de doenças mais causadas no país, onde apresenta incidência e mortalidade altíssimas. Entre 1960 e 1970, os dados de mortalidade cerebrovascular na cidade de São Paulo estavam dentre os mais altos entre cidades e países ocidentais. Já no início dos anos 1980, pode ser observada, pela primeira vez, uma grande redução das taxas de mortalidade cerebrovascular, tanto na cidade quanto no estado de São Paulo. Essa redução foi observada em todo o país. As regiões mais pobres, com maiores taxas de mortalidade, apresentaram maior redução apesar dessa taxa ainda permanecer muito alta. Na cidade de São Paulo, entre os anos 1996 e 2011, o declínio das taxas de mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC) foi muito mais significativo em relação aos outros anos.

O AVC é classificado com déficit neurológico focal, e tendo uma rápida evolução com duração de 24 horas ou menos, mas que pode levar a morte do paciente. O AVC ocupa a terceira posição do que mais causa morte no mundo. Os sinais que um paciente terá será o início de um déficit neurológico focal ou alteração do nível de consciência.

O AVC tem duas formas de ser caracterizado que é o AVCi (acidente vascular cerebral isquêmico) e AVCh (acidente vascular cerebral hemorrágico). O AVCi ocorre por oclusão completa de uma artéria o que impede que parte do cérebro não tenha nutrientes essenciais. Essa oclusão pode ser por presença de coágulos que se desenvolvem dentro da artéria. O AVCh ocorre quando há ruptura de um vaso sanguíneo que conseqüentemente terá uma hemorragia subaracnóidea ou hemorragia parenquimatosa. A maior causa da ruptura subaracnóidea é o aneurisma.



O AVE é uma doença que pode levar a pessoa a óbito, sendo necessária a intervenção imediata e rápido reconhecimento de seu acometimento. Nos últimos anos, o número de pessoas vítimas de AVE vem aumentando cada vez mais. No Brasil, no período de 2008 a 2011, ocorreram 424.859 internações de idosos, por AVE, com taxa de mortalidade de 18,32. As doenças cardiovasculares, nas quais se inclui o AVE, vem sendo uma das causas mais relevantes em toda a Europa. O AVE é a segunda principal causa de morte e de incapacidade e vem deixando inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo, principalmente nas atividades da vida diária.

Doenças vasculares que acometem o território posterior da circulação encefálica têm sido menos estudadas do que as que envolvem o território anterior (carotídeo). Elas estão relacionadas a piores prognósticos.

O cerebelo é o mais alto e mais importante centro de integração para a coordenação e ajuste fino da execução de movimentos, situando-se abaixo do lobo occipital do cérebro e posteriormente a ponte e ao bulbo assim formando o teto do quarto ventrículo. O cerebelo conecta-se ao tronco cerebral através de pedúnculos cerebelares. A estrutura da superfície do cerebelo apresenta sulcos que, semelhantemente ao que ocorre com o mesencéfalo, servem para aumentar sua superfície dividindo o córtex em muitas circunvoluções. Pode se ver também uma divisão de dois hemisférios entre os quais se situam o vérmis. No vérmis cerebelar, encontramos bilateralmente um par de estruturas denominado flocculo e ligada na porção inferior do vérmis há uma estrutura pedunculada denominada nódulo, e junto com essas estruturas se forma o lobo flocculo nodular.

Funcionalmente, podemos dividir o cerebelo em três partes: vestibulocerebelo, espinocerebelo e pontocerebelo. O vestibulocerebelo é chamado assim por possuir uma ligação funcional pequena com o aparelho vestibular, recebendo as aferências dos núcleos vestibulares e informações sobre a posição do corpo e sua locomoção. O espinocerebelo recebe grande parte das suas eferências da medula e constantemente recebe informações das extremidades e do tronco. O pontocerebelo é responsável pela coordenação, ajuste fino e evolução normal de movimentos intencionais voluntários, recebendo ligações aferentes da ponte e também da oliva que fornece ao cerebelo informações sobre os seus próprios impulsos eferentes.

Recentemente, com a melhora das técnicas de imagens neurovasculares para ter um diagnóstico precoce e para ter melhores atendimentos hospitalares, os hematomas e os infartos cerebelares têm recebido uma abordagem mais intensa. Somente 10% das hemorragias intracranianas não traumáticas são representadas pelos hematomas cerebelares. Os hematomas e os infartos cerebelares, apesar da fisiopatologia ser bem distinta uma da outra, elas se comportam com os mesmos sintomas e têm o manuseio clínico-cirúrgico semelhante.

São descritas três fases do AVC cerebelar: a fase inicial; o paciente apresenta sintomas como tonturas, náuseas, vômitos, ataxia de marcha, cefaleia e desequilíbrio, sendo mais observado nas hemorragias cerebelares. Nessa fase os pacientes estão com o nível de consciência preservado. A fase



intermediária apresenta sintomas de hipertensão intracraniana, como paralisia de VI nervo, liberação piramidal ou papiledema. Nessa fase, pode se ver o rebaixamento do nível de consciência do paciente. A terceira e última fase é o coma em si, demonstra compressões intensas das estruturas do tronco cerebral pelo efeito de massa da lesão, e aparecimento de alterações cardiovasculares.

O diagnóstico deve ser rápido porque é possível que um paciente possa evoluir para a fase seguinte e atuar o quanto antes para evitar sequelas que sejam irreversíveis. O paciente pode evoluir muito rápido através dessas fases ou ficar somente na primeira fase, dependendo do quadro clínico.

Desta maneira, torna-se essencial a necessidade de aprofundamento sobre os acidentes vasculares cerebelares para melhor esclarecimento da evolução do paciente e uma intervenção fisioterapêutica eficaz.

Os objetivos do presente projeto de pesquisa de revisão são: 1) aprofundar os conhecimentos sobre os acidentes vasculares cerebelares e 2) relatar as intervenções fisioterapêuticas aplicadas na reabilitação do paciente acometido por acidente vascular cerebelar listadas na literatura.

**Metodologia:** Este trabalho será realizado com estudos descritivos e com revisão da literatura a partir da produção científica desenvolvida nos últimos dez anos. A pesquisa bibliográfica será realizada no segundo semestre de 2017 na base de dados SciELO, LILACS e google academics e capítulos de livros-texto. As palavras chaves serão: acidente vascular cerebelar, infarto cerebelar e fisioterapia neurológica.

**Resultados Esperados:** Espera-se aprofundar o conhecimento sobre os acidentes vasculares cerebelares, bem como a sua incidência, principais sequelas e técnicas fisioterapêuticas mais apropriadas e inovadoras na reabilitação do paciente.

**Impactos:** O presente projeto detalhará os acidentes vasculares cerebelares, bem como a sua incidência, sequelas e técnicas fisioterapêuticas mais apropriadas na reabilitação do paciente, possibilitando que o fisioterapeuta atue de forma mais consciente, segura e atualizada na reabilitação.

#### **Referências bibliográficas:**

Azevedo. E. G; Enfermagem em unidade de terapia intensiva, 2ªedi. AB Editora, Goiania, 2009

Faria. A. C. A; Martins. M. M. F. P. S; Schoeller. S. D; Matos. L. O. Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. Rev Bras Enferm. 2017 mai-jun;

Guyton . C. A; Hall. J. E. Tratado de Fisiologia Médica (\*), 12ª ed., Ed. Elsevier, Rio de Janeiro



## II SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA

ISSN 2525-9946

Juína – MT 2017



Lotufo. P. A; Goulart. A. C; Passos. V. M. A; Satake. F. M; Souza. M. F. M; França. E. B; Ribeiro. A. L. P; Bensenõr. I. J. M. Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015. Rev Bras Epidemiol MAIO 2017;

Silva. M. A. A; Fukujima. M. M; Hematomas e Infartos Cerebelares: Diagnóstico e Conduta. Rev. Neurociências 8(1): 15-18, 2000

Trepel. M. Neuroanatomia: Estrutura e função, 2º ed., Ed. Livraria e editora Revinter, 2005