

ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM PACIENTE COM TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO (TCE): ESTUDO DE CASO

LAURA TEREZINHA LIMONS¹; EVELINE LORENZATO²; NICOLE RUAS GUARANY³

¹*Universidade Federal de Pelotas – lglimons@gmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – evel1982@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – nicolerg.ufpel@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

O TCE é qualquer lesão decorrente de um trauma externo, que tenha como consequência alterações anatômicas do crânio, como fratura ou laceração do couro cabeludo, bem como o comprometimento funcional das meninges, encéfalo ou seus vasos, resultando em alterações cerebrais, momentâneas ou permanentes, de natureza cognitiva ou funcional (MENON et al., 2010).

O TCE é uma das causas mais frequentes de morbidade e mortalidade em todo o mundo, com impacto importante na qualidade de vida. Embora ocorra em questão de segundos, seus efeitos perduram por longos períodos sobre a pessoa, seus familiares e a sociedade. Poucos eventos na vida de um indivíduo podem precipitar mudanças tão acentuadas em papéis, relações e objetivos de suas vítimas, já que os sobreviventes podem apresentar déficits, temporários ou permanentes, no funcionamento físico, cognitivo, comportamental, emocional, social e/ou profissional (BURLEIGH; FABER; GILLARD, 1998; GHAJAR, 2000; LEZAK; HOWIESON; LORING, 2004; TESTANI-DUFOUR; CHAPEL-AIKE; GUELDNER, 1992).

Pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) costumam apresentar alterações cognitivas e comportamentais incapacitantes que podem ser consideradas como a principal causa de prognóstico pobre do ponto de vista ocupacional, social e emocional (SLOAN; PONSFORD, 1995). Na fase aguda, após recobrarem a consciência, esses pacientes tendem a progredir para o período de Amnésia Pós-Traumática (APT), um período transitório, caracterizado por prejuízo mínimo da consciência, porém, com alterações significativas da memória anterógrada, desorientação e confusão mental. Além disso, os pacientes evoluem com diferentes graus de incapacidades cognitivas e comportamentais, agitação psicomotora, comportamentos regredidos, irritabilidade e labilidade emocional, os quais dependem da gravidade do TCE. (GRONWALL, 1989).

Segundo a gravidade, o TCE classifica-se em leve, moderado e grave. A profundidade e a duração do coma consideram-se elementos para definição da gravidade do TCE. Para avaliação do estado de consciência utiliza-se universalmente a Escala de Coma de Glasgow (ECG), e que define coma como um estado de alteração do estado de consciência em que as respostas motoras, comunicativas e abertura dos olhos não estão presentes, pontuando com valor ≤8. Um outro elemento, a duração da amnésia pós-traumática tem sido usada como uma medida da gravidade da lesão.

O TCE pode afetar todas as áreas de desempenho, uma vez que os pacientes podem apresentar comprometimento em todos os componentes de desempenho como: déficits físicos, cognitivos e comportamentais (CAVALCANTI, 2007).

De forma geral, as alterações de atenção, memória e função executiva são as mais comumente encontradas após o TCE, sendo que a alteração de memória é a queixa mais comum (FLYNN, 2010; LEZAK; HOWIESON; LORING 2004).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo apresentar a atuação da terapia ocupacional junto a um paciente vítima de traumatismo crânio encefálico atendido por acadêmicos de terapia ocupacional da Universidade Federal de Pelotas durante estágio curricular no Instituto de Medicina e Reabilitação Física Ltda. no município de Pelotas no período de abril a julho de 2016.

2. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso clínico. Foi elaborado e implementado um Plano de Tratamento de Terapia Ocupacional em todas as suas etapas: anamnese e entrevista pessoal, avaliação terapêutica ocupacional, identificação de objetivos de tratamento, escolha de modelos e abordagens, aplicação de métodos e atividades terapêuticas e definição de metas para o alcance dos objetivos propostos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O paciente estudado foi vítima de queda por acidente de trabalho de uma altura aproximada de 15m, o que resultou em TCE grave com hemorragia cerebelar direita e lobo occipital, fraturas múltiplas em rádio, úmero, costelas, clavícula, coluna lombar em L2 e L4. Durante a entrevista com o paciente e familiar, foi relatado que após coma de 29 dias (avaliado pela Escala de Glasgow) logo após o acidente, e resultando em escore 5, ao acordar não reconhecia nem mesmo os familiares.

Foi encaminhado ao serviço de reabilitação seis meses após o acidente e indicado para o atendimento de terapia ocupacional pela equipe de fisioterapia do Instituto de Medicina e Reabilitação Ltda. de Pelotas.

O recebermos o paciente foi efetuada a avaliação inicial e coleta de dados tendo como alvo principal para a intervenção a disfunção ocupacional. Sendo que, conforme CAVALCANTI, (2007), a disfunção ocupacional é traduzida no cotidiano do indivíduo como uma dificuldade para a realização de alguma atividade que lhe seja rotineira, independentemente da causa para tal dificuldade ser de ordem física, social, cognitiva ou outra. Portanto, um dos aspectos cruciais no processo terapêutico ocupacional é a atividade de vida diária.

Levando em consideração a demanda principal do paciente que era a deficiência de memória, foi aplicada a avaliação padronizada Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE) que é um teste de rastreio cognitivo que avalia cinco domínios cognitivos em conjunto e também oferece notas parciais para cada um deles, a saber: Atenção e Orientação, Memória, Fluência, Linguagem e Habilidades Visuais-Espaciais. O resultado do teste mostrou deficiência no quesito memória: recordação, memória anterógrada e retrógrada, assim como no quesito fluência verbal e linguagem: nomeação e compreensão, com uma pontuação de 8/26 para memória, 6/14 para fluência verbal e 16/26 para linguagem.

A partir desses resultados, ao identificarmos os principais problemas do paciente, como: deficiência de memória para pessoas e animais, dificuldade em situar-se no espaço; isolamento social e agressividade e negatividade em relação a sua vida, foi elaborado um plano de tratamento com objetivos específicos e metas definidas para cada um dos problemas apresentados.

Baseado no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional, Modelo Biopsicossocial e Modelo Cognitivo-Comportamental que definem as abordagens terapêuticas ocupacionais, foram desenvolvidas atividades individuais para aplicar com o paciente durante os atendimentos que se davam duas vezes por semana durante o período de 45 minutos.

Para melhorar a orientação espacial, o paciente utilizou atividades como, jogos de labirintos, quadros com figuras e posições, assim como mapa de ruas da cidade de Pelotas para descrição de trajetos habituais, onde a cada semana novas metas eram estabelecidas e novos trajetos eram construídos. Para estímulo de memória, foram utilizados jogos, reconhecimento de rostos, figuras, locais de conhecimento prévio do paciente como lugares próximos a sua residência, rostos de amigos e familiares. Foi também reconstruído junto com o paciente uma sequência de fatos anteriores e posteriores ao acidente, com o máximo de detalhes possíveis, foi inserido uma agenda para anotações de compromissos diários. Foi instruído e treinado no uso de aparelho celular, uso de despertador para horário de medicamentos ou outro compromisso. Para motivar em relação a sua vida, foi orientado a inserir novas atividades no dia a dia, cuidar do cachorro, planejamento de atividades de lazer com amigos e família. E para melhorar a interação social, foi incentivado a procurar os amigos, assistir o futebol dos amigos, até conseguir participar novamente dessas atividades como antes do acidente.

Por fim, ao término do período de estágio foi realizada a reavaliação terapêutica ocupacional para análise dos resultados obtidos através das ações aplicadas, onde o paciente apresentou novos resultados no teste de rastreio cognitivo Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE), pontuação para memória de 15/26, fluência verbal 13/14 e 22/26 para linguagem, perfazendo no escore total uma evolução de 62/100 para 84/100.

Assim foi possível perceber que em relação as atividades propostas o paciente sempre se mostrou receptivo e participativo, aceitando desafios e retornando sempre com resultados positivos.

Durante o tratamento, o paciente apresentou uma evolução positiva em relação aos problemas iniciais, vindo a voltar a dirigir, o que possibilitou sua locomoção de forma independente, ainda que continuasse apresentando alguma dificuldade de orientação espacial. Na reavaliação apresentou melhorias consideráveis nos quesitos memória, fluência verbal e linguagem.

Mediante o fato de que o período de estágio terminou, e o paciente encontrava-se em plena evolução e reabilitação de suas funções e havia respondido muito bem ao tratamento e mostrou-se muito interessado em continuar com o tratamento de terapia ocupacional, ele foi encaminhado para um serviço especializado.

4. CONCLUSÕES

Através deste estudo de caso foi possível perceber que a atuação da terapia ocupacional junto ao paciente com traumatismo crânio-encefálico (TCE) considerando os aspectos físicos, cognitivos, comportamentais, emocionais e sociais é de fundamental importância para o restabelecimento funcional e ocupacional do paciente.

Foi possível também contemplar os valores do paciente, favorecendo sua reabilitação, ampliando sua interação com pessoas, papéis e com o ambiente em que estava inserido. O resultado final foi uma sensível melhora na qualidade de vida do paciente.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BURLEIGH, S. A.; FARBER, R. S.; GILLARD, M. **Community integration and life satisfaction after traumatic brain injury: long-term findings.** American Journal of Occupational Therapy, New York, U.S., v. 52, n. 1, p. 45-52, 1998
- CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- FLYNN, F. G. **Memory impairment after mild traumatic brain injury.** Continuum: Lifelong Learn. Neurol., [S.I.], v. 16, n. 6, p. 79-109, 2010.
- GHAJAR, J. **Traumatic brain injury.** Lancet, London, v. 356, n. 9233, p. 923-929, 2000.
- GRONWALL, D. 1989. **Behavioral assessment during the acute stages of traumatic brain injury.** In: M.D. LEZAK (ed.), **Assessment of the behavioral consequences of head trauma.** New York, Alan R. Liss Inc., p. 19-36.
- LEZAK, M. D.; HOWIESON, D. B.; LORING, D. W. **Neuropsychological assessment.** 4. ed. New York: Oxford University; 2004.
- MENON, D. K. et al. **Position statement: definition of traumatic brain injury.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Philadelphia, v. 91, n. 11, p. 1637-1640, 2010.
- SLOAN, S.; PONSFORD, J. 1995. **Assessment of cognitive difficulties following TBI.** In: J. PONSFORD; S. SLOAN; P. SNOW (eds.), **Traumatic brain injury - Rehabilitation for everyday adaptive living.** East Sussex, Psychology Press, p. 65-101
- TESTANI-DUFOUR, L.; CHAPPEL-AIKEN L.; GUELDRNER, S. **Traumatic brain injury: a family experience.** The Journal of Neuroscience Nursing, Chicago, v. 24, n. 6, p. 317-323, 1992.