

O PROCESSO DE CONFEÇÃO DE UMA ÓRTESE PARA PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: RELATO DE CASO

MARIA VICTÓRIA MOTTA DA COSTA¹; NATHÁLIA FONTELLA STURBELLE²;
CAMILA LOPES TREVISAN³; ANDRESSA NASCIMENTO PAVLAK⁴; ELCIO
ALTERIS DOS SANTOS⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – mottamariavic@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – sturbellenf@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – camila.trevisan@ebserh.org.br

⁴Universidade Federal de Pelotas – andressakn@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – elcio.to_ufpel@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A terapia ocupacional é uma profissão que utiliza a atividade humana sistematizada para prevenir e tratar pessoas com alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras. Essas alterações podem ser advindas ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças contraídas. Esse profissional pode trabalhar na atenção básica, média e alta complexidade, desenvolvendo planos terapêuticos específicos (COFFITO, 2014).

O curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas – UFPel iniciou em 2010 com a primeira turma composta por 40 alunos. Atualmente são ofertadas 50 vagas e o ingresso se dá no segundo semestre do ano (UFPel, acessado em 2018). Uma das disciplinas obrigatórias constituintes do currículo da UFPel é a Tecnologia Assistiva - Órtese e Prótese, a qual possui carga horária total de 51 horas, sendo 30 horas de aulas teóricas e 21 horas de aulas práticas, tendo como objetivo proporcionar ao aluno conhecimentos teóricos e práticas para potencializar a formação acadêmica.

A Tecnologia Assistiva é definida como uma área do conhecimento interdisciplinar que envolve diversos aspectos, tais como: produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços, os quais buscam promover a funcionalidade de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, objetivando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2009). Esses dispositivos são produzidos em série, modificados ou feitos sob medida (COFFITO, 2014).

O produto citado neste trabalho é uma órtese, que tem por definição ser um dispositivo utilizado externamente ao corpo humano com o objetivo de alterar as características funcionais ou estruturais do sistema musculoesquelético. As órteses podem ser confeccionadas de vários materiais. O termoplástico de baixa temperatura é um dos mais utilizados na prática dos terapeutas ocupacionais, pois são fáceis de utilizar, moldar e possuem alta durabilidade (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

Para realizar uma reabilitação ortótica adequada é necessário conhecimento científico, criatividade e habilidade manual, envolvendo prescrição, design, fabricação, inspeção e treinamento para uso de equipamentos especiais. Os terapeutas devem possuir conhecimentos sobre anatomia, patologia, fisiologia, cinesiologia, biomecânica, psicologia e ocupação do cliente, fundamentais para definir o melhor modelo a ser aplicado. Além dos aspectos mencionados, é importante uma avaliação detalhada da situação do cliente. Dados como função do

indivíduo, componentes de sua função (amplitude de movimento, força muscular e sensibilidade), postura da extremidade ou região afetada, condição de pele, tecido subcutâneo e estrutura óssea, estado vascular e das articulações devem ser considerados na avaliação (CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

De acordo com a Portaria MS nº 1060 de 05/06/2002, para se obter uma órtese pelo Sistema Único de Saúde – SUS, todo o indivíduo que possuir uma deficiência física, caracterizada pelo comprometimento do aparelho locomotor, apresentando alterações na funcionalidade, que necessite do uso de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e sendo eles indispensáveis para a reabilitação, tem o direito a receber órteses e próteses (BRASIL, 2002).

Logo, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência vivenciada na disciplina de Tecnologia Assistiva, ofertada no 4º semestre do curso de Terapia Ocupacional da UFPel, com paciente atendido no serviço de Fisiatria da Faculdade de Medicina da UFPel.

2. METODOLOGIA

O estudo consiste em um relato de caso de duas alunas graduandas do 4º semestre de Terapia Ocupacional. O trabalho foi realizado para avaliação da disciplina de Tecnologia Assistiva, a qual oferece práticas para o melhor aprendizado dos alunos. Dessa forma, foram convidadas para participar as terapeutas ocupacionais da Fisiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, que indicaram e acompanharam seus pacientes que necessitavam de uma órtese.

O responsável pelo paciente foi informado sobre os objetivos e procedimentos a serem realizados, bem como solicitado a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Relato de caso

T., doze anos de idade, encaminhado para Terapia Ocupacional pelo médico Fisiatra da unidade. Segundo o cuidador, o menino teve o primeiro acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico aos dois anos de idade, no qual apresentou sequelas como hemiparesia espástica do membro superior esquerdo, ou seja, paralisia parcial do membro com aumento de tônus, levando a flexão de cotovelo, flexão de punho e dedos. O segundo AVC foi aos cinco anos, mas o responsável afirma que não houve sequelas.

T. chegou ao laboratório de tecnologia assistiva da Universidade Federal de Pelotas para avaliação e indicação do melhor modelo de órtese. Em um primeiro momento, foi pensado em uma órtese em termoplástico para abdução do polegar com barra dorsal de punho, a qual auxiliaria no treinamento da função manual e por não se estender a palma da mão, esse dispositivo permitiria que a mesma recebesse estímulos sensoriais, assim potencializando o desempenho do paciente. A órtese para abdução de polegar com barra dorsal é classificada com uma órtese estática, isto é, não possui partes móveis. Ela é constituída por três segmentos, e é indicada para pacientes com afecções do sistema nervoso central, hipertonia dos músculos flexores de punho, dedos e polegar, incapacidade de estender os dedos total ou parcialmente quando o punho está em posição neutra (TEIXEIRA et al., 2005).

Após decidir o modelo e os materiais adequados, foi realizado o desenho do molde em E.V.A, utilizando o membro afetado. O desenho deve ser fidedigno, pois

garante que a órtese fique bem-adaptada. O E.V.A foi recortado e posicionado no paciente para verificar se a adaptação ficou correta. Transferiu-se, então, o desenho do molde para a placa de termoplástico e recortado utilizando estilete. Em seguida, realizou-se o acabamento e arredondamento das bordas através do uso de uma lixa, deixando assim o dispositivo mais confortável para o uso. O material foi colocado em uma panela específica para moldar órtese, com água aquecida entre 65°C e 80°C. Quando a peça aqueceu, retirou-se da panela utilizando espátula e colocada sobre uma toalha para tirar o excesso de água. Verificou-se a temperatura do material para evitar lesões e desconforto na pele do paciente e, então, posicionado e moldado no membro afetado. Após esfriar, as alunas levaram as três partes da órtese em um serralheiro para colocação da barra dorsal em ferro com arrebites e leve declínio na parte distal de aproximadamente 15º de flexão para estimular a abertura da mão (efeito tenodese). O velcro foi utilizado para fechamento no membro do paciente e a personalização foi feita com tinta em spray preta fosca e adesivos personalizados do batman, conforme a vontade do paciente. A personalização constitui um diferencial no procedimento, pois permite ao paciente participar de forma ativa no processo de confecção a fim de estimular a utilização da mesma, sendo este um processo difícil devido ao período de adaptação.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a confecção da órtese, T. retornou ao laboratório para a entrega do dispositivo, contudo foi possível observar que a órtese para abdução do polegar com barra dorsal causou pontos de pressão e não posicionou os arcos palmares de maneira adequada devido a deformidade da mão causada pelo longo tempo sem reabilitação e sem uso de algum dispositivo ortótico. O tônus muscular elevado também foi um dos motivos pelo qual optou-se por fazer outro modelo de órtese e usar esse somente no momento da reabilitação, pois segundo Coppard e Lohman (1996), os arcos palmares são os que permitem o ótimo funcionamento da mão (TROMBLY; RADOMSKI, 2005). Dessa forma, foi dada preferência pela órtese do tipo cock up, a qual apesar de não deixar a palma da mão livre para receber estímulos, permite o realinhamento e posicionamento adequado dos arcos palmares. De acordo com Teixeira et al. (2005), a órtese cock up posiciona e mantém o alinhamento correto das articulações, especialmente nos estágios agudos e em crianças em fase de crescimento. A modelagem e os materiais foram semelhantes aos da órtese anterior.

Os arcos palmares, quando permanecerem em posição funcional e estiverem bem estimulados à organização proprioceptiva, a órtese para abdução do polegar com barra dorsal de punho será incluída no processo de reabilitação do paciente.

O cuidador foi orientado quanto ao uso do dispositivo, recebendo todas as instruções necessárias, incluindo a higienização do material, conforme descrito por Cavalcanti; Galvão (2007).

4. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu relatar as experiências adquiridas na disciplina de Tecnologia Assistiva, através da confecção de uma órtese em caso real de um paciente com A.V.C. Além disso, possibilitou observar diversos aspectos importantes nos métodos de avaliação. Logo, a disciplina possibilitou que o paciente fosse beneficiado com o dispositivo, o qual auxiliará em sua reabilitação, bem como em

sua independência e autonomia para realização de suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. É importante ressaltar que, por se tratar de uma criança, o processo de personalização se tornou um incentivo para que a mesma utilizasse o dispositivo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Portaria MS nº 1.060, 05 de junho de 2002.** Política Nacional De Saúde Da Pessoa Portadora De Deficiência. Acessado em 11 de ago. 2018. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_1060.pdf.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Comitê de Ajudas Técnicas. Tecnologia Assistiva. Brasília: CORDE; 2009. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-tecnologia-assistiva.pdf>.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

COFFITO. **Resolução nº 316/2006 – Dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providencias.** 16 de mai 2014. Acessado em 11 de ago. 2018. Online. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3074>.

TEIXEIRA, E; SAURON, F. N; SANTOS, L. S. B; OLIVEIRA, M. C. **Terapia Ocupacional na Reabilitação Física.** São Paulo: Roca, 2005.

TROMBLY, C.A.; RADOMSKI, M.V. **Terapia Ocupacional para disfunções físicas.** São Paulo: Santos, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **Terapia Ocupacional.** Acessado em 11 de ago. 2018. Online. Disponível em: <https://institucional.ufpel.edu.br/cursos/cod/7200>.