



## **PROGRAMA DE POSICIONAMENTO DO PACIENTE NEUROLÓGICO**

*Dr. Adriano Daudt*  
*Fisioterapeuta*  
*Crefito5 19368F*

[www.reabilitacaoneurologica.com.br](http://www.reabilitacaoneurologica.com.br)

Tanto o ambiente hospitalar, quanto o domiciliar, apresentam uma série de dificuldades e resistências quanto ao posicionamento correto do paciente neurológico que se encontra ainda no leito, acamado.

É função obrigatória do fisioterapeuta encontrar alternativas e soluções para apresentar a familiares, técnicos e cuidadores que, diante da extrema necessidade de melhora do quadro do paciente, não devem descuidar.

Caso as resistências quanto ao posicionamento não sejam vencidas, é provável, a médio prazo, uma evolução com aumento da hipertonia espástica (espasticidade), encurtamentos e deformidades.

Nesta apresentação, mostro como posicionar corretamente o paciente neurológico, através de um Programa de Posicionamento que deve ser utilizado em casa ou no hospital. Todos os envolvidos devem ser orientados e incentivados a participar ativamente, dia e noite.

**hipotônico  
(flácido)**



**Geralmente em  
fase aguda**



**acometimento  
neurológico  
primário (AVC,  
traumatismo  
craniano, lesões  
do sistema  
nervoso  
periférico... )**

**Basicamente,  
existem dois  
tipos de  
paciente neurológico**

Mesmo em um acometimento neurológico primário (p. ex., trauma cranioencefálico), o paciente poderá apresentar-se, na fase aguda, com hipertonia. Assim como, na fase crônica, o paciente poderá estar ainda hipotônico (p. ex. Guillain Barré).

Na prática, geralmente, as lesões de primeiro neurônio (encéfalo) iniciam com hipotonia e evoluem para a hipertonia (espasticidade). Já as lesões totalmente periféricas são hipotônicas (flacidez).

**hipertônico  
(espástico,  
rígido)**



**Geralmente em  
fase crônica  
(sequela)**



**acometimento  
neurológico  
antigo, com ou  
sem piora  
respiratória,  
sequelas  
ortopédicas,  
recidiva  
neurológica**

**hipotônico  
(flácido)**



- evitar encurtamentos musculares;
- evitar limitações articulares;
- caso evolua para hipertonia espástica, evitar fortes padrões anormais que levam a encurtamentos e deformidades

**Objetivos básicos  
do Programa de  
Posicionamento  
nos dois tipos  
de paciente**

Na prática, apesar de importante, é quase impossível que apenas o posicionamento correto do paciente consiga atingir tais objetivos.

Os motivos para isso são diversos: pouco engajamento de familiares e auxiliares, alterações de tônus que requerem inibição ou facilitação por manuseio de profissional, muito tempo acamado...

Mesmo assim, o Programa de Posicionamento dá a sua parcela efetiva de contribuição, e deve ser encorajado e seguido regularmente.

**hipertônico  
(rígido)**



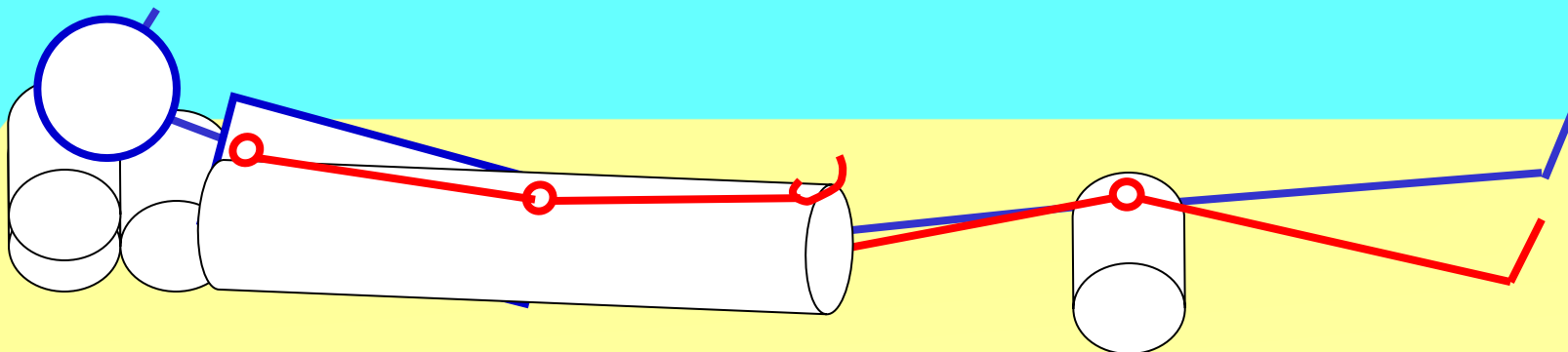
- reduzir encurtamentos musculares;
- reduzir limitações articulares;
- diminuir padrões anormais de hipertonia (espasticidade) que levam a encurtamentos e deformidades

# Algumas considerações necessárias sobre o Programa de Posicionamento do paciente neurológico

- Os diversos posicionamentos básicos devem ser aprendidos e utilizados por todos que lidam com o paciente.
- Fundamentalmente, deve-se manter os segmentos afetados em posições opostos aos padrões de espasticidade.
- No paciente espástico (hipertônico), certas posições serão difíceis de manter-se; principalmente, se já houver encurtamentos ou deformidades.
- Todas as articulações devem ser consideradas. Para isso, deve-se dividir o corpo em: cabeça, tronco, membros superiores e membros inferiores.
- Didaticamente, considera-se o paciente hemiplégico (com um lado do corpo afetado) para apresentar o Programa de Posicionamento. Caso o paciente tenha os dois lados afetados (ou todo o corpo), basta ampliar os conceitos para tal situação.
- O Programa de Posicionamento deve ser observado nas seguintes posições: decúbito dorsal (DD); decúbito lateral afetado (DLA); decúbito lateral não afetado (DLNA); sentado (S).

MS = membro superior  
MI = membro inferior

Lado afetado = vermelho  
Lado não afetado = azul



## Decúbito Dorsal:

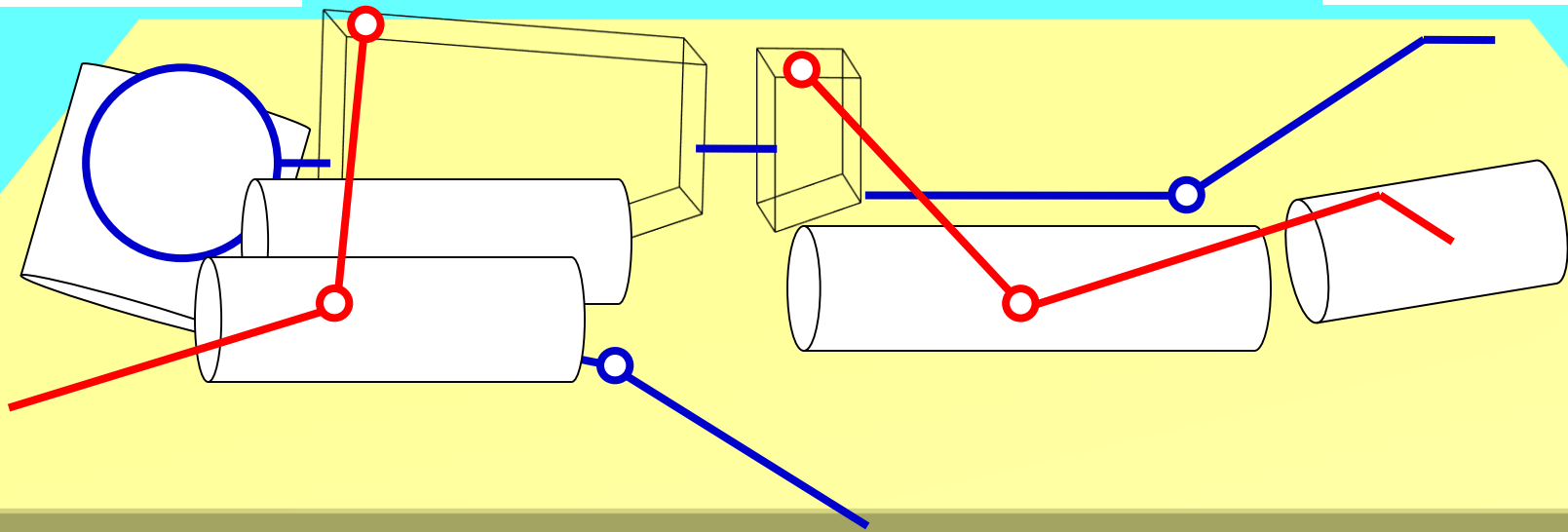
O DD é uma posição que tende a aumentar a hipertonia extensora. Portanto, deve ser evitada sempre que possível. O melhor posicionamento é feito através da colocação de travesseiros ou elevação da cabeceira.

**MS: estendido ao lado do corpo com a mão voltada para cima**, tecnicamente em rotação externa e abdução, extensão de cotovelo e punho, antebraço em supinação (o que nem sempre é possível). Um travesseiro é colocado embaixo do ombro para elevá-lo para cima/frente (protração), enquanto outro é colocado entre o braço e o corpo, para manter o braço afastado do corpo.

**MI:** um travesseiro embaixo do quadril para trazer a perna para a linha média (evitando rodar para o lado externo) e um travesseiro embaixo do joelho para fazer uma semiflexão do joelho.

MS = membro superior  
MI = membro inferior

Lado afetado = vermelho  
Lado não afetado = azul



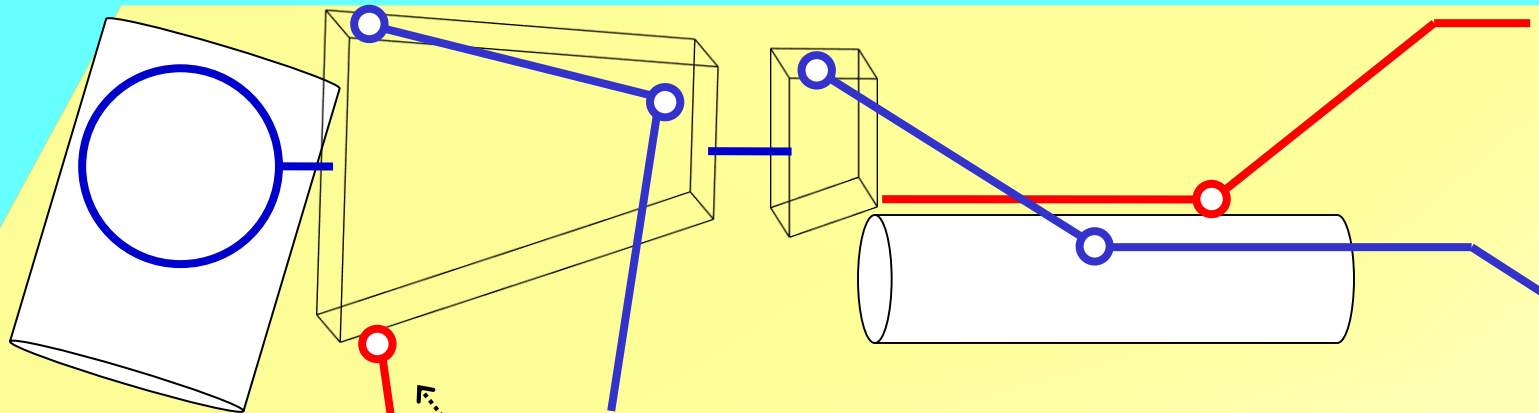
## Decúbito Lateral Não Afetado (lado afetado para cima):

Esta é uma posição adequada, desde que o paciente esteja em DL completo e o lado afetado corretamente posicionado.

**MS afetado:** apoiado em um ou dois travesseiros, trazido para 90 ° do ombro, cotovelo em extensão de cotovelo ou levemente flexionado e punho e mão abertos.

**MI afetado:** semiflexão de quadril e joelho, apoiado em um travesseiro, enquanto o MI não afetado fica atrás, mas não totalmente estendido.

**Cabeça e Tronco:** o tronco deve ser mantido em plano reto e bem lateralizado, evitando-se a curvatura para o lado afetado, enquanto a cabeça permanece na linha média.



MS = membro superior  
MI = membro inferior

Repare no ombro afetado trazido bem para frente, com a palma mão para cima

Lado afetado = vermelho  
Lado não afetado = azul

## Decúbito Lateral Afetado (lado afetado para baixo):

Esta é uma posição arriscada, porém, necessária. Por isso, deve ser bem executada.

**MS afetado:** deve ser trazido com a mão aberta para cima em rotação externa bem para a frente no ombro (protração), a fim de que o ombro não fique por baixo do corpo. Cotovelo fica em extensão (ou flexão) e punho-antebraço em supinação (mão para cima).

**MI afetado:** extensão de quadril com semiflexão de joelho. Já o MI não afetado: flexão de quadril e joelho sobre um travesseiro.

**Tronco e Cabeça:** cabeça e tronco devem ficar como no DL não afetado, na linha média; porém, admite-se um pouco mais de inclinação do tronco para a frente, o que



Lado afetado = vermelho  
Lado não afetado = azul

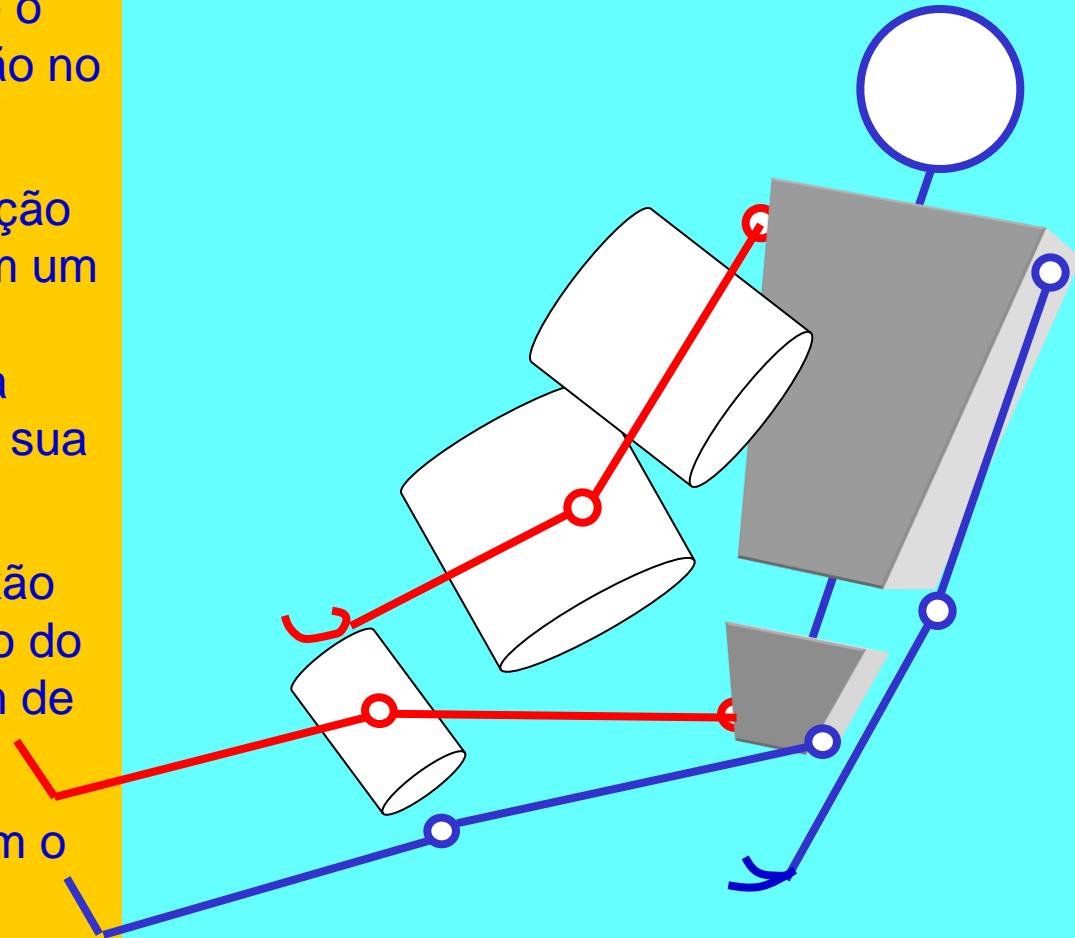
## Sentado

A posição sentada é inibidora pela flexão de quadril. É preciso cuidado para que o paciente sente sobre as nádegas, e não no sacro ou coluna lombar.

**MS afetado:** rotação externa e supinação (palma da mão para cima), apoiado em um travesseiro que atinja o ombro e o cotovelo, fazendo, ao mesmo tempo, a protração (para a frente) do ombro e a sua flexão.

**MI afetado:** linha média e em semiflexão de joelho, com um travesseiro embaixo do joelho, e um embaixo da nádega, a fim de evitar a rotação externa.

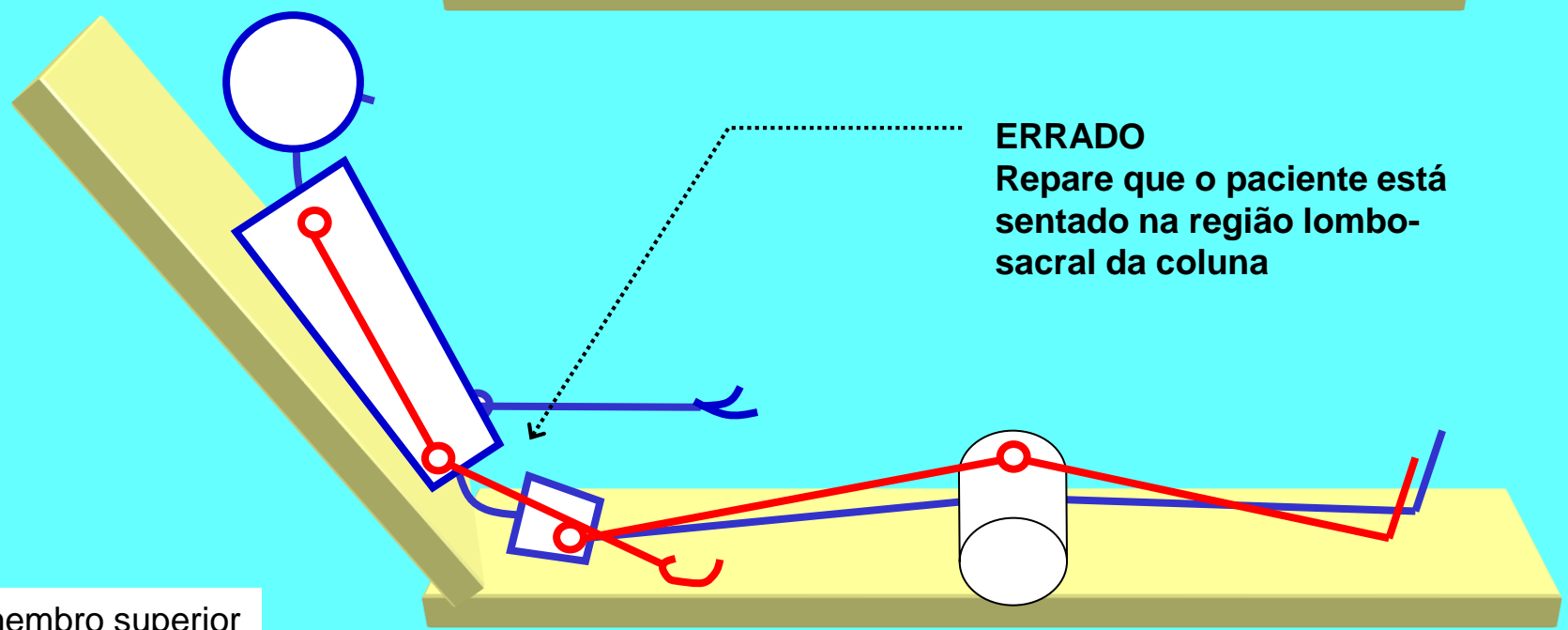
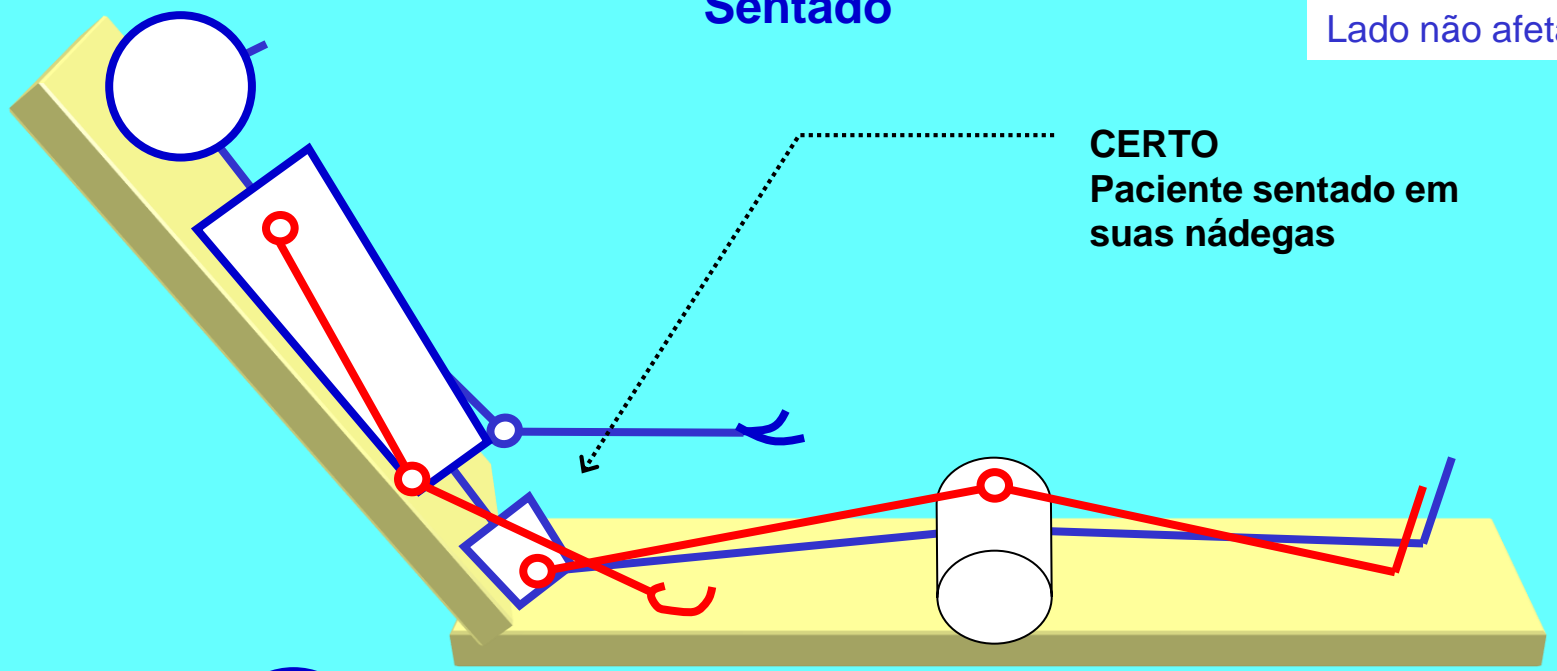
**Cabeça e Tronco:** tronco alinhado com o quadril, sem inclinações laterais. Dependendo da condição de controle de tronco do paciente, pode ser até 90° flexão quadril. A cabeça deve ficar alinhada com o tronco, evitando-se a inclinação para o lado afetado.



MS = membro superior  
MI = membro inferior

Lado afetado = vermelho  
Lado não afetado = azul

# Sentado



MS = membro superior  
MI = membro inferior

**Você pode fazer uma consulta online com o fisioterapeuta Adriano Daudt (Crefito5 19368F), mandando um whatsapp para (51) 99115-8755 ou visitando a página <https://reabilitacaoneurologica.com.br/consulta-online-com-o-fisioterapeuta-adriano-daudt/> para saber mais.**

**FIM!**