

ABORDAGEM TERAPÊUTICA OCUPACIONAL NA FASE HOSPITALAR E AMBULATORIAL DE UM JOVEM VÍTIMA DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO

Camila Pierini¹, Ticiane Lourenço Gaspar², Rosé Colom Toldrá³

¹Pontifícia Universidade Católica de Campinas / Faculdade de Terapia Ocupacional, capiolini@bol.com.br

²Pontifícia Universidade Católica de Campinas / Faculdade de Terapia Ocupacional, tici.to@bol.com.br

³Pontifícia Universidade Católica de Campinas/ Faculdade de Terapia Ocupacional, rcolom@lexxa.com.br

Resumo: Este trabalho aborda a importância do atendimento precoce no período hospitalar e posteriormente o acompanhamento ambulatorial para a clientela portadora de Trauma Crânio Encefálico. A experiência foi desenvolvida no Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) e no Ambulatório de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) com um paciente portador de TCE no período de agosto de 2003 a fevereiro de 2005. O objetivo foi analisar os aspectos envolvidos no processo de reabilitação do paciente, acompanhamento e orientação familiar e ainda, discutir a importância do tratamento terapêutico ocupacional precoce para uma melhor reabilitação. Obteve-se uma significativa evolução do paciente em relação à realização de suas atividades de vida diária (AVDs), aspectos cognitivos, habilidades motoras de membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII). Quanto à família, a intervenção precoce permitiu que a mesma tivesse o papel de potencializador durante toda a reabilitação do paciente, desde a internação hospitalar.

Palavras-Chave: Trauma Crânio Encefálico, Hospitalização, Intervenção Precoce, Reabilitação, Terapia Ocupacional.

Área de Conhecimento: IV - Ciências da Saúde.

Introdução

A reabilitação de pacientes que sofreram TCE é um processo longo e complexo frente às particularidades da evolução neurológica. Para tanto é de fundamental importância que o terapeuta ocupacional inicie sua intervenção o mais precocemente possível.

“O Trauma Crânio Encefálico (TCE) é uma lesão que pode ocorrer pelas forças de aceleração e desaceleração (onde o crânio e o cérebro estão na mesma proporção), movimento abrupto e uma redução súbita de velocidade, rotação que acarrete lesão anatômica ou comprometimento funcional do crânio, meninges, encéfalo e couro cabeludo. Em adultos as causas mais comuns são os acidentes automobilísticos e os ferimentos por projéteis de arma de fogo” [1]. Pode ser classificado considerando o mecanismo do trauma; a gravidade da lesão, que segue os valores obtidos na escala de Glasgow (TCE Leve: 13 ou 15, TCE Moderado: 9 a 12 e TCE Grave: 3 a 8); morfologia das lesões e fraturas de crânio; lesões cerebrais difusas e lesões focais.[2]

Os comprometimentos específicos nos componentes de desempenho, tais como as seqüelas físicas motoras (hemiparesia e dupla hemiparesia com hipertonia alfa e/ou espasticidade, distúrbios de equilíbrio e coordenação, alterações sensitivas e sensoriais, distúrbios da fala, linguagem e deglutição) e seqüelas cognitivas (habilidades de

pensamento como: atenção, organização, planejamento, tomada de decisões e resolução de problemas, noções de julgamento e segurança, raciocínio, percepção de seus limites e déficits de memória remota e recente) estão diretamente relacionados com a localização das lesões. [3]

O presente estudo teve como objetivo apontar alguns aspectos da intervenção terapêutica ocupacional nos níveis hospitalar e ambulatorial, envolvendo as funções físicas, psicológicas, cognitivas e sociais do paciente, incluindo sua família.

Materiais e Métodos

Para o desenvolvimento do trabalho foi realizado acompanhamento terapêutico ocupacional no HMCP da PUC-Campinas de um paciente de 28 anos e de sua família, no período de agosto de 2003 a fevereiro de 2005. Paciente esteve internado por 10 dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 11 dias na Enfermaria de Neurocirurgia. A intervenção de Terapia Ocupacional iniciou-se na Enfermaria de Neurocirurgia com o paciente e família, após encaminhamento realizado pela Equipe de Neurocirurgia. As sessões ocorreram diariamente, com duração de aproximadamente 30 minutos.

Após a alta hospitalar, o paciente foi encaminhado para o Ambulatório de Terapia Ocupacional, iniciando tratamento após 5 meses, onde as sessões ocorreram semanalmente, com

duração de 1 hora por um período de 1 ano e 6 meses.

Resultados

No dia 10 de agosto de 2003, após acidente motociclístico com colisão com automóvel, W.R.G.A. deu entrada no Pronto Socorro Adulto com hipótese diagnóstica inicial de politrauma. Após os primeiros cuidados, foi encaminhado à UTI apresentando-se inconsciente, sedado e entubado.

Segundo prontuário médico foram realizados os seguintes exames: Eletrocardiograma, Hemograma, Raio X de MMSS, MMII e tórax e Tomografia Computadorizada de crânio. O laudo evidenciou: HIV negativo, fratura de punho direito, ferimento corto – contuso (FCC) em punho esquerdo, contusão frontal cerebral à direita e lesão axional difusa. “O paciente que sofre lesão axônica difusa significativa pode experimentar déficits nas áreas de desempenho, por causa do comprometimento de todos os componentes do desempenho”. [4]. Entre os déficits podemos citar: hemiplegia, comprometimento sensorial, distúrbios cognitivos, comprometimentos motores, da linguagem e da percepção visual.

Após resultados dos exames, o paciente permaneceu na UTI por 10 dias, onde recebeu monitoração especializada e atendimento médico e fisioterápico neste período.

Segundo prontuário médico paciente encontrava-se não responsivo a estímulos verbais (mesmo após a retirada da sedação), com dieta por sonda nasointestinal, uso de sonda vesical e hemiparético à esquerda. Devido ao uso prolongado da ventilação mecânica por intubação orotraqueal, foi submetido à realização de traqueostomia antes do encaminhamento para enfermaria. Já na Enfermaria Neurocirúrgica, onde permaneceu por 11 dias, o paciente manteve o quadro clínico estável ocorrendo apenas discretas melhoras, tais como: abertura ocular espontânea bilateral e sem picos febris.

Manteve o acompanhamento da equipe de neurocirurgia e da fisioterapia por toda a internação, iniciando também acompanhamento terapêutico ocupacional no 2º dia na enfermaria.

De acordo com os dados coletados com a mãe do paciente, W. mora com os pais e uma irmã, estando separado há 5 meses da esposa, com quem tem um filho de 2 anos. Com a internação, o filho permanecia na casa dos avós paternos, visto que a mãe trabalhava. Quanto ao histórico ocupacional, o paciente trabalhava como motoboy, não sendo registrado. Quanto às AVDs apresentava-se dependente para alimentação, higiene e vestuário, marcha e mudança de decúbito.

Quanto à avaliação cognitiva, afetivo-emocional, sensorial e de coordenação não puderam ser realizadas, pois o paciente encontrava-se no Nível Cognitivo I (não responsivo a sons, sinais, luzes, toque ou movimento), segundo Escala de Níveis Cognitivos Rancho Los Amigos [3]. Porém, observou-se a presença de edema em MMSS e MMII e posicionamento inadequado no leito.

Com a família foi realizado acolhimento, com o intuito de esclarecer as dúvidas, diminuindo a angústia em relação ao quadro clínico. Foi dada orientação quanto ao posicionamento adequado de cabeça, tronco, MMSS e MMII, de maneira a deixar a coluna ereta, e os membros em posição não-deformante; foi enfatizado à família a importância de procurar conversar com o paciente dando noção têmporo-espacial; AVDs (cuidados pessoais como cortar unha; vestuário); realização de contato físico através de toques para o paciente se sentir acompanhado e confortado, cuidados e precauções na higienização das mãos dos cuidadores e revezamento entre os membros da família.

Já com o paciente foi realizado controle e diminuição de edema através de posicionamento de tronco e membros; estimulação motora céfalo-caudal para normalização de tônus de tronco, MMSS e MMII; posicionamento no leito; mudança de decúbito e manutenção de uma postura funcional e de relaxamento com o intuito de prevenir úlceras de pressão, deformidades e contraturas bem como melhoria da capacidade respiratória. Realizou-se estimulação sensorial por meio de toques, fala, sons e cheiros diferentes com a finalidade de estimular e avaliar quando o paciente faz a transição de coma para um nível de vigília baixa. Essa transição é caracterizada por movimentos oculares espontâneos, acompanhamento visual de objetos ou pessoas no ambiente por períodos muito breves (de 2 a 3 segundos), e resposta proposital à estimulação, como abertura dos olhos à estimulação auditiva ou afastamento a partir da estimulação dolorosa [4]. Foram feitas ainda, mudanças de posicionamento e cuidados pessoais como cortar as unhas; movimentação passiva de ombro e cotovelo de ambos os lados e MMII e massagem retrógrada para MMII.

No decorrer do acompanhamento da Terapia Ocupacional durante a hospitalização, o paciente apresentou melhoras quanto ao posicionamento no leito, além do controle de edema. A família mostrava-se mais esclarecida e esperançosa quanto ao quadro clínico, em virtude da proximidade da alta, como referia sua mãe “Eu nunca perdi a esperança, aceito ele do jeito que ele está, mas tenho certeza que ele irá se recuperar”.

Os contatos realizados pela terapeuta ocupacional com a equipe médica ajudaram a orientar e esclarecer a família quanto a real situação do paciente possibilitando um suporte psicológico conjunto / interdisciplinar para a mesma.

Quanto ao quadro clínico, W. apresentou-se estável, sendo possível apenas a retirada da sonda vesical para colocação de fralda. O paciente recebeu alta da enfermaria no dia 01 de setembro de 2003, ainda sem abrir os olhos, com alimentação nasoenteral, fazendo uso de traqueostomia e sem respostas a estímulos verbais e sensitivos (Nível Cognitivo I). Frente a este quadro, a família mostrava-se apreensiva quanto aos cuidados diários com o paciente, recebendo, portanto todas as orientações necessárias para o manuseio com o mesmo em relação à: posicionamentos, cuidados com higiene e vestuário, utilizando preferencialmente roupas e lençóis de algodão, para evitar a formação de escaras, e se possível utilizando um colchão específico [5].

Na alta, foi feito o encaminhamento do paciente para prosseguimento do tratamento na Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, Ortopedia, Buco-Maxilo, Odontologia e Neurocirurgia.

A avaliação no Ambulatório de Terapia Ocupacional foi realizada 5 meses após sua alta hospitalar, pois segundo a família, o paciente não apresentava até o presente momento abertura ocular espontânea, nem reconhecimento de pessoas.

Ao se avaliar o paciente neurológico, devem ser considerados vários aspectos que vão desde a anamnese ocupacional até a avaliação funcional propriamente dita. O processo de avaliação das seqüelas decorrentes das lesões neurológicas implica a observação de alguns fatores: as condições do tônus, controle motor, a sensação e a percepção, cognição, os estados emocional e social e ainda, as condições associadas com a presença de dor e de doenças concomitantes. [6]

No momento da triagem no ambulatório W. apresentava-se em Nível Cognitivo VI (Confuso e Apropriado) segundo Escala de Níveis Cognitivos Rancho Los Amigos. Este nível descreve o paciente como apto a iniciar o tratamento de reabilitação convencional, pois já possui cerca de 30 minutos de atenção, exibe comportamento adequado e apresenta-se confuso apenas em relação a fatos fora de sua rotina. É capaz de perceber apenas seus déficits físicos [3].

Durante a avaliação funcional feita com o paciente e sua família, o terapeuta inspecionou a capacidade de comunicação, condições cognitivas e motoras.

W. apresentava afasia de Broca “que se localiza nas partes opercular e triangular do giro frontal inferior e é responsável pela programação da atividade motora relacionada com a expressão da linguagem... situada em frente àquela parte da área motora que controla os músculos relacionados com a vocalização” [7]. Nesta afasia o indivíduo é capaz de compreender a linguagem falada ou escrita, porém tem dificuldades de se expressar adequadamente falando ou escrevendo. Neste momento, a família tem o papel fundamental de facilitar a compreensão na comunicação do paciente.

Quanto à memória pode-se identificar a presença de comprometimento de memória tardia episódica (“lembrança de material anteriormente apresentado em qualquer momento desde minutos a horas depois da apresentação – eventos experimentados pessoalmente”) [4]. Paciente mostrou orientação têmporo-espacial reconhecendo o dia da semana e mês, se situava no local onde estava, onde morava e com quem morava. A capacidade de iniciativa / julgamento também pode ser observada; fez a escolha de qual sala gostaria de realizar a triagem, referindo querer determinada sala por ter mais espaço para a cadeira de rodas.

Na avaliação motora foi identificado, em membros superiores, FCC em punho esquerdo e fratura de punho direito apresentando comprometimentos na amplitude de movimento (ADM) de punho, dedos e polegar de ambos os lados. Quanto à cicatrização em punho esquerdo, W. apresentava aderência e sinal de Tinel positivo (sofrimento do nervo).

Na avaliação sensitiva não foi diagnosticada nenhuma alteração. Quanto à avaliação de força muscular apresentava Grau 1 (contração palpável ou visível) em ambas as mãos. Identificamos também hemiparesia à esquerda, tendo como principais seqüelas: coordenação motora fina e grossa limitadas; diminuição da ADM de ombro, cotovelo, punho, dedos e polegar; rigidez articular carpometacarpiana; espasticidade em MMSS e desequilíbrio na posição ortostática.

Na avaliação das AVDs realizava alimentação independente; banho e vestuário dependentes; controle de esfíncter vesical e anal independente; mobilidade / transferências dependente; locomoção em cadeira de rodas dependente.

Os objetivos variam conforme a fase do tratamento em que o paciente está, o tempo de lesão e as condições sócio-culturais do indivíduo em questão [6]. Portanto, serão descritos alguns procedimentos de tratamento relativos a controle cicatricial; ganho de ADM e força muscular;

estimulação cognitiva; treino da independência nas AVDs e no cotidiano e orientação familiar.

Durante as sessões eram realizados procedimentos relativos a massagem cicatricial e aplicação de ventosa para ajudar no processo fisiológico de cicatrização, evitando aderências e retrações em punho esquerdo; movimentos passivos, isotônicos resistido e isotônico ativo de ombro esquerdo, antebraço e punho direito e esquerdo, dedos e polegar para ganho e manutenção de mobilidade; movimentos ativos com Hand-Helper para ganho de força muscular em MMSS; aplicação de atividades lúdicas como: jogos de memória, jogo de dama entre outros para estimulação de pensamento, memorização e identificação de figuras, além de estimulação de atenção; orientação e treino quanto as AVDs: vestuário (vestir e abotoar camisas, amarrar sapatos, calçar meias, vestir calça), locomoção (transferência da cadeira de rodas para a cama / vaso sanitário) e auto-cuidado (banho, corte e manutenção das unhas, escovação dos dentes, manutenção da barba); orientação à família quanto à colocação de barras que auxiliem na transferência do paciente e retirada de tapetes que possam causar escorregamentos. Por fim, durante todo o processo terapêutico buscou-se dar suporte psicológico para o paciente superar suas inseguranças e voltar a participar de sua vida social.

Observou-se que a conduta terapêutica utilizada precocemente com o paciente desde a sua hospitalização permitiu a minimização dos comprometimentos apresentados na triagem, tais como: diminuição de aderência e Tinel na região cicatricial dos punhos; ganho e manutenção de ADM de ombro, cotovelo, punhos e dedos; melhora na capacidade de atenção, memória e outras funções como resolução de problemas e segurança. Notou-se ainda melhora nos aspectos relativos ao vestuário (veste-se sozinho), locomoção (sobe e desce rampas com cadeira de rodas; transfere-se para a cama / vaso sanitário) e lazer (realiza brincadeiras com o filho, faz visitas externas a familiares), além de melhora da auto-estima e superação de alguns limites motores, cognitivos e psicológicos impostos pós TCE.

Discussão

A intervenção precoce e um acompanhamento terapêutico ocupacional continuado constitui uma grande contribuição no desenvolvimento da reabilitação do paciente com TCE, pois o objetivo do tratamento concentra-se em minimizar o aparecimento de possíveis seqüelas que se não tratadas precoce e adequadamente poderão impor

ao paciente uma limitação maior diminuindo sua capacidade motora funcional e cognitiva e dificultando sua autonomia nas AVDs.

Após o acompanhamento no ambulatório e com a aplicação dos procedimentos acima descritos, foi possível observar melhoras relacionadas a ADM de MMSS, coordenação motora fina e grossa, um processo de cicatrização satisfatório em FCC de punho, independência parcial nas AVDs, além de melhora das funções cognitivas quanto à memória, atenção, resolução de problemas e iniciativa.

Observou-se ainda benefícios no processo de reabilitação do paciente decorrentes das orientações familiares, já que a mesma auxiliou, apoiou e estimulou as funções neurológicas, psicológicas e sociais do paciente, na medida que o mesmo foi incluído na rotina familiar de forma mais apropriada.

Conclusão

Concluimos que a intervenção precoce desde a fase hospitalar e a orientação à família desde o início do processo de tratamento é um diferencial que possibilita uma reabilitação mais ampla e satisfatória para o paciente quanto à aquisição de maior independência nas AVDs, recuperação dos aspectos funcionais, cognitivos, emocionais e sociais, além de tornar a família um agente potencializador durante todo o processo de reabilitação.

Referências

- [1] PIERINI, C. A Atuação da Terapia Ocupacional nas Fases Pré e Pós Cirúrgicas na Enfermaria de Neurocirurgia. São Paulo: 2003.
- [2] MANREZA, L.A. Tratamento das Doenças Neurológicas. Rio de Janeiro: 2000.
- [3] TEIXEIRA, E.; SAURON, F.N.; SANTOS, L.S.B.; OLIVEIRA, M.C. Terapia Ocupacional em Reabilitação Física. São Paulo: 2003.
- [4] WILLARD & SPACKMAN. Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro: 2002.
- [5] GASPAR, T.L. A Proposta da Terapia Ocupacional no Contexto Hospitalar junto a Pacientes com Aneurisma Cerebral. São Paulo: 2003.
- [6] DE CARLO, M.R.P; LUZO, M.C.M. Terapia Ocupacional – Reabilitação Física e Contextos Hospitalares. São Paulo: 2004.
- [7] MACHADO, A. Neuroanatomia Funcional. São Paulo: 1998.