

Fisioterapia Motora na Esclerose Lateral Amiotrófica

Thiago Mendes Tavares CREFITO 11-138894-F

Especialista em fisioterapia neurológica cardiopulmonar. Responsável pelas áreas

neurológica e cardiopulmonar CEAFI REABILITAÇÃO

Professor do módulo prático de Fisioterapia Respiratória do CEAFI

Aperfeiçoamento em ventilação mecânica

Membro do Conselho Deliberativo da Associação Pró-Cura da ELA

E-mail: thiago.tavares@instutomovimento.net



Para o tratamento de qualquer patologia, os preditores de sucesso iniciam-se na avaliação. Na Esclerose Lateral Amiotrófica não poderia ser diferente, em vista da complexidade da mesma. Ao lidar com uma doença neurodegenerativa grave, devemos considerar sua constante evolução e suas respectivas particularidades e peculiaridades. Sendo assim, o paciente com ELA está em constante avaliação, para readaptação e readequação de conduta. A conduta se adapta ao paciente e não o contrário. Podemos e devemos avaliar as queixas principais do paciente, levando em consideração o quadro funcional, exame físico, avaliação de marcha, avaliação postural, quadro algico e principalmente a **fadiga**. Para uma avaliação mais fidedigna do quadro funcional pode ser usada a escala ALSFRS, que irá quantificar clinicamente as perdas motoras, nos norteando em relação ao tratamento mais adequado para cada momento da doença.

Uma dúvida frequente em relação aos exercícios na ELA encontra-se em “como e quando se exercitar”. Quando se exercitar? Se o paciente estiver clinicamente estável, o mesmo pode se exercitar praticamente em todos os estágios da doença, variando apenas a forma como irá fazê-lo. Como se exercitar? Os exercícios dependerão da fase clínica da doença e das perdas motoras encontradas na avaliação funcional. Os mesmos serão readaptados ao longo da doença, de forma que não causem fadiga e/ou mais perdas funcionais ao paciente. É necessário encontrar o limiar de fadiga do paciente e traçar os exercícios mais corretos para cada segmento corporal. Os exercícios podem ser ativos e/ou ativo-assistidos (em algumas fases da doença, dependendo de como o paciente se encontra e de acordo com suas limitações e perdas funcionais, podem ser passivos).

Para melhor realização dos exercícios e para evitarmos fadiga e desconfortos respiratórios ou musculares, a ventilação não-invasiva (VNI) pode ser usada durante as sessões (estratégia de redução de gasto energético). Exercícios aeróbicos leves e intervalados e com cargas levemente moderadas podem retardar as perdas funcionais do paciente. Cargas elevadas podem gerar lesões e acelerar essas mesmas perdas. Pensando nesse mesmo limiar de fadiga e carga, contraindica-se qualquer tipo de corrente que possa “fortalecer” a musculatura, tais como FES ou corrente-russa.

Pensando em evitar comorbidades associadas ao imobilismo causado pela ELA, o paciente precisa de **DINÂMICA**. Se o mesmo não puder se mexer ou se exercitar de forma minimamente ativa, alguém deverá fazer por ele. Quais comorbidades o imobilismo pode causar? Podemos citar constipação intestinal com formação de fecalomas, edemas generalizados, atelectasias, dores musculares generalizadas, encurtamento muscular severo, deformidades articulares, trombose, compressões nervosas, etc. O exercício individualizado e monitorado, respeitando os limites e fadiga do paciente, pode prevenir e/ou retardar ao máximo tais quadros associados, proporcionando melhor qualidade de vida ao paciente. Devemos considerar ao máximo o trabalho multidisciplinar para o sucesso global do tratamento ao paciente com ELA.