

MEDICINA SOCIAL

ISSN 2183-7090

Revista da Misericórdia do Porto

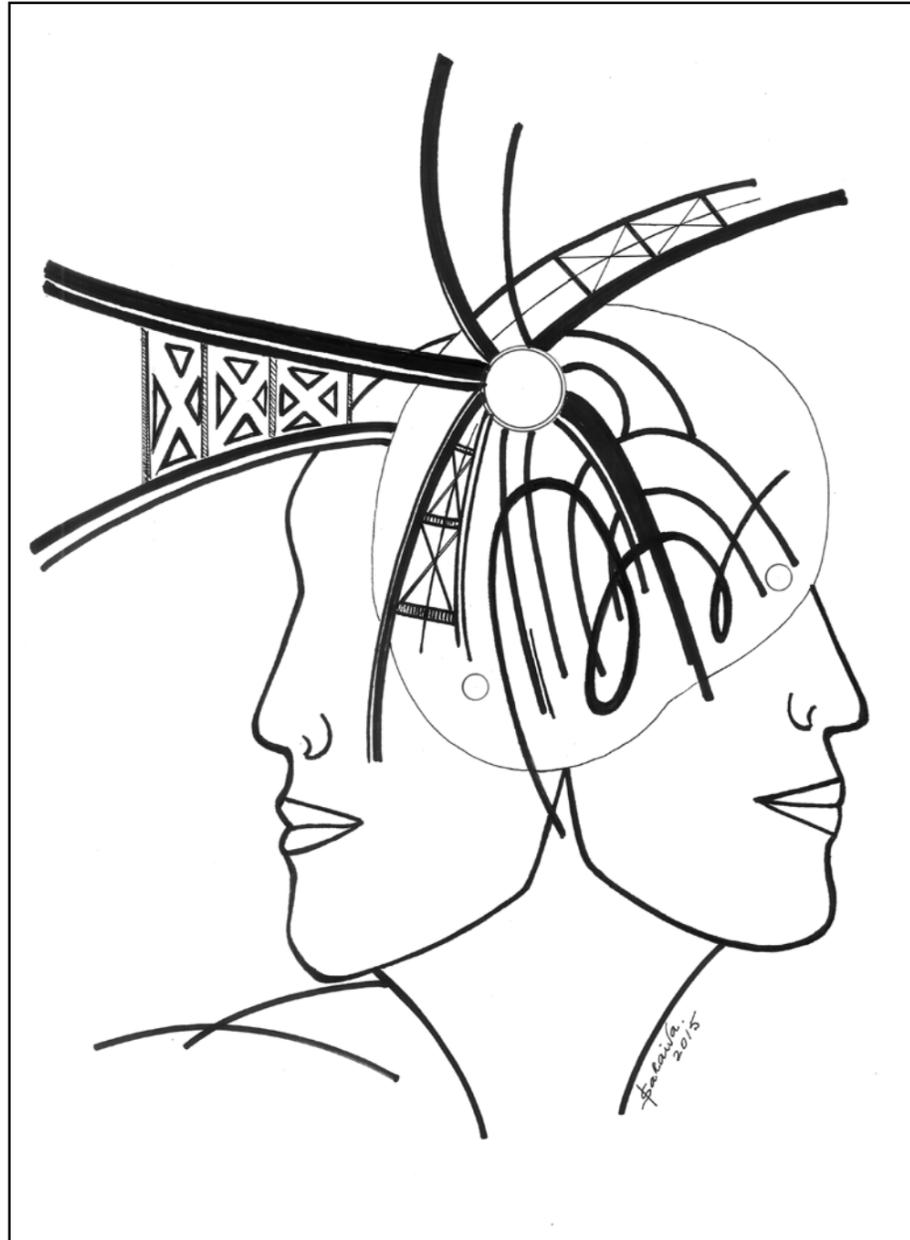


**OS 2 ANOS
DO CENTRO
DE REABILITAÇÃO
DO NORTE**



N.º4 dezembro 2015

Editorial



"Medicina Social" de Isabel Saraiva



O Centro de Reabilitação do Norte – Dr. Ferreira Alves é a mais recente unidade hospitalar nacional. Construído de raiz, e sob gestão da Santa Casa da Misericórdia do Porto desde o primeiro momento, dá resposta às necessidades de saúde em reabilitação da população da região Norte.

Apenas dois anos após ter acolhido os primeiros doentes, em dezembro de 2013, o Centro de Reabilitação do Norte já se afirmou como um centro de referência e de excelência nacional.

Enquanto estrutura vocacionada para a prestação de cuidados de reabilitação, o estabelecimento promove a reabilitação como um processo e a reintegração como um fim. Os profissionais do Centro de Reabilitação do Norte trabalham diariamente na recuperação física, mental e emocional dos nossos doentes, potenciando a sua máxima funcionalidade e autonomia.

O sucesso deste Centro advém do saber e da dedicação das várias equipas de Fisiatras, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala, Auxiliares de Ação Médica, Assistentes Sociais, Psicólogos, Administrativos, entre muitos outros Técnicos e Operacionais.

"A vida continua" é o nosso lema.

Sabemos que o caminho percorrido pelos nossos doentes não é fácil. Há sofrimento, mas também conquistas. Encontram-se obstáculos, mas também se vivem vitórias.

Foi sob este espírito que o Dr. Ferreira Alves lançou o projeto do Sanatório Marítimo do Norte, que deu lugar ao atual Centro de Reabilitação do Norte. Motivado por circunstâncias pessoais, promoveu a construção de uma unidade de saúde inovadora à época.

Hoje continuamos o legado de modernidade.

Esta quarta edição da revista "Medicina Social" é espelho da intensa atividade do Centro de Reabilitação do Norte. Só com Ciência e Conhecimento se promove Saúde.

O Provedor,
António Tavares

Ficha técnica

Santa Casa da Misericórdia do Porto
Rua das Flores, n.º 12
4050-265 Porto
T. +351 222 074 710
F. +351 222 050 116
geral@scmp.pt
www.scmp.pt

Revista Semestral
Ano III
N.º 4
dezembro 2015

Provedor
António Tavares

Diretor
Álvaro Ferreira da Silva

Conselho Editorial | Científico
Alberto Pinto Hespanhol
Alfredo Stocker
Álvaro Monteiro
José Alberto Frey Ramos
Manuel Caldas de Almeida
Miguel Guimarães

Coordenadora
Florbela Guedes
desc@scmp.pt

Revisão
Helena Almeida

Design
Imperfect, Branding

Impressão
Artes Gráficas e Serviços de Imprensa
agsi@scmp.pt

ISSN 2183-7090

Depósito Legal 403032/15

Tiragem 200 exemplares

Diretor

É com muito agrado que a Revista Medicina Social dedica este número ao Centro de Reabilitação do Norte.

Trata-se de um novo Equipamento de Saúde, que confirma de uma forma bem patente, que a conjugação de esforços entre a Medicina (neste caso a Medicina Física e Reabilitação) e o Social resultam num excelente exemplo de afirmação da Medicina Social.

Congratulo-me com a reabilitação do estagnado, inativo antigo sanatório marítimo de Francelos e que graças a um excelente trabalho de recuperação e redimensionamento pode regressar à atividade de acolhimento de pessoas de que dele seguramente colhem benefício.

Congratulo-me com a homenagem que se proporciona ao Dr. Ferreira Alves permitindo que o seu nome regresse dos tempos passados ao tempo presente, associando-se assim à atividade médica e assistencial da Reabilitação dos Doentes.

Por fim, mais uma vez a Santa Casa da Misericórdia do Porto cumpre o seu compromisso de atuação social, demonstrando inequivocamente assim a sua histórica vitalidade de 516 anos a fazer bem o bem-fazer.

Álvaro Ferreira da Silva

Índice

- Pág.3 EDITORIAL
António Tavares, Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto
- Pág.5 DIRETOR
Álvaro Ferreira da Silva
- Pág.7 A MISSÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE
Ângelo Duarte
- Pág.8 CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE – UM DESAFIO IRRECUSÁVEL
Rúben Almeida
- Pág.10 REFLEXÃO
Ana Isabel Almeida Campos
- Pág.11 UM GRANDE PROJETO, UM ENORME DESAFIO
Mário Rui Correia
- Pág.12 PLANO TERAPÊUTICO DE REABILITAÇÃO INDIVIDUAL E A INTERVENÇÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
Unidade Funcional de Reabilitação de AVC
- Pág.20 INTERVENÇÃO DA MEDICINA DE REABILITAÇÃO NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico
- Pág.28 PARTICULARIDADES DA INTERVENÇÃO DA REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA NA CRIANÇA COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico
- Pág.36 A REABILITAÇÃO DA LESÃO MEDULAR NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE
Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares
- Pág.46 O PAPEL DA REABILITAÇÃO NO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA
Unidade Funcional de Reabilitação Geral/ Outras Doenças Neurológicas
- Pág.50 A ABORDAGEM DO DOENTE COM DISFAGIA
Núcleo de Disfagia
- Pág.56 A REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA
Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica | Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico
- Pág.62 DESPORTO ADAPTADO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO – PROJETO 2015
Núcleo de Desporto Adaptado do Centro de Reabilitação do Norte
- Pág.64 CENTRO DE MOBILIDADE – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE CONDUÇÃO
Fátima Gandarez
- Pág.66 A ANÁLISE DE MARCHA COMO MEIO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EM REABILITAÇÃO
Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico
- Pág.70 PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS
Equipa de Enfermagem e Coordenação
- Pág.72 CONCEITO DE BOBATH: UMA ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA EM DOENTES NEUROLÓGICOS
Equipa de Fisioterapeutas e Coordenação
- Pág.74 AFASIA E O SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA
Equipa de Terapeutas da Fala
- Pág.76 A TERAPIA OCUPACIONAL E A OCUPAÇÃO
Equipa de Terapeutas Ocupacionais
- Pág.80 IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO MOMENTO DA ADMISSÃO HOSPITALAR
Serviço de Alimentação, Nutrição e Dietética
- Pág.82 O PAPEL DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO À INCAPACIDADE
Serviço de Psicologia
- Pág.86 NO CAMINHO DA INTEGRAÇÃO... ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO SOCIAL
Serviço Social
- Pág.90 TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA MAIS FREQUENTE NOS DOENTES EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FÍSICA NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE
Serviços Farmacêuticos

A MISSÃO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE

Ângelo Duarte¹

Criar e aumentar o impacto assistencial da Santa Casa da Misericórdia do Porto na Sociedade. Garantir a qualidade técnica e operacional do Centro de Reabilitação do Norte. Assegurar a transparência da informação, responsabilidade da gestão da Instituição e disciplina no acompanhamento de resultados. Consolidar a confiança dos stakeholders na Santa Casa da Misericórdia do Porto. Colocar o conceito da Sustentabilidade no foco da Organização, abarcando as dimensões ambiental, económica, social e de governo.

Findos dois anos da operação Centro de Reabilitação do Norte, podemos concluir que o designio da Santa Casa da Misericórdia do Porto de Cuidar dos Enfermos está a ser cumprido e que a sua Estrutura tem estado à altura da História, Tradição e Pergaminhos dos 516 anos da Instituição. Em suma, o projeto Centro de Reabilitação do Norte corporiza a visão da Santa Casa da Misericórdia do Porto relativamente aos drivers dos tempos atuais, nomeadamente das redes, da escala, do envolvimento e inovação dos modelos de gestão, de forma a garantir o cumprimento da missão.

¹ Administrador Executivo, Centro de Reabilitação do Norte



CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE

Um desafio irrecusável

Rúben Almeida¹

Com o Centro de Reabilitação do Norte (CRN), ficou concluída a dotação do país em Centros de Reabilitação, de acordo com a denominada “Rede de Referência Hospitalar em Medicina Física e de Reabilitação”, aprovada por Despacho da Senhora Secretária de Estado Adjunta do Sr. Ministro da Saúde, a 26 de março de 2002.

A região Norte de Portugal, onde se concentra a maior população residente (cerca de 34,9%) e nomeadamente o município de Vila Nova de Gaia que possui a maior parcela de população residente da região Norte, há muito que esperava pela concretização do plano que previa a criação do CRN.

A decisão da sua implantação recaiu nos terrenos do antigo Sanatório Marítimo de Francelos, unidade fundada em 1916 pelo Ortopedista Joaquim Gomes Ferreira Alves, que aqui acolheu e tratou milhares de doentes

com distúrbios ósseos, nomeadamente tuberculose óssea. Após a sua morte, os terrenos foram doados ao Estado Português sendo propriedade do Ministério da Saúde. Em 26 de junho de 2010, a Senhora Ministra da Saúde Ana Jorge colocou a primeira pedra do futuro Centro de Reabilitação do Norte.

Concluída a construção do edifício em julho de 2012, seguiu-se um longo período de indefinição durante o qual o Centro de Reabilitação do Norte permaneceu encerrado. O país encontrava-se em plena “crise económica” e a decisão sobre a proposta de gestão mais adequada teria de ser ponderada pelo Ministério da Saúde. **Venceu a proposta apresentada pela Santa Casa da Misericórdia do Porto.**

O Acordo de Gestão por um período de três anos foi assinado em 26 de novembro de 2013, nas instalações da Administração Regional da Saúde do Norte (ARSN), pelo

seu Presidente Dr. Castanheira Nunes e o Provedor da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP), Dr. António Tavares.

O desafio colocado à SCMP não se resumia a gerir um Centro de Reabilitação do SNS. Tratava-se de equipar e pôr rapidamente em funcionamento uma Unidade de Reabilitação de topo, destinada a dar resposta às necessidades da Região Norte na reabilitação de doentes com patologias graves, complexas e incapacitantes, maioritariamente do foro neurológico e incluindo a idade pediátrica, prestando-lhes cuidados em fase útil, intensivos e de elevada qualidade.

Em 20 de dezembro de 2013, o CRN recebeu os primeiros doentes, na consulta externa e no ambulatório.

Este início recorde da atividade assistencial só foi possível graças à capacidade da SCMP, com relevo para o Hospital da Prelada, de onde foi recrutada a maioria dos recursos humanos e equipamento.

Em 13 de janeiro de 2014 foi inaugurado o internamento (28 camas de adultos).

Em 25 de fevereiro de 2014, sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, inaugurou oficialmente o CRN.

Em 06 de outubro de 2014 abriu a Unidade de Internamento Pediátrico.

No último trimestre de 2014, o Centro de Reabilitação do Norte atingiu a sua plena capacidade no internamento.

O CRN dispõe de uma área total construída de 26.155 m², que incluem os seguintes

setores:

- Internamento – 100 camas (90 adultos, 10 Pediatria)
- Terapias – Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Hidroterapia, Reabilitação Neuropsicológica, Desporto Adaptado
- Consulta Externa
- Apoio clínico – Psicologia, Assistência Social, Nutricionismo, Farmácia
- Exames especiais
- Jardins lúdico-terapêuticos
- Apoio comum – Barbeiro/Cabeleireiro, Capela/Sala de Culto
- Instalações e Equipamentos, Aprovisionamento, Edifício Técnico, Refeitório, outras instalações de apoio.

A área de influência do Centro de Reabilitação do Norte privilegia a região Norte, podendo contudo receber doentes de todo o país e do estrangeiro.

Missão

O Centro de Reabilitação do Norte tem por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e completos de reabilitação com caráter exemplar, de forma intensiva e interdisciplinar, maximizando o potencial de reabilitação de cada doente no seu contexto individual, familiar, ambiental e cultural, repondo as suas competências para o pleno exercício da cidadania e contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde. Ainda trabalhar de forma socialmente

responsável para promover a eficácia clínica e a eficiência na utilização dos recursos e promover o avanço do conhecimento na área da Medicina Física e de Reabilitação, num ambiente que propicie a formação contínua e a investigação.

Valores

- Respeito pelo ideário e valores éticos prosseguidos pela Misericórdia do Porto
- Cumprimento das regras deontológicas profissionais
- Respeito pelo doente, pelos seus familiares e pelos direitos que lhe assistem
- Atitude centrada no doente e na promoção da saúde na comunidade
- Cultura do trabalho em equipa e do bom relacionamento com os doentes e colegas
- Diferenciação técnica e valorização, profissional e pessoal.

Os profissionais da Santa Casa da Misericórdia do Porto que, em dezembro de 2013, assumiram o **desafio irrecusável** do projeto “Centro de Reabilitação do Norte” ficarão indissolavelmente ligados à sua história, como pioneiros e primeiros responsáveis pela criação das condições que irão permitir o cumprimento pleno da missão que lhe foi destinada.

O êxito do Centro de Reabilitação do Norte será determinante na estabilidade da SCMP, reforçando a sua posição no panorama da saúde em Portugal.

¹ Diretor Clínico, Centro de Reabilitação do Norte

REFLEXÃO

Ana Isabel Almeida Campos¹

Quando surge um novo projeto urge a necessidade de se construir novos conceitos, novas equipas (recursos) e equipamentos (meios) que visem os objetivos e as expectativas que os impulsionaram.

É neste contexto de edificação que faço parte do desafio da abertura do Centro de Reabilitação do Norte e do desafio de liderar algumas pessoas (Enfermeiros e Auxiliares) algumas escolhas de equipamentos e materiais e de liderar a montagem e abertura de 100 camas de Internamento e da Consulta Externa.

A experiência de 36 anos de atividade profissional, sendo 26 deles no âmbito da SCMP como Enf.º Chefe no Hospital da Prelada, facilitou o processo, mas não deixou de ser uma aposta pessoal e profissional no mínimo inquietante.

Considero que o desafio mais difícil e talvez mais ambicioso é o de levar um número considerável de pessoas a uma **visão e propósito comum**.

Muitos autores defendem que a construção de uma política ou cultura de grupo (equipa) demora no mínimo 2 anos. É tanto mais difícil, quanto maior for o desequilíbrio de maturidade, competências, saberes e experiências dos colaboradores.

Foi e é essa a maior dificuldade; mais de 60% da equipa de Enfermagem é recém-licenciada ou tem menos de 2 anos de atividade e sem experiência em Reabilitação.

A percentagem dos Auxiliares de Ação Médica com a mesma taxa de desequilíbrio é ligeiramente superior, mas agrava-se pela impreparação prévia na atividade hospitalar em geral.

Face a esta realidade, o esforço teria de ser centrado nas pessoas: nas suas aptidões, na sua formação, no estímulo e no **ACREDITAR**.

Acreditar no valor do projeto; acreditar nos **talentos e na motivação** acreditar que se consegue e que se leva todos a conseguir. Há que explorar as sinergias entre os mais

novos e os mais experientes, e procurar construir um Centro que, aliando soluções clássicas e soluções inovadoras, construirá dia a dia a **reputação** e o **prestígio** desejável para a mais recente unidade de saúde do país.

O ativo mais importante de qualquer organização, para garantir o sucesso sustentável, são os colaboradores e especificamente o(s) seu(s) talento(s), que transformado em competência gera resultados e valor para a organização e para os clientes (Peter Druker).

Assim, e porque este trabalho visa um projeto de três anos (e mais de um ano já passou...) a estratégia de liderança dos Enfermeiros e Auxiliares estará focada:

- No rigor e exigência.
- Nas **boas práticas e Qualidade** dos cuidados.
- Na **confiança** (confiar e ser de confiança).
- Na **Partilha e colaboração**.

Sem descuro da **satisfação** e desenvolvimento pessoal e profissional, e muito focada num **clima organizacional** agradável, facilitador e flexível, mas seriamente comprometido.

Por último ficará o desafio da **resistência às adversidades e interferências inesperadas** (próprias de qualquer atividade) que só vencerá pelo conceito forte da confiança nas relações e na resolução dos problemas dentro de casa.

Pessoas felizes constroem organizações vencedoras.

Se conseguir neste processo **ajudar a crescer** novos e antigos, ajudar a construir uma **referência em Saúde** e deixar da minha "passagem" uma marca positiva de **exemplaridade**, terei conseguido atingir um dos principais objetivos pessoais e profissionais que me propus atingir.

Parafraseando....

"O segredo de um grande sucesso está no trabalho de uma grande equipa"
Murillo Cintra de Oliveira Margarida

¹ Enfermeira Geral, Centro de Reabilitação do Norte

UM GRANDE PROJETO, UM ENORME DESAFIO

Mário Rui Correia¹

Um grande projeto como o é o Centro de Reabilitação do Norte pressupõe um enorme desafio e, mais do que isso, uma enorme responsabilidade.

Um **grande projeto** por ser o mais recente e, seguramente, o mais moderno Equipamento do Sistema Nacional de Saúde; porque, no âmbito da Medicina Física e Reabilitação, será, porventura, senão o maior, um dos maiores do país no que em número de camas e no que em número de Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e Terapeutas da Fala integrados numa equipa interdisciplinar a exercer funções em simultâneo, diz respeito.

Um **enorme desafio**, pela necessidade de juntar um valioso património humano adquirido ao longo de 25 anos de experiência no Hospital da Prelada a um outro, ainda jovem, com menos experiência, mas com uma enorme vontade de adquirir "saber"; pelas novas exigências de gestão, pelas dificuldades que estas implicam, pelas novas e contínuas necessidades de formação dos profissionais envolvidos, pela dinâmica e pela forma como tudo acontece e tudo aparece, pelas constantes solicitações próprias e inerentes aos grandes projetos. E uma **enorme responsabilidade** de corresponder às legítimas expectativas de quem confiou e, em particular, na minha pessoa acreditou, como sendo capaz de dar um contributo eficaz para conduzir este projeto que é o Centro de Reabilitação do Norte aos objetivos a que se propõe.

Ao longo deste último ano tive a oportunidade e, conseqüente, responsabilidade de colaborar na seleção de novos

profissionais; de colaborar na seleção de equipamentos diferenciadores, necessários e fundamentais para o exercício de todas as atividades terapêuticas; de promover a formação contínua (interna e externa) de 20 Fisioterapeutas, 10 Terapeutas Ocupacionais e quatro Terapeutas da Fala, aproveitando os protocolos celebrados entre a Misericórdia do Porto e as diversas instituições de ensino superior; de fomentar as condições para a integração de Terapeutas em novas e diversas áreas de intervenção, a saber: núcleo de disfagia, análise de marcha, reabilitação neuropsicológica; de impulsionar o conceito de equipa interdisciplinar; de promover os valores da Misericórdia do Porto junto dos recém-chegados.

Como em todos os grandes projetos e desafios, a responsabilidade de atingir o sucesso não pode ser, contudo, pessoal. Ela deverá ser partilhada e dividida com quem, todos os dias, trabalha ao nosso lado neste que terá de ser – porque não podia ser de outro modo – um projeto comum. Foi esta partilha e colaboração inestimável de todos que tive o privilégio de encontrar ao longo deste último ano.

O CRN tem crescido connosco e todos nós temos crescido com o Centro de Reabilitação do Norte.

É a caminhar que o caminho se vai fazendo e estou certo que, em conjunto, este percurso que se avizinha grande e desafiante nos levará ao patamar idealizado: um Centro de Reabilitação que não seja "apenas" um projeto de sucesso, mas uma referência de Excelência na qualidade e humanização dos serviços prestados.

¹ Terapeuta Coordenador, Centro de Reabilitação do Norte



PLANO TERAPÊUTICO DE REABILITAÇÃO INDIVIDUAL E A INTERVENÇÃO DA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Alexandra Ribeiro¹, Ana Isabel Pinto², Ana Paula Esteves³, Ana Rita Pacheco⁴, Ana Sequeira², Bárbara Moreira⁵, Catarina Lima⁶, Corália Pinto², Diana Oliveira³, Elsa Moura³, Filipa Silva², Filipe Capa⁷, Florbela Ramos⁸, Gisela Araújo⁶, Joana Almeida⁹, Joana Lima¹, Liliana Pimenta³, Maria do Céu Pereira³, Marília Duarte¹⁰, Miguel Almeida²

Unidade Funcional de Reabilitação de AVC, Centro de Reabilitação do Norte

- | | |
|-------------------------|---|
| 1 Terapeuta Ocupacional | 6 Terapeuta da Fala |
| 2 Fisioterapeuta | 7 Médico Fisiatra; Coordenador da Unidade Funcional |
| 3 Enfermeiro | 8 Enfermeiro Responsável |
| 4 Psicólogo | 9 Médico Fisiatra |
| 5 Nutricionista | 10 Terapeuta Responsável |

A Unidade de Reabilitação do AVC (URAVC) conta com uma equipa multidisciplinar composta por Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas (FT), Terapeutas Ocupacionais (TO), Terapeutas da Fala (TF), Nutricionista, Psicólogos e Assistente Social. O artigo aborda os critérios de admissão e de alta dos doentes em regime de internamento, as várias alternativas terapêuticas de acordo com a fase da evolução clínica após o AVC (fase aguda, sub-aguda e crónica). São também abordadas as especificidades da intervenção de cada membro profissional e apresentados alguns aparelhos utilizados no nosso Centro.

Palavras-chave: AVC; Reabilitação integral; Estado funcional
Keywords: Stroke; Comprehensive rehabilitation; Functional status

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado a primeira causa de morte e morbilidade em Portugal e é natural que se dedique uma importância especial na prevenção e tratamento médico e fisiatrico. Foi criada no Centro de Reabilitação do Norte (CRN) uma unidade de reabilitação do AVC (URAVC), que presta assistência aos doentes com esta patologia em regime de internamento e na consulta externa, com a finalidade de minimizar os défices com tratamentos, melhorar a independência funcional, reduzir a incapacidade e promover a reintegração familiar e social de uma maneira gratificante.

Para alcançar esses objetivos é fundamental dispor de uma equipa multidisciplinar composta por Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas (FT), Terapeutas Ocupacionais (TO), Terapeutas da Fala (TF), Nutricionista, Psicólogos e Assistente Social. Esta equipa é liderada pelo Fisiatra, para efetuar o acompanhamento médico e planejar o programa individual de reabilitação. Compete-lhe realizar a integração e coordenação dos diferentes setores de tratamento e fomentar a partilha dos conhecimentos e objetivos comuns, de forma a contribuírem com o seu esforço e dedicação para a sua eficaz concretização. A prescrição no AVC por Medicina Física e Reabilitação está delineada numa norma fornecida pela DGS que se fundamenta nas boas práticas internacionais.

De uma forma sucinta, o plano terapêutico de reabilitação individual é elaborado tendo em conta a avaliação clínica, avaliação

funcional e sua gravidade, pontuação do índice de Barthel e/ou Medida de Independência e Funcionalidade (MIF) e definição de objetivos a curto prazo. É recomendada a identificação de objetivos de reabilitação e o estabelecimento de objetivos específicos, mensuráveis, atingíveis e realísticos, em tempo determinado.

O encaminhamento para as diferentes hipóteses de tratamento é fornecido pelo algoritmo clínico/árvore decisão da figura 1.

A admissão de um doente após AVC num programa de reabilitação deve cumprir os seguintes critérios: estabilidade clínica e sem risco de descompensação cardiopulmonar; existência de défices funcionais; capacidade de apreender e memorizar programas de reabilitação com novos esquemas motores e sensoriais e motivação para o mesmo; capacidade física para tolerar o programa de reabilitação e participação ativa no mesmo; complicações clínicas como espasticidade ou dor, com conseqüente deterioração do estado funcional prévio.

A incapacidade funcional resultante do AVC pode graduar-se de ligeira a grave com dependência total, classificando-se em três níveis consoante a avaliação funcional realizada dentro dos primeiros 5-7 dias segundo Garraway:

	MIF	Barthel
Ligeiro	> 80	>90
Moderado	> 40 e <80	> 55 e <90
Grave	<40	<55

Devem ser avaliadas a topografia e tamanho da lesão vascular bem como a presença de comorbilidades como doença coronária, fibrilhação auricular não controlada, insuficiência renal, obesidade, patologia músculo/esquelética, alterações cognitivas mentais ou psiquiátricas.

São critérios para internamento hospitalar especializado ou seguimento em centro de reabilitação:

- Défices funcionais significativos;
- Necessidade de supervisão médica especializada;
- Necessidade de assistência de Enfermagem 24 horas por dia;
- Capacidade para cumprir plano terapêutico de reabilitação intensivo de pelo menos três horas por dia durante cinco dias;
- Capacidade do doente para aprendizagem, motivação e colaboração no programa de reabilitação.

Após a fase inicial, a reabilitação poderá ser continuada em regime de ambulatório.

Doentes incapazes de participar ativamente na reabilitação devem ser encaminhados para o domicílio ou para a residência coletiva em coordenação com a família e/ou cuidador.

A alta do plano terapêutico de reabilitação em cada nível de cuidados tem de ser considerada quando: o doente adquire funcionalidade e independência similar ao status que possuía antes do AVC; são atingidos os objetivos funcionais realistas definidos inicialmente e atualizados

regularmente de acordo com a evolução da recuperação; quando não estão reunidas as condições de motivação, colaboração e capacidade cognitiva e não se prevê melhoria da situação clínica com intervenção terapêutica específica.

Na fase crônica o Médico de Família desempenha um papel muito importante no controlo e seguimento periódico do doente. No exercício da sua atividade e competências, o Enfermeiro da URAVC tem como objetivo principal a promoção da autonomia e reintegração familiar e social do doente. Recuperar a independência ou alcançar a máxima funcionalidade é fruto de um trabalho constante com base na motivação e capacidades do doente. O recurso a estratégias adaptativas e a integração do cuidador no programa de reabilitação, acompanhando-o no processo de transição para o seu novo papel, é parte fundamental do plano.

Com o doente, e articulado com o TO, são treinadas as Atividades de Vida Diária (AVD), definidas como "atividades que realizamos desde que nos levantamos até que nos deitamos, ou seja, todas as atividades necessárias aos cuidados pessoais diários, manutenção pessoal e à vida comunitária independente", com recurso, se necessário, a produtos de apoio.

A preparação para a alta é uma das prioridades dos Enfermeiros da URAVC, a qual se inicia no momento em que o doente é admitido, sendo considerados vários focos de atenção. As intervenções são orientadas para o autocuidado e para a gestão medicamentosa (dose, horário e via de administração), bem como para a intervenção junto do cuidador, a qual se direciona para a promoção da independência e adaptação ao meio físico, eliminando barreiras arquitetónicas e sociais, e disponibilizando recursos da comunidade. O diagrama 1 pretende sintetizar as intervenções de Enfermagem desenvolvidas ao longo do internamento.

O FT trabalha com o objetivo de reabilitar as alterações motoras e/ou sensoriais resultantes de um AVC. Este profissional, após análise da prescrição médica, realiza um plano de reabilitação que tem como objetivos gerais promover a recuperação do controlo motor e devolver ao doente a sua independência nas tarefas funcionais.

De acordo com a evidência científica, diferentes abordagens terapêuticas permitem melhores resultados na reabilitação do doente com AVC, de entre as quais se destacam

o conceito de Bobath, a abordagem de Brunstrom e Facilitação Neuromuscular Propriocetiva (PNF) de Kabat.

A combinação de diferentes abordagens possibilita ao FT o estabelecimento de um programa de exercícios que fomenta a recuperação da função dos membros afetados. Sob um ponto de vista mais abrangente, o FT inicia a reabilitação com a prática de movimentos isolados, como por exemplo levantar de uma cadeira ou iniciar o passo, e de seguida introduz movimentos mais complexos que requerem maior capacidade de coordenação e equilíbrio, nomeadamente a movimentação do doente entre obstáculos ou subir e descer escadas. Em determinados doentes, são necessárias sessões de hidroterapia para ajudar a atingir os objetivos propostos. Por vezes, os doentes necessitam de produtos de apoio, nomeadamente auxiliares de marcha, sendo o Fisioterapeuta essencial na adaptação e utilização desses produtos.

É com este tipo de conceito inovador, baseado numa conjugação de diferentes métodos, que se procura intervir nos doentes do Centro de Reabilitação do Norte, permitindo aumentar de forma eficaz a sua funcionalidade e qualidade de vida. Com o objetivo de conseguir melhores resultados e com vista a uma reabilitação diferenciada, os doentes utilizam diariamente aparelhos, nomeadamente o balance trainer e a suspensão.

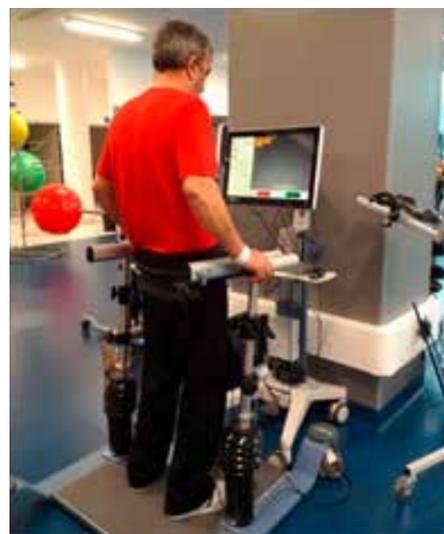


Figura 2 - Utilização do Balance Trainer

O balance trainer tem como objetivos potenciar o controlo postural do tronco, promover a distribuição de carga ativa, melhorar o equilíbrio e contribuir para o

início da marcha (Figura 2). No que diz respeito à utilização da suspensão, esta permite ao Fisioterapeuta realizar treino de marcha de forma segura e com suporte do peso corporal do doente (Figura 3).

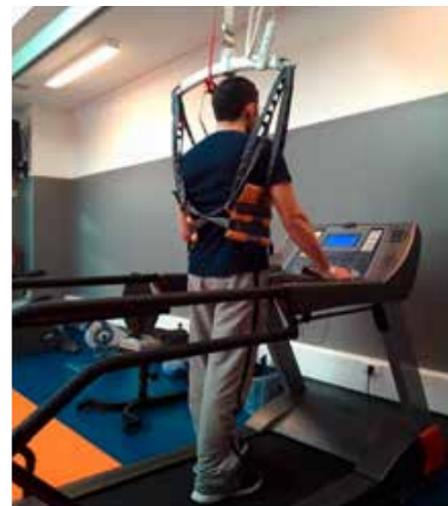


Figura 3 - Marcha na passadeira com a suspensão

A bibliografia aponta para uma incidência superior a 50% no que respeita à perda da capacidade de caminhar nos doentes com AVC em fase aguda. Desta forma, a reabilitação da marcha é um dos objetivos centrais da intervenção do FT, pretendendo-se que o doente, após o cumprimento do plano terapêutico, tenha readquirido as componentes necessárias para a realização de uma marcha funcional.

A Terapia Ocupacional atua nos défices físicos, cognitivos e mentais provocados pelo AVC, auxiliando os doentes a recuperar a capacidade de se envolver em ocupações através de diversas técnicas específicas, tornando o processo de reabilitação mais produtivo e eficaz para as suas necessidades. Assim, o objetivo do TO é permitir ao doente voltar ao nível mais elevado de desempenho. O TO intervém inicialmente para reeducar e reestabelecer a função do membro lesado. Para tal, são utilizadas várias técnicas, abordagens e atividades, designadas de métodos preparatórios, como preparação para o treino em AVD e Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDI), de forma a tornar o doente o mais autónomo possível no seu dia-a-dia.

Os vários métodos preparatórios incluem o treino sensorio-motor, no qual são trabalhados os diferentes tipos de sensibilidades que normalmente estão alteradas ou ausentes após o AVC. Dessa forma, o TO recorre

à utilização de diferentes texturas como esponja, lixa, vibro-massajador, escovas, bolas picos, areia, entre outros (Figura 4),



Figura 4 - Exemplos de texturas para treino sensorio-motor

e também à manga de Margaret Jonhstone. A Abordagem de Rood compreende a utilização de estimulação sensorial para produzir uma resposta motora. São utilizados estímulos como o calor neutro, gelo dinâmico ou estático, tapping e escovagem. A técnica terapia-espelho também contribui para atenuar os défices sensoriomotores e acelerar o processo de reabilitação funcional. A reabilitação da funcionalidade da mão é realizada através do treino de destreza manual, motricidade grosseira e fina.

O Terapeuta utiliza aparelhos terapêuticos como o Armeo e a Nintendo® Wii com o objetivo de aumentar a amplitude e a dissociação do movimento do membro superior, bem como treinar o doente com níveis intensos de concentração e coordenação.

Todos os métodos preparatórios acima mencionados permitem ao TO preparar o doente para o desempenho em AVD ou em ocupações significativas. São exemplos destas ocupações o treino de atividades de motricidade fina no qual se está também a contribuir para a envolvimento do doente em AVD, como apertar cordões. Assim, torna-se importante dar oportunidade ao doente de treinar AVD num contexto onde o Terapeuta forneça pistas para a realização das mesmas e o reedueque nesse sentido. No caso de não ser possível reestabelecer a função do membro lesado, o TO adota uma abordagem compensatória, utilizando estratégias, de forma a promover ao doente o máximo de independência no dia-a-dia. A transferência de lateralidade permite treinar o lado corporal não afetado, nos casos em que se verifica a não utilização deste previamente nas tarefas, permitindo o máximo de funcionalidade, como por

exemplo, o treino de escrita. Os produtos de apoio, como os engrossadores de cabo para talheres (figura 5), pratos com rebordo (figura 6), abotoadores, entre outros, são atribuídos de acordo com as possíveis dificuldades com que o doente se depara no dia-a-dia, sendo sugeridos para que este consiga um desempenho mais autónomo e independente nas diferentes ocupações, articulando sempre com a Enfermagem de reabilitação.



Figura 5 - Talheres de cabo engrossado



Figura 6 - Prato com rebordo

A inserção do indivíduo num contexto biopsicossocial está dependente de um processo ativo que compreende várias dimensões, o qual é designado de comunicação.

Decorrentes de algumas lesões, nomeadamente as que envolvem o sistema nervoso, como o AVC, podem encontrar-se alterações que condicionam o funcionamento cerebral nos domínios da linguagem, audição, programação e produção de fala e coordenação motora dos órgãos fonarticulatórios. Tais fatores condicionam diretamente a viabilização e a qualidade da comunicação.

De acordo com a multiplicidade de locais de lesão, em casos de AVC, o TF assume um papel transversal no que concerne a áreas de intervenção.

Alterações da linguagem, habitualmente decorrentes do hemisfério esquerdo, podem levar a perturbações adquiridas da comunicação. Tais limitações traduzem-se

na perda parcial ou total da capacidade de compreender e/ou produzir linguagem. Esta perturbação, conceptualizada como afasia, afeta 1/3 da população acometida pelo AVC, sendo que na fase aguda a sua incidência pode atingir os 40%.

Indivíduos com limitações linguísticas podem apresentar barreiras na sua atividade e participação. Uma intervenção centrada na maximização da funcionalidade comunicativa contribuirá para a promoção de relações interpessoais eficazes na pessoa com afasia. Poderá recorrer-se a uma abordagem que vise a estimulação de diferentes competências linguísticas que permitam a generalização em atividades da vida diária, aumentando a sua participação em diversos contextos sociais.

Num outro domínio, e considerando o atingimento de diferentes níveis do sistema nervoso central ou nervos periféricos, poderão encontrar-se quadros compatíveis com limitação ao nível da execução e/ou programação motora da fala.

Quadros de disartria e apraxia do discurso, por exemplo, podem comprometer uma comunicação eficaz. Se na primeira estabelecem-se como objetivos o restabelecimento da força, coordenação, precisão e velocidade da musculatura envolvida na articulação, fonação e respiração; na segunda, a intervenção baseia-se no uso de modalidades de feedback e treino articulatório.

Outro tipo de alterações relaciona-se com a alimentação que constitui uma fonte de prazer, interação social e familiar. Caracteriza-se não só pelo ato de se alimentar, mas essencialmente pelo aporte calórico necessário à manutenção da vida. Em virtude de um AVC, as alterações da deglutição, designadamente a disfagia, apresentam uma incidência compreendida entre 42% a 67%. Estas alterações estão associadas a um aumento do risco de desenvolvimento de complicações pulmonares, desnutrição e desidratação e hospitalização prolongada, podendo mesmo conduzir à morte.

Após avaliação da severidade da disfagia, o TF estabelece estratégias e manobras que garantem a segurança e funcionalidade da deglutição. O Nutricionista avalia e monitoriza o estado nutricional do doente e institui, de acordo com a especificidade da disfagia, um programa de nutrição adequado. Faz também parte do papel deste profissional, transmitir ao doente e seus cuidadores o modo de preparação dos alimentos, tendo em conta a dieta prescrita

e a consistência da mesma. O risco de desidratação é uma preocupação no que respeita ao doente disfágico, assim sendo, as suas necessidades hídricas devem ser cautelosamente monitorizadas.

A intervenção no doente com disfagia assume diferentes vertentes conforme a severidade do quadro apresentado. Técnicas como a manipulação da consistência e volume de alimentos, estimulação sensoriomotora oral e treino de controlo oral podem auxiliar na redução do grau de comprometimento da disfagia e progredir no tipo de dieta, melhorando a qualidade de vida do doente em função da maximização do seu potencial funcional.

O AVC pode apresentar um impacto profundo nos doentes, afetando o seu funcionamento físico, cognitivo, social e/ou emocional. "Não se sentirem prontos no momento da alta médica e necessitarem de apoio na recuperação dos seus papéis prévios e novos" e a preocupação em relação à "descontinuidade no corpo, self, e papéis, e incerteza após o internamento" são manifestações comuns destes doentes, que por outro lado revelam muitas vezes o desejo de reconquistar a continuidade nos papéis sociais desempenhados e a esperança de se adaptarem.

Para o Psicólogo que intervém no doente com AVC são particularmente relevantes as consequências neuropsicológicas, psicoemocionais e familiares, das quais se salientam as duas últimas:

Consequências psicoemocionais

- Perda do controlo das emoções, com presença de choro fácil
- Depressão, ansiedade ou alterações do humor, pelas dificuldades na aprendizagem para lidar com a situação
- Outros transtornos psicopatológicos:
 - Psicose (alucinações, ideias delirantes, associado a síndromes confusionais com grande frequência (delirium com agitação))
 - Mania e hipomania
 - Transtornos de ansiedade
 - Disfunções sexuais
 - Transtornos orgânicos da personalidade (alterações do comportamento)

Consequências familiares

- Stresse e ansiedade nos cuidadores
- Transformações no núcleo familiar
- Definição de novos papéis
- Aumento dos conflitos ou aproximação entre os membros da família

- Limitações sociais
- Sobrecarga psicológica
- Ansiedade sobre o futuro
- Apreensão com outros problemas de saúde que podem surgir no doente ou neles próprios
- Risco de depressão e outros tipos de stresse emocional
- Disrupção das atividades sociais e de lazer
- Perda de liberdade e restrições nos movimentos
- Insatisfação com organização de cuidados
- Dificuldades psicossociais

Todos estes quadros se repercutem invariavelmente na vida pessoal e social do doente ocasionando, entre outros, a perda de emprego, abandono dos estudos, redução das atividades sociais, rutura da harmonia familiar e uma deterioração da independência funcional do doente que necessita de ajuda de terceiros para a maioria das atividades que antes podia realizar sozinho. Isto para além da grande alteração da estrutura familiar e do sofrimento das pessoas que convivem com o doente. A família que enfrenta doença de longa duração necessita de assistência emocional e da solidariedade de familiares e amigos para reaver os aspetos sadios de vida. A cooperação e a preocupação de parentes, amigos e vizinhos são fatores relevantes, pois dão estímulo, coragem, segurança, aceitação e tranquilidade aos elementos do agregado familiar.

A intervenção do Psicólogo no CRN com doentes com AVC está essencialmente focada, para além da estimulação neuropsicológica, na contenção da sintomatologia acima descrita. No domínio da ação da equipa multidisciplinar, as intervenções psicológicas devem incidir sobre os domínios comportamental, que se prende com a forma como se lida com a doença; cognitivo, relacionada com a estimulação das funções superiores do doente afetadas na sequência da lesão; emocional, que se refere à forma como o doente lida com as emoções associadas à doença e às mudanças experienciadas; e de gestão de papéis, associada com a forma como os indivíduos continuam a sua vida e reconquistam e mantêm papéis.

O papel do Psicólogo do Centro de Reabilitação do Norte na intervenção no AVC é dividido entre a intervenção direta com o doente, a articulação e intervenção com as famílias ou outros cuidadores, e a articulação sustentada com os restantes elementos da equipa multidisciplinar em que

se insere.

O papel do Psicólogo prende-se, deste modo, com a minimização do impacto do AVC na vida do doente e da sua família, e com a potenciação da adesão aos tratamentos e recuperação.

A interdisciplinaridade no trabalho destas equipas fomenta a discussão e definição de objetivos centrados no doente, no qual todos os profissionais têm conhecimento do plano de reabilitação traçado e todos partilham um objetivo final comum que visa a funcionalidade global e a melhoria da qualidade de vida do doente.

Assim, a reabilitação através de uma equipa multidisciplinar permite uma visão holística de todos os doentes, e sempre que possível com envolvimento de familiares e/ou cuidadores, contribuindo para o sucesso da intervenção.

Bibliografia

1. DGS. Acidente Vascular Cerebral, Itinerários Clínicos. 2010.
2. Marques SCL. Os cuidadores informais de pacientes com AVC. 2007.
3. Branco T SR. Reabilitação da pessoa com AVC. 2010.
4. Wilt D, Putman , Lincoln , Berman , Beyens , Bogaerts , et al. Stroke rehabilitation in Europe: what do physiotherapists and occupational therapists actually do? Stroke. 2006.
5. Network SIG. Management of patients with stroke. 2002 Novembro.
6. Pollock A, Baer G, Pomeroy V, Langhorne P. Physiotherapy Treatment Approaches for the Recovery of Postural Control and Lower Limb Function Following Stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007.
7. Rall B. Professional therapy concepts for neurological rehabilitation. 2013.
8. Barbeau H, Visintin M. Optimal outcomes obtained with body-weight support combined with treadmill training in strokes subjects. Arch Phys Rehabil. 2003.
9. Rowlan T, Cook D, Gustafsson. Role of occupational therapy after stroke. Annals of Indian Academy Neurology. 2008; 11(99-107).
10. Pedretti LW, Early MB. Terapia Ocupacional - Capacidades Práticas para as disfunções Físicas. 5th ed. São Paulo: Roca Ltda; 2005.
11. Machado S, Velasques B, Paes F, Cunha M, Basile L, Budde H, et al. Terapia-espelho aplicada à recuperação funcional de pacientes pós- acidente vascular cerebral. Revista Neurociências. 2011; 19: p. 171-175.

12. Hocoma.com. The Armeo Therapy Concept. (Online). (cited 2015 Fevereiro 25). Available from: <http://www.hocoma.com/products/armeo/>.
13. Neistadt ME, Crepeau EB. Terapia Ocupacional. 9th ed.: Guanabara Koogan; 2002.
14. MD S, APMG MK. Resultados preliminares do estudo da compreensão em sujeitos disártricos. Rev. CEFAC..
15. KC P, CR O, BM S, LF C, RP F. Instrumentos para avaliação da linguagem pós-lesão cerebrovascular esquerda. CEFAC. 2013: p. 444-454.
16. APS L. Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala de Portugal. 2009.
17. F S, BA P. Influência da comunicação na vida dos cuidadores de pessoas com afasia. 2010.
18. JS A, FP R, V F. A avaliação da linguagem após Acidente Vascular Cerebral em adultos no estado de Sergipe. CEFAC. 2014: p. 853-862.
19. LA T, DDMBBS V, YBA G, DPhD R, RMD L, AEMA H. Chronic Apraxia of

- Speech and Broca's Area. 2013.
20. Moser C MJ. Policy statement: The specialist contribution of speech and language therapists along care pathway for stroke survivors. 2007.
21. JB E. Exercícios e Manobras Facilitadoras no Tratamento das Disfagias. 1998.
22. SM C. O Envelhecimento Natural da Laringe: Disfagia Uma Abordagem Multidisciplinar. 2008.
23. RB I, SR F, MC R, LM B, ST A, R M. Disfagia e Acidente Vascular Cerebral: relação entre o grau de severidade e o nível de comprometimento neurológico. J Soc Bras Fono. 2011: p. 385-9.
24. O B. Quando suspeitar de aspiração silenciosa? Assoc Med Bras. 2007: p. 283-292.
25. M C, T A, F G. Evolução do Estado Nutricional num doente com disfagia pós-AVC. 2008.
26. FB R. Disfagia no adulto. O papel do fonoaudiólogo e nutricionista. 1998.
27. RG S. A eficácia da reabilitação em

- disfagia orofaríngea. 2007: p. 123-130.
28. Satink T, Cup EH, Iloft I, Prins J, Swart BJ, Nijhuis-van der Sanden MW. Patient's views on the impact of stroke on their roles and self: a thematic synthesis of qualitative. 2010.
29. Pound P, Gompertz P. A patient-centred study of the consequences of stroke. Clinical Rehabilitation. 1998: p. 338-347.
30. Greenwood N, Mackenzie A, Cloud G, Wilson N. Loss of autonomy, control and independence when caring: a qualitative study of informal carers of stroke survivors in the first three months after discharge. Disability and Rehabilitation. 2010: p. 125-133.
31. Kerr SM, Smith LN. Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving. Clinical Rehabilitation. 2001: p. 428-436.
32. DJ C. The role of multidisciplinary team care in stroke rehabilitation. Progress in Neurology and Psychiatry. 2013.

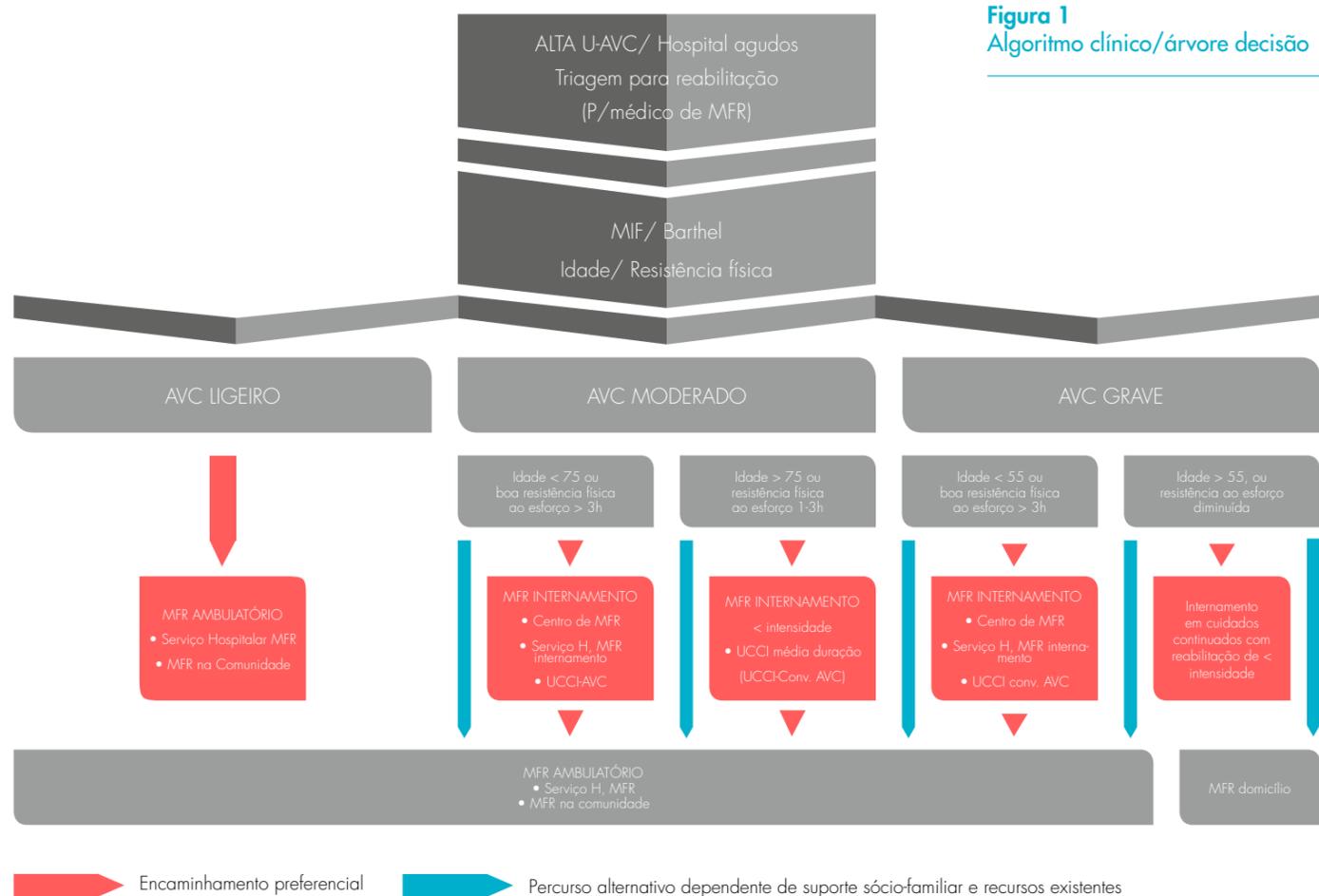


Diagrama 1
Intervenções de Enfermagem desenvolvidas ao longo do internamento

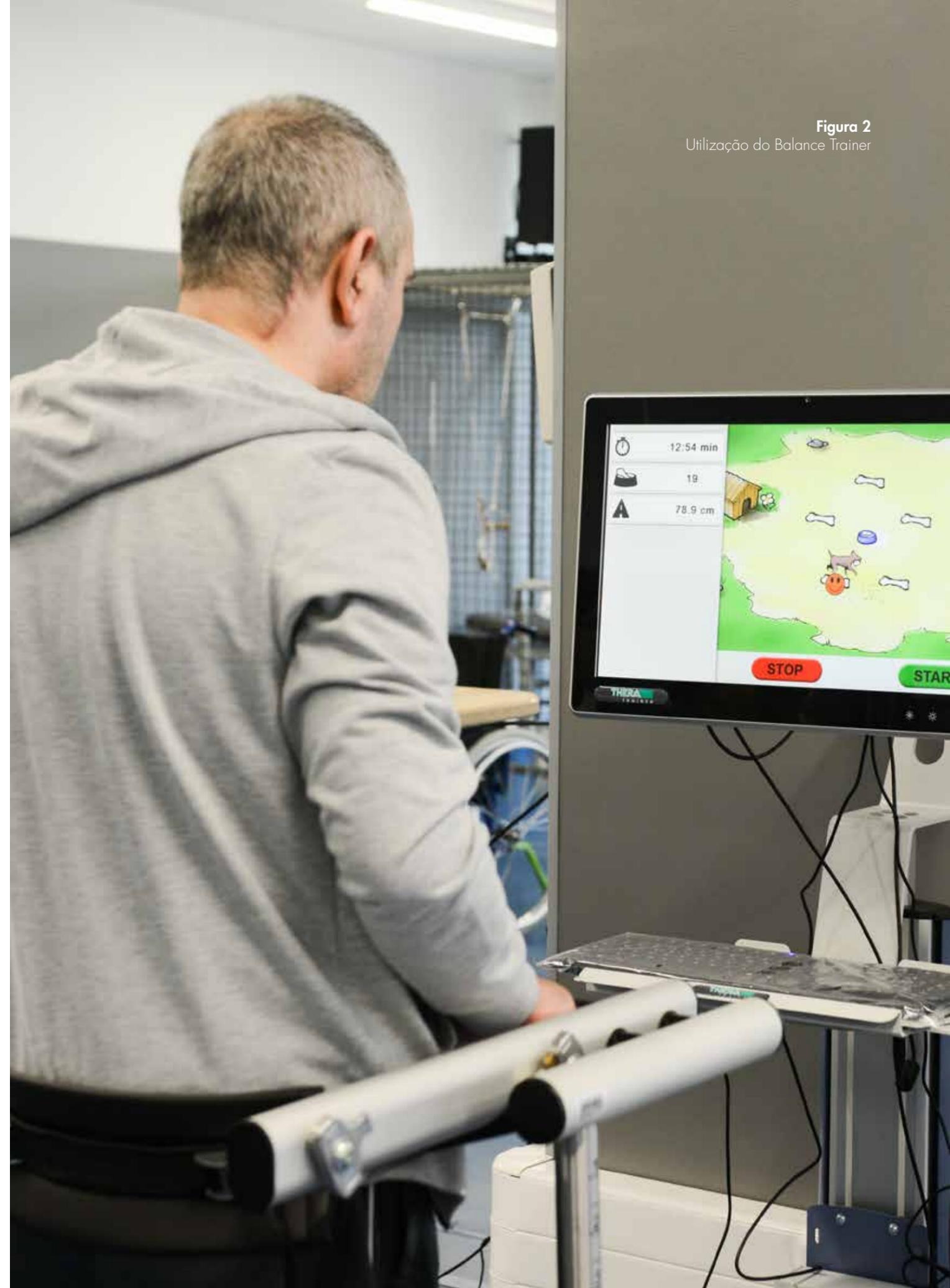
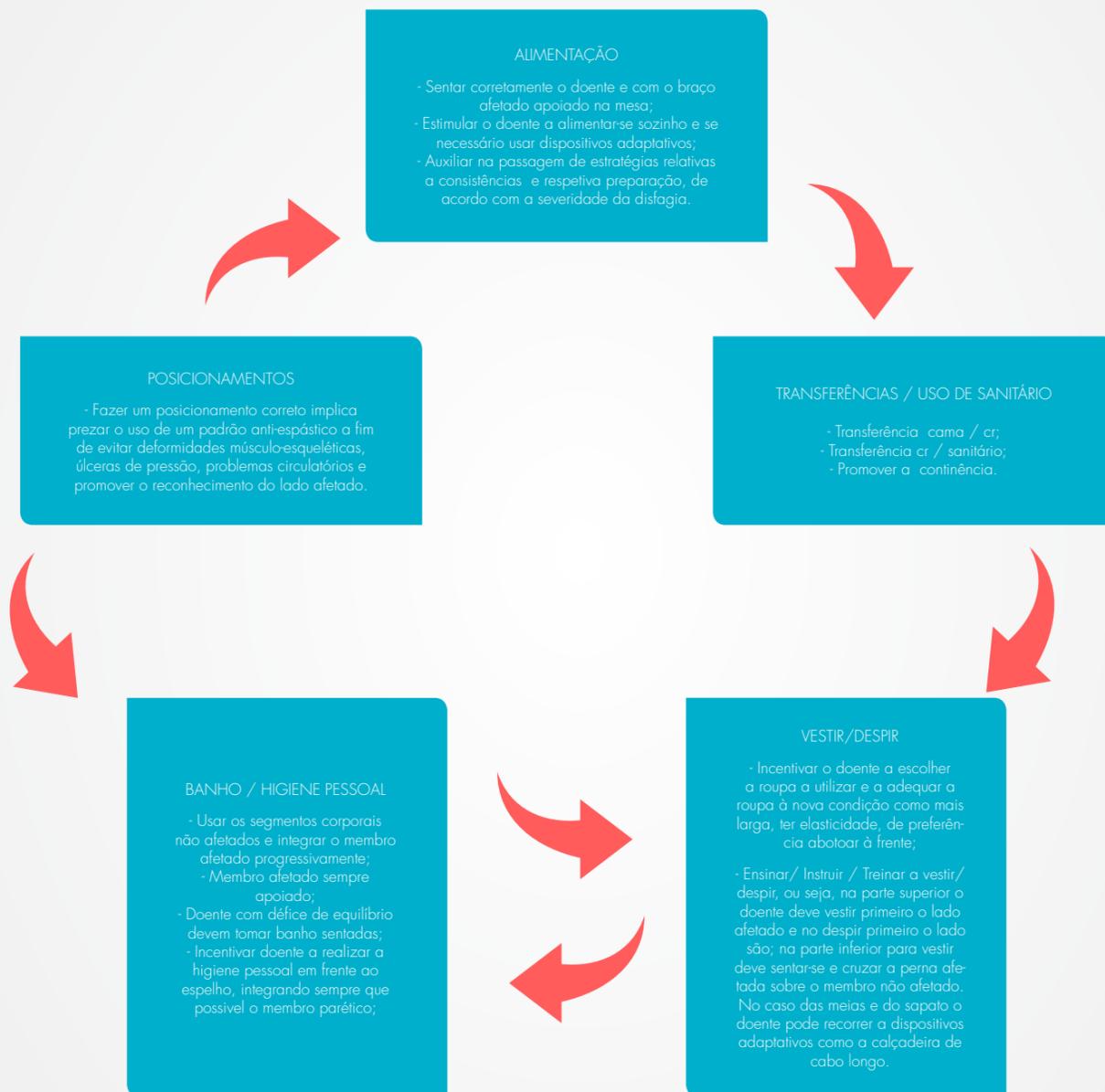


Figura 2
Utilização do Balance Trainer

INTERVENÇÃO DA MEDICINA DE REABILITAÇÃO NO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Bárbara Moreira¹, Carla Teixeira², Estefânia Martins³, Filipa Silva⁴, Frederico Silva⁴, Florbela Ramos⁵, Gustavo Beça⁶, Joana Lima⁷, Joaquim Margarido³, Juliana Vieira⁷, Marta Coutinho⁸, Marta Neves³, Renato Nunes⁹, Sara Silva¹⁰, Sara Teixeira³, Susana Araújo⁸, Tânia Amorim³, Virginie Ferreira⁴

Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo cranioencefálico, Centro de Reabilitação do Norte

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma das principais causas de deficiência e incapacidade em todo o mundo. As sequelas de um TCE são múltiplas e só uma abordagem multiprofissional permitirá restituir a funcionalidade e facilitar a participação na vida em comunidade.

Palavras-chave: traumatismo cranioencefálico; reabilitação; deficiência

- | | |
|--------------------------|---|
| 1 Nutricionista | 6 Médico Fisiatra |
| 2 Médica Internista | 7 Terapeuta Ocupacional |
| 3 Enfermeiro | 8 Terapeuta da Fala |
| 4 Fisioterapeuta | 9 Médico Fisiatra; Coordenador da Unidade Funcional |
| 5 Enfermeiro Responsável | 10 Psicóloga |



Introdução

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é uma das principais causas de deficiência e incapacidade em todo o mundo, sendo um problema de saúde major nos países desenvolvidos devido ao elevado número de acidentes de viação. Registou-se um decréscimo na última década devido à implementação de medidas de segurança rodoviária, mas mantém-se como uma das principais causas de morte em jovens adultos, sendo referido como "epidemia silenciosa". Definido como "Qualquer alteração na função cerebral ou outra evidência de patologia cerebral provocada por uma força externa", o TCE é uma patologia transversal a todas as faixas etárias, mas que se reveste de particular complexidade na criança, pela interação da lesão encefálica com o processo de desenvolvimento bio-psico-social, e no idoso, em que a recuperação é mais lenta e pode ser comprometida pela presença frequente de comorbidades. Além disso apresenta uma grande variabilidade em termos de gravidade e tipo de lesão encefálica, resultado em quadros clínicos com múltiplos défices físicos, cognitivos e comportamentais.

Epidemiologia

A epidemiologia do TCE varia com o mecanismo e a gravidade da lesão. Dados estatísticos dos Estados Unidos da América (EUA) de 2003 apontam no sentido de uma cada 200 pessoas tem TCE ao longo de um ano. Uma análise de vários estudos de incidência nos EUA realizada nos anos 80,

estima uma taxa anual entre 175 e 200 casos por 100 000 habitantes que inclui os novos casos de TCE de que resultou morte ou hospitalização. Sabe-se que, anualmente, cerca de dois milhões de pessoas sofrem TCE, 25% (500 000) necessitam hospitalização, 70 000 a 90 000 dos sobreviventes ficam com sequelas crónicas importantes e, aproximadamente, 200 000 do total de pessoas que sofreram hospitalização ficarão com sequelas menores mas que podem interferir na sua vida quotidiana. Estudos mais recentes mostraram uma incidência de TCE de cerca de 235/100000 na União Europeia (UE), com grande variabilidade entre países.

As estatísticas nacionais são difíceis de obter por vários fatores relacionados com o subdiagnóstico, a ausência de procura de cuidados médicos em situações de TCE ligeiro (cerca de 80%), a falta de sistemas de monitorização e registo em casos de morte por politraumatismo e problemas na classificação da gravidade do TCE. A incidência de TCE em Portugal entre 1996-1997 foi de 137/100000.

A incidência geral de TCE varia com o sexo, sendo mais frequente nos homens do que nas mulheres (2 a 2.8:1), o que pode refletir diferenças nas situações de risco. As faixas etárias de maior risco são as crianças de primeira infância (0-4 anos), os adolescentes e os idosos.

As causas mais frequentes de TCE são os acidentes de viação, as quedas e as situações de violência/agressão. Nos países desenvolvidos as quedas têm aumentado como causa de TCE devido ao

envelhecimento da população e diminuído os casos relacionados com acidentes de viação, que continuam como a principal causa entre adolescentes e adultos jovens, em particular do sexo masculino. Assiste-se também a um crescimento dos casos de TCE resultante de violência e a novos tipos de lesão associadas a explosivos de utilização recente em contexto de conflito armado. Têm sido identificados fatores de risco de maior suscetibilidade para ter TCE, sendo o mais frequentemente citado o consumo prévio de álcool. Outros fatores referidos são a presença prévia de distúrbios da personalidade, distúrbio de défice de atenção e hiperatividade, disfunção familiar e comportamento anti-social.

Fisiopatologia lesional

No TCE os danos encefálicos podem ser provocados pela lesão primária, definida como a lesão que resulta direta e imediatamente após o traumatismo, e pode ser de dois tipos: lesão axonal difusa e lesão focal. A lesão axonal difusa (LAD) é muito característica da lesão encefálica adquirida (LEA) traumática e resulta de forças de aceleração-desaceleração e rotacionais, que ocorrem em situações de elevada velocidade e impacto, e provocam uma disrupção axonal difusa traduzida por lesões múltiplas, frequentemente microscópicas e sem tradução imagiológica, e que se distribuem predominantemente pelo mesencéfalo, protuberância, corpo caloso e substância branca dos hemisférios cerebrais, em geral bilateralmente. A LAD pode apresentar-se clinicamente com alteração do estado de consciência inicial, fator que compromete

a gravidade e a recuperação após TCE. As lesões focais resultam de diferentes mecanismos de traumatismo direto (fechado ou penetrante) podem ser de múltiplos tipos (lacerações, contusões, lesões hemorrágicas) e são geralmente mais circunscritas, mais superficiais em termos de tecido neuronal, localizando-se nas circunvoluções e superfície dos hemisférios cerebrais, e provocam défices neurológicos tendencialmente focais, podendo provocar mais frequentemente complicações como a epilepsia. A lesão secundária define-se como qualquer agressão do tecido cerebral que ocorre após a lesão inicial (primária) e que resultam de isquemia local, hipoperfusão cerebral, fatores sistêmicos (anemia, hipotensão, disfunção cardio-respiratória), sépsis e anóxia em contexto de convulsões. O controlo das lesões secundárias pode resultar em menor perda de tecido neuronal.

Gravidade e apresentação clínica

Segundo a gravidade, o TCE classifica-se em ligeiro, moderado e grave (quadro 1). A profundidade e a duração do coma (DC) 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 (APT) tem sido usado como uma medida da gravidade da lesão.

Quadro 1 – Classificação da gravidade do TCE

TCE ligeiro	TCE moderado	TCE grave
APT <1 hora	APT 1-24 horas	APT 1-7 dias
ECG 13-15	ECG 9-12	ECG 3-8
DC <15 minutos	DC <6 horas	DC 6-48 horas

Complicações

As principais complicações resultantes do TCE são as convulsões/epilepsia, alterações cardíacas, alterações respiratórias, alterações trombo-embólicas, alterações nutricionais, espasticidade e suas consequências, agitação/alterações do comportamento e a disfunção endocrinológica. O sistema neuroendócrino engloba o tálamo e a hipófise, estando ligados pela haste hipofisária. A hipófise divide-se no lobo anterior (adenohipófise) e posterior (neurohipófise). O lobo anterior é responsável

pela produção de seis hormonas (hormona adrenocorticotrófica (ACTH), hormona de crescimento (GH), hormona estimulante da tiróide (TSH), hormona luteinizante (LH), hormona foliculo-estimulante (FSH) e prolactina) e o lobo posterior é responsável pela secreção e armazenamento de duas hormonas (vasopressina ou hormona antidiurética e oxitocina).

As alterações neuroendócrinas pós-TCE não são raras, ao contrário do que se pensava anteriormente, sendo que estudos de autópsias de doentes com TCE fatal revelam uma elevada prevalência de alterações do hipotálamo e da hipófise, tais como necrose do lobo anterior da hipófise (9-38%), hemorragia do lobo posterior da hipófise (12-45%) e lesões traumáticas da haste hipofisária (5-30%). Esta percentagem parece aumentar com a gravidade do TCE. Os mecanismos de lesão são vários e incluem os diretos (fratura da base do crânio e lesões de aceleração – desaceleração) e os indiretos (edema cerebral, hipóxia, hipertensão intracraniana, hemorragia e libertação de mediadores inflamatórios).

As alterações hormonais da fase aguda podem ser apenas respostas adaptativas e não estão necessariamente associadas a alterações a longo prazo. Vários estudos mostram que a maioria dos doentes com alterações mínimas ou isoladas recuperam nos primeiros seis meses após lesão. O défice hormonal crónico ocorre em 30 a 40% dos casos, envolvendo mais do que uma hormona em 10 a 15%.

A complicação endócrina mais comum associada ao TCE é a síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIADH). A insuficiência suprarrenal e a diabetes insípida ocorrem mais frequentemente em casos de TCE grave.

As complicações endocrinológicas resultantes do TCE podem condicionar um grande impacto no programa de reabilitação, no seu resultado e na qualidade de vida.

O diagnóstico é baseado na avaliação clínica, laboratorial e neuroimagiológica, sendo a RMN o método preferencial. As manifestações clínicas são diversas, dependem da área afetada, e incluem labilidade da temperatura corporal, alteração do apetite, flutuação do peso, hiper e hipotensão, fadiga, perturbação do sono, ansiedade, depressão, perturbação da memória, défices cognitivos, redução da massa óssea e muscular e imunodeficiência. O grande desafio reside na deteção precoce das alterações subtis, sendo o gold standard

o doseamento sérico das hormonas. Os estudos mais recentes recomendam que esta investigação deve ser feita a todos os doentes com TCE com valor na ECG inferior a 12 e que os doentes com maior risco de desenvolverem hipopituitarismo pós-traumática são os que são mais velhos, tiveram lesão axonal difusa ou coma e hospitalização mais prolongada.

Intervenção da reabilitação

A área destinada à Unidade de Reabilitação de TCE (URTCE) do CRN encontra-se distribuída por diversos espaços terapêuticos e gabinetes de consulta, bem como uma área de internamento com capacidade para 15 camas. As áreas de intervenção no TCE estão definidas espacialmente de modo a conferir o ambiente mais propício e seguro para cada quadro clínico. Atendendo ao tipo de alterações apresentadas, as áreas destinadas a estes doentes estão sujeitas a grande controlo e vigilância, e a medidas de contenção de estímulos nocivos. Nos espaços utilizados por doentes com TCE estão asseguradas as seguintes condições de segurança:

- Encerramento de portas e janelas
- Controlo do acesso à saída da Unidade/Centro de Reabilitação do Norte
- Controlo do acesso a medicamentos/embalagens de produtos de limpeza e outros
- Controlo da circulação no Centro de Reabilitação do Norte
- Identificação do risco de queda/fuga (pulseira)

O doente com TCE em regime de internamento é submetido a um programa de reabilitação integral e abrangente, disponibilizado grande parte do dia segundo um desempenho técnico especificamente desenvolvido e uniformizado.

A URTCE está preparada para receber doentes com TCE de três grupos clínicos distintos:

1. Doentes com alteração do estado de consciência (coma, estado vegetativo, estado de consciência mínimo)
 2. Doentes em fase após alteração do estado de consciência com agitação/alterações do comportamento
 3. Doentes com défices múltiplos incluindo défices neuro motores e neuropsicológicos.
- O principal objetivo do Centro de Reabilitação do Norte é proporcionar ao doente o melhor acompanhamento, sendo este realizado de forma contínua, personalizada e com o mais elevado nível humano, científico e técnico por

equipa multiprofissional.

Fisioterapia

A intervenção do Fisioterapeuta inicia-se quando o doente se encontra clinicamente estável, seguindo um plano de reabilitação neurofuncional que tendo em conta as especificidades da lesão e a individualidade de cada doente.

Esta parte do programa de reabilitação é realizado num espaço físico destinado especificamente a estes doentes, proporcionando um ambiente tranquilo por forma a mais facilmente controlar as alterações comportamentais e a agitação frequentemente presentes. Fisioterapeutas especializados na forma como lidar/atuar com este tipo de doentes constituem uma mais-valia para a reabilitação dos mesmos. Um dos objetivos da Fisioterapia na reabilitação de doentes com TCE é alcançar o maior grau de autonomia. Para além disso, torna-se fundamental evitar complicações secundárias tais como contraturas musculares, espasticidade, úlceras de decúbito, alterações posturais, fadiga muscular, problemas respiratórios entre outras, potenciando todas as suas capacidades.

Para atingir uma maior eficácia no programa, é extremamente importante conseguir a máxima participação do doente. A motivação e a sua aceitação no que diz respeito às alterações do seu estilo de vida são fatores relevantes para o sucesso da reabilitação.

A intervenção da Fisioterapia realiza-se através de vários tipos de abordagens, estratégias e técnicas específicas. O conceito de Bobath tem um lugar de relevo na reabilitação dos doentes com TCE visto promover a facilitação do movimento, solicitando ajustamentos da postura, através de reações automáticas de proteção, endireitamento e equilíbrio. Através da compreensão e perceção do movimento normal, o Fisioterapeuta utiliza a facilitação de movimentos e posturas seletivas, inibindo movimentos e posturas atípicas. Para além desta abordagem existem várias técnicas utilizadas, tais como a termoterapia, crioterapia, hidroterapia, eletroterapia, mecanoterapia e técnicas manuais, com o objetivo de proporcionar ao doente o maior grau de independência e funcionalidade.

É de destacar a existência de equipamento tecnologicamente avançado, seguindo o exemplo de outros centros de reabilitação internacionais de referência nesta área, entre os quais, o balance trainer e a marcha suspensa.

Através destes equipamentos são

apresentadas atividades no monitor que requerem do doente um nível mínimo de concentração de forma a conseguirem realizá-las com sucesso. Segundo Machado et al, 1997, durante a execução de tarefas motoras, aumentar qualquer tipo de feedback melhora o desempenho do doente.

Estes aparelhos têm como finalidade facilitar o controlo postural, melhorar o equilíbrio estático/dinâmico em ortostatismo, potenciar a noção do esquema corporal através de inputs proprioceptivos, bem como aumentar, quer a mobilidade, quer o endurance e a força muscular.

Por último, a suspensão é uma infra-estrutura que permite realizar as transferências de forma segura, para além de auxiliar o doente no treino de marcha quando este ainda não tem capacidade para a realizar de forma autónoma.

A longo prazo, o conhecimento dos resultados do seu desempenho na atividade, bem como a repetição na tarefa contribuem para o desenvolvimento de padrões motores mais consistentes.

Por outro lado, todos os equipamentos, através dos seus mecanismos de biofeedback, fornecem relatórios, os quais demonstram o desempenho do doente na atividade, permitindo ao Fisioterapeuta uma avaliação contínua e precisa. Esta informação torna-se crucial relativamente à constante reavaliação e posterior adaptação do plano de tratamento.

Terapia Ocupacional

A intervenção da Terapia Ocupacional no doente com TCE é dividida em diferentes fases e é orientada consoante os défices apresentados pelo doente no momento de entrada no setor terapêutico do Centro de Reabilitação do Norte.

Na fase inicial, o objetivo é essencialmente aumentar o nível de resposta, a consciência de si mesmo e do ambiente através da estimulação sensorial, recorrendo por vezes ao Snoezelen. Alguns doentes apresentam também alterações ao nível motor, sendo por vezes necessário o Terapeuta Ocupacional recorrer à confeção de talas para um melhor posicionamento do membro superior. Depois de confeccionada a tala, deve ser feito um plano para o uso da mesma, prescrita pelo Médico. Contudo, a confeção da tala requer também uma monitorização por parte do Terapeuta Ocupacional tendo em conta a existência de pontos de pressão e a higienização da mesma.

Posteriormente, nas fases intermédia e



avanzada, o Terapeuta Ocupacional recorre a dois modelos: o de reabilitação e o de compensação. O modelo de reabilitação sustenta a teoria da neuroplasticidade, que procura reorganizar os trajetos neurais para a reaprendizagem das funções. No modelo de compensação assume-se que já não há reparo dos tecidos neurais e são necessárias adaptações para voltar a realizar as atividades. Nestas fases o Terapeuta Ocupacional trabalha:

- Alterações neuromusculares - controlo de grupos musculares, com progressão proximal para distal; treino de preensões; coordenação e destreza manual; integração dos dois lados do corpo nas atividades; normaliza a experiência sensorial; treino de atividades de vida diária (AVD) e atividades de vida diária instrumentais (AVDI); confeção de talas (posicionamento e funcionais) e produtos de apoio;
- Alterações cognitivas – é realizada uma intervenção com o intuito de ser possível uma maior participação nas AVD e AVDI, assim as atividades de estimulação/treino cognitivo devem ter uma representação na vida real do doente como, por exemplo, sequenciar as AVD;
- Alterações sensório-perceptivas – o Terapeuta utiliza várias técnicas e estratégias para que o membro lesado seja integrado de uma forma correta - técnica de restrição do movimento; manga de Margareth Johnson (proprioceção); repetição de atividades e estimulação do membro com diferentes

texturas (estimulação sensorial);

- Alterações da mobilidade funcional - treino de deambulação em cadeira de rodas.

A Terapia Ocupacional utiliza também como instrumentos de reabilitação alguns sistemas interativos, como o Armeo@Spring e a NintendoWii®, que permitem trabalhar competências motoras (amplitudes de movimento, preensões, coordenação motora) e cognitivas (atenção, memória, resolução de problemas e percepção visuomotora e visuo-espacial) em simultâneo e têm como principal vantagem ser motivador e manter o doente focado no processo de reabilitação.

O sistema Armeo@Spring consiste num sistema de suspensão regulável com um exoesqueleto que abraça o membro superior, sendo necessário que o indivíduo tenha movimento ativo ainda que residual para trabalhar no espaço tridimensional⁵. As tarefas de reabilitação são realizadas através de diferentes jogos interativos e a maioria destes simulam situações reais como forma de treino para as atividades que os indivíduos irão realizar quando voltarem à vida quotidiana. Também é utilizado a NintendoWii®, sendo esta um equipamento de realidade virtual não imersivo e de suporte informático não recorrendo aos exercícios convencionais, muitas vezes monótonos e repetitivos, proporcionando novos desafios ao indivíduo. Consiste num programa com jogos que são inseridos no tratamento como ferramenta terapêutica, proporcionando um feedback imediato por parte do indivíduo; ou seja, obter respostas imediatas da eficiência das suas ações e se necessário correções das mesmas.

Terapia da Fala

A persistência de limitações no processo de comunicação em indivíduos acometidos por Traumatismo Cranioencefálico (TCE), assim como alterações que envolvem a fala, mastigação e deglutição, são consideradas questões-alvo que podem comprometer a sua inclusão na sociedade.

O sucesso social, vocacional, familiar e académico depende de uma função comunicativa efetiva destes indivíduos. Apesar de, frequentemente, não apresentarem limitação na realização de tarefas em provas formais, podem ter dificuldades no uso da linguagem. Ou seja, na adaptação da linguagem e da comunicação aos requisitos sociais específicos.

Num enfoque pragmático, analisa-se o discurso com objetivo de avaliar o uso da

linguagem, particularmente os mecanismos adaptativos implementados pelos interlocutores em determinado contexto.

Num outro domínio podem surgir alterações da sensibilidade/mobilidade dos órgãos fonoarticularórios e a funcionalidade de todo o processo de alimentação. A deglutição é uma sequência motora extremamente complexa que envolve a coordenação de vários grupos musculares. Corresponde ao transporte de material desde a cavidade oral até ao estômago não permitindo a entrada de substâncias para as vias aéreas. Este mecanismo exige um rigoroso controlo neuromotor com a participação do córtex cerebral, tronco cerebral e pares cranianos. A Disfagia manifesta-se por uma alteração clínica que compromete o ato de deglutir e a sua classificação depende da severidade e da respetiva fase em que ocorre – oral, faríngea e esofágica.

Surge assim a necessidade de uma avaliação criteriosa quanto à via de alimentação e quais as consistências adequadas à funcionalidade do doente com Disfagia.

A literatura é concordante no que respeita aos benefícios da terapia de reabilitação. Importa salientar a pertinência da análise da eficiência das técnicas utilizadas como também na eficácia da intervenção per si. Desta forma, a evolução para uma via oral, associada à manutenção da saúde pulmonar e estado nutricional e hídrico, é uma evidência da eficácia terapêutica.

Enfermagem

Tendo presente que bons cuidados significam “coisas diferentes para diferentes pessoas”, os Enfermeiros da URTCE fazem apelo aos seus conhecimentos no planeamento dos cuidados, mas também à sua sensibilidade, visto estarem afetadas as capacidades de decisão e autonomia destes doentes. Dada a sua relevância, nunca é demais lembrar que, para uma planificação dos cuidados adequada, é imprescindível uma avaliação inicial pormenorizada, onde a capacidade do doente para o autocuidado, o seu background cognitivo e o suporte social constituem fatores de primordial importância. Na planificação dos cuidados ao doente que sofreu TCE, os Enfermeiros da URTCE têm em consideração a vontade da pessoa e o seu meio envolvente e familiar, promovendo um ambiente seguro para o cuidador. Ao identificar as necessidades de segurança do doente com base no seu nível físico e cognitivo, bem como na história comportamental anterior, o Enfermeiro da

URTCE procura reduzir ameaças ambientais. Colocar a cama na altura mínima ou controlar os estímulos pela otimização da iluminação e ruído são intervenções simples mas de grande eficácia. Da mesma forma, a restrição do número de visitas, a disponibilização de objetos com significado para o doente, a seleção do companheiro de quarto ou a promoção da sua higiene constituem intervenções que habitualmente fomentam uma boa relação terapêutica, criando as bases para a integração do doente e diminuindo em simultâneo o risco de fuga sempre presente.

Fruto das alterações cognitivas verificadas, o Enfermeiro assume, desde o início, o papel de facilitador do processo de reabilitação, construindo a ligação entre os diferentes intervenientes no processo, incluindo o próprio doente e pessoas relativas, que constituirão o seu suporte no regresso à vida social

Estabelecer objetivos bem definidos de progressão, criando rotinas e promovendo a independência e a responsabilização do doente e família, são fatores potenciadores de uma melhor e mais rápida recuperação (quadro 2).

- Determinar o nível do conhecimento do cuidador;
- Determinar a aceitação do papel por parte do cuidador;
- Determinar a dependência do doente em relação ao cuidador;
- Investigar os elementos positivos e negativos do cuidador, bem como aceitar as expressões de emoção negativa;
- Encorajar o cuidador a assumir responsabilidades, de acordo com o adequado;
- Monitorizar os problemas de interação familiar relacionados aos cuidados do doente;
- Monitorizar indicadores de stress;
- Ensinar ao cuidador técnicas de controlo do stress bem como estratégias que assegurem a sua própria saúde física e mental;
- Ensinar o cuidador a utilizar os recursos da comunidade dos cuidados à saúde.

Quadro 2 - Apoio ao cuidador

De igual modo se percebe que a inclusão de todos os atores passa pela transmissão e partilha da informação, quer entre os profissionais de saúde, quer com o doente e sua família. Para estes, é necessário utilizar linguagem adequada ao seu nível cultural, seja escrita ou verbal, procurando utilizar no segundo caso um tom de voz suave e baixo, mas firme.

Investindo particularmente na promoção da segurança do doente e na sua recuperação em contexto familiar, ao Enfermeiro da URTCE é exigida uma atualização constante dos seus conhecimentos, criatividade, capacidade de escuta e empatia, constituindo um desafio permanente.

Psicologia

A avaliação neuropsicológica de doentes com TCE objetiva a identificação de alterações cognitivas, comportamentais e emocionais decorrentes da lesão, bem como das funções que permanecem preservadas, no sentido de contribuir para a elaboração de um plano de reabilitação integral e abrangente que potencie um maior grau de funcionalidade, autonomia e reinserção no contexto natural do doente, aumentando a sua qualidade de vida.

As alterações cognitivas e comportamentais dos TCE dependem da localização das lesões e da sua gravidade, e são influenciadas pelas características pré-mórbidas dos doentes e pelas condições do meio em que estão inseridos. O seu impacto no futuro do doente traduz-se geralmente na sua capacidade de autonomia funcional, nas relações familiares e sociais e no retorno ao trabalho. As sequelas que estão mais presentes em doentes que sofreram TCE expressam-se em alterações ao nível da atenção, velocidade de processamento, memória e aprendizagem, funções executivas, linguagem e nos domínios comportamental e emocional.

No que diz respeito aos processos atencionais, verificam-se geralmente dificuldades na manutenção da atenção, lentificação, perda do curso do pensamento e dificuldades em desempenhar mais do que uma tarefa em simultâneo.

Os défices de atenção estão relacionados com queixas de diminuição de velocidade e capacidade de processamento de informação. Bennet e Raymond (2008) descrevem enquanto queixas comuns dos doentes com TCE a necessidade de realização de maior esforço cognitivo para processarem informação e a lentificação

do pensamento, com repercussões na capacidade de resolução de problemas e na percepção de que as coisas estão a ocorrer mais rápido que o normal.

No que diz respeito às funções mnésicas, verifica-se uma tendência para que os doentes com TCE as considerem melhores do que o que é sugerido pelo relato dos cuidadores, apontando esta discrepância para a existência de défice na metamemória, isto é, na autoconsciência da eficiência da memória.

Após o TCE, as memórias prévias estão, tipicamente, razoavelmente mantidas e são acessíveis, embora com menor eficiência, mas as novas memórias são difíceis de estabelecer, consolidadas de forma pobre e difíceis de recuperar.

Bennet e Raymond (2008) referem que os doentes que relatam dificuldades cognitivas depois do TCE têm tendencialmente deterioração das funções executivas, isto é, alterações na capacidade de se autodirecionarem de forma a realizar comportamentos orientados para objetivos, através de ações voluntárias e independentes. Os défices ao nível da fluência verbal, do raciocínio conceptual, da flexibilidade cognitiva, da memória de trabalho, da aplicação de estratégias de memória, da resolução de problemas, da planificação, da iniciativa, da autorregulação e da conclusão de tarefas são as alterações executivas mais documentadas na literatura.

No domínio da linguagem as alterações mais correntes em doentes com TCE são as limitações na compreensão, sobretudo em ambientes com muito ruído, e as dificuldades em estruturar o discurso de forma lógica e sequencial. As dificuldades de comunicação, ao nível da pragmática, são muito comuns e repercutem-se sobretudo ao nível das relações interpessoais.

Do ponto de vista emocional, assumem maior expressão nos doentes com TCE a ansiedade, a agitação, a irritabilidade, a raiva, a paranóia, a impulsividade, a baixa tolerância à frustração, a labilidade emocional, a depressão e a apatia. As consequências emocionais do TCE têm mostrado ter impacto persistente e difuso na reabilitação e na reintegração profissional social e comunitária.

As alterações emocionais pode ser resultado imediato da própria lesão, consequência do fato de o doente não conseguir ter o mesmo nível de desempenho pré mórbido na sequência das alterações cognitivas ou uma mescla das duas situações, isto é, das

consequências da lesão e da sua própria atitude em relação às dificuldades sentidas. Outro fator que influencia o ajustamento emocional é a própria personalidade pré mórbida do doente e o seu nível de ajustamento psicológico.

Os problemas neuropsicológicos são muitas vezes invisíveis ao mundo exterior, mas influenciam de forma muito significativa o funcionamento, a percepção e a qualidade de vida do doente com TCE. A incompreensão de comportamentos e estados emocionais do doente com TCE tem que ser ultrapassada, facilitando-se-lhe o acesso a uma intervenção orientada para as suas limitações, dificuldades e necessidades, objetivas e subjetivas, com o intuito de potenciar a sua estabilidade psicoemocional e otimizar uma integração familiar, social e profissional o mais completa e adaptativa possível.

Nutrição

O TCE desencadeia diversas alterações metabólicas, sendo as principais o hipermetabolismo e catabolismo. As alterações metabólicas referidas podem ter um impacto negativo na reabilitação do traumatismo cranioencefálico no adulto. O correto suporte nutricional do doente com traumatismo cranioencefálico tem implicações fulcrais para a sua reabilitação. O estado hipermetabólico é caracterizado pelo aumento do consumo de oxigénio, bem como pelo aumento da excreção de nitrogénio após a lesão. O catabolismo do nitrogénio num indivíduo sem lesão, em jejum é cerca de 3-5g de nitrogénio/dia. Por sua vez, são excretadas cerca de 15-25g de nitrogénio/dia num indivíduo, em jejum com TCE.

Como resultado do hipermetabolismo e do hipermetabolismo, as necessidades energéticas e proteicas do doente estão aumentadas. Assim sendo, a avaliação nutricional do doente com TCE deve ser criteriosa.

O Nutricionista deve avaliar o estado nutricional atual do doente, e sempre que possível, o estado nutricional prévio, a evolução da patologia, a intensidade e duração da mesma, bem como os efeitos catabólicos associados. Deve ser realizada a anamnese, devem ser recolhidos indicadores do estado nutricional como o peso, a altura, o índice de massa corporal. Os dados bioquímicos devem também ser utilizados na avaliação nutricional. A análise do balanço nitrogenado é uma forma de avaliar a utilização de proteínas pelo organismo.

Após a avaliação nutricional devem ser definidas as necessidades nutricionais do doente, bem como a via de administração da dieta (via oral, entérica, parentérica). O gasto energético pode ser calculado por várias equações descritas na literatura, sendo que as recomendações europeias sugerem cerca de 25 a 30Kcal/Kg/peso desejável/dia. Encontram-se também descritas na literatura recomendações no que respeita a ingestão de proteína, cerca de 1,5 a 2,0g de proteína/Kg de peso/dia para casos de TCE agudo. Estas necessidades devem ser reavaliadas periodicamente.

Conclusão

A intervenção no doente com TCE é complexa, exigindo recursos humanos competentes e equipamento adequado. Os profissionais da URTCE do Centro de Reabilitação do Norte que contactam com doente com TCE conhecem as particularidades deste tipo de patologia e suas comorbilidades e a forma mais adequada de as abordar, trabalhando em equipa com o objetivo de restituir a funcionalidade e facilitar a participação na vida em comunidade.

Bibliografia

1. Delisa JA, Frontera W. De Lisa's Physical Medicine and Rehabilitation: principles and practice. 5th Ed 2010 by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a WOLTERS KLUWER business.
2. Oliveira E, et al. Traumatismo cranioencefálico: abordagem integrada, Acta Med Port 2012 MayJun;25(3):179-192.
3. Winn HR, Bullock M, Hovda D, Schouten J, Maas A, et al. Youmans Neurological Surgery: Chapter 323 – Epidemiology of Traumatic Brain Injury"; pp. 3270-3275, Volume 4, Elsevier Saunders, 2011.
4. Miller WG. The neuropsychology of head injuries. The neuropsychology handbook; behavioural and clinical perspectives. New York: Springer 1986;347-375.
5. Menon D et al. Position Statement: Definition of Traumatic Brain Injury 2010 Arch Phys Med Rehabil Vol 91.
6. Tagliaferri F, Compagnone C, Korsic M, Servadei F, Kraus J. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe. Acta Neurochir (Wien) 2006;148(3):255-268.
7. Santos ME, De Sousa L, Castro-Caldas A. Epidemiologia dos Traumatismos Cranioencefálicos em Portugal. Acta Med Port 2003;16(2):71-76.
8. Renner C et al. The influence of gender

on the injury severity, course and outcome of traumatic brain injury Brain Injury, October 2012; 26(11): 1360–1371.

9. Hoge C et al. Mild Traumatic Brain Injury in U.S. Soldiers Returning from Iraq. 2008 N Engl J Med;358:453–63.
10. Teasell R et al Evidence-Based Review of Moderate to Severe Acquired Brain Injury 2012 London.
11. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2(7872):81-84.
12. Eastvold A et al. The Differential Contributions of PTA Duration and Time Since Injury 2012 J Head Trauma Rehabil. 1-11.
13. Sherer M et al. Comparison of indices of traumatic brain injury severity: Glasgow Coma Scale, length of coma and post-traumatic amnesia J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008;79:678–685.
14. Blumenfeld H. Pituitary and Hypothalamus. Neuroanatomy through clinical cases. 1st ed. Sunderland, MA: Sinauer Associates, Inc.; 2002; 737–759.
15. Klein MJ. Post head injury endocrine complications overview. <http://emedicine.medscape.com/article/326123-overview> Acesso em Abril 17, 2015.
16. Sirois G. Neuroendocrine problems in traumatic brain injury. 2009.
17. Lieberman SA, Oberoi AL, Gikison CR, Masel BE, Urban RJ. Prevalence of neuroendocrine dysfunction in patients recovering from traumatic brain injury. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86: 2752 – 2756.
18. Bondanelli M, De ML, Ambrosio MR, Monesi M, Valle D, Zatelli MC et al. Occurrence of pituitary dysfunction following traumatic brain injury. J Neurotrauma 2004; 21: 685 – 696.
19. Powner DJ, Boccalandro C, Alp MS, Vollmer DG. Endocrine failure after traumatic brain injury in adults. Neurocrit care 2006; 5: 61-70.
20. Sesmilo G, Halperin I, Puig-Domingo M. Endocrine evaluation of patients after brain injury: what else is needed to define specific clinical recommendations?. Hormones 2007; 6: 132 – 137.
21. Mesquita J, Varela A, Medina JL. Trauma and the endocrine system. Endocrinol Nutr. Dec 2010; 57 (10): 492 – 499.
22. Behan LA, Phillips J, Thompson CJ, Agha A. Neuroendocrine disorders after traumatic brain injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008; 79: 753 – 759.
23. Klose M, Juul A, Poulsen L, Kosteljanetz M, Brennum J, Feldt-Rasmussen U. Prevalence and predictive factors of post-traumatic

hypopituitarism. Clin Endocrinol 2007; 67: 193-201.

24. Edwards, L. Fisioterapia Neurológica. Tradução de Maria da Graça Figueiredo da Silva. Porto Alegre: Artmed, 1999.
25. Kottke FJ.; Lehmann JF. Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen. 4 Ed. São Paulo: Manole, 1996.
26. Machado A. Neuroanatomia Funcional. 2ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 1997.
27. O'Sullivan, SB Schimitz TJ. Fisioterapia: Avaliação e Tratamentos. 3 Ed. São Paulo. Manole, 2003.
28. Umphred, DA. Fisioterapia Neurológica. 2.ed. São Paulo: Manole, 1996.
29. Trombly, C. A., & Radomski, M. V. (2005). Terapia Ocupacional para as disfunções físicas (Quinta ed.). (B. B. Schlecht, M. C. Anavate, M. C. Brandão, & M. C. Denes, Trans.) pp. 443, 817-819 São Paulo: Livraria Santos.
30. Neistadt, M. E., & Crepeau, E. B. (2002). Terapia Ocupacional (Nona ed.). (C. L. Araújo, G. B. Cantergiani, J. E. Figueiredo, J. S. Barbosa, & P. M. Luz, Trans.) Guanabara.
31. Golisz K. Occupational therapy practice guidelines for adults with traumatic brain injury. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association (AOTA); 2009. 258 p.
32. Pedretti, L. W., & Early, M. B. (2005). Terapia Ocupacional - Capacidades Práticas para as disfunções Físicas (Quinta ed.). (L. S. Mello, & C. A. Rocha, Trans.) pp. 7, 16, 23-26, 32, 77-79, 312, 676-678, 691, 1046 Editora Roca Ltda (Pedretti & Early, 2005)
33. Colomer C, Baldovi A, Torromé S, Navarro M, Moliner B, Ferri J, Noé E. Eficacia del sistema Armeo@Spring en la fase crónica del ictus - Estudio en hemiparesias leves-moderadas. Elsevier España. 2013;28(5):261–267.
34. Hortal E, Úbeda A, Planelles D, Koutsou A, Resquín F, Azorín J, Pons J. Arquitectura de una interfaz cerebro-máquina para el control de un exoesqueleto robot de miembro superior. Cognitive Area Networks. 2014; 1(1):13-17.
35. Cardoso C. Avaliação da eficácia de um programa de treino cognitivo com a consola wiim nintendotm em pessoas com doença de alzheimer: estudo de caso múltiplo. 2012; 11-18.
36. Souza L, Paim C, Imamura M, Alfieri F. Uso de um ambiente de realidade virtual para reabilitação de acidente vascular encefálico. Acta Fisiatr. 2011;18(4):217-21.

Acta Fisiatr. 2011;18(4):217-21.

37. Batista J, Wibelinger L, Marchi A, Schneider R, Pasqualotti A. Reabilitação de idosos com alterações cognitivas através do videogame Nintendo Wii®. RBCEH.2012; 9(2): 293-299.
38. Body, R., Perkins, M., & McDonald, S. (1999). Communication Disorders following traumatic brain injury. (S. McDonald, L. Togher, & C. Code, Edits.)
39. Galski, T., Tompkins, C., & Johnston, M. V. (1998). Competence in discourse as a measure of social integration and quality of life in persons with traumatic brain injury. Brain Injury, 12(9), 769-782.
40. Penn, C. (1999). Pragmatic assessment and therapy for persons with brain damage: what have clinicians gleaned in two decades? Brain Lang, 68(3), 535-552.
41. Rosaldi, C., Amaral, L., Galvão, A., Guerra, S., & Furia, C. (2005). Avaliação da disfagia em doentes pediátricos com traumatismo cranioencefálico. CEFAC.
42. Skeat, J., & Perry, A. (2005). Outcome Measurement in Dysphasia: Not so hard to swallow. Journal of Dysphagia.
43. Susanibar, F., Marchesan, I., Parra, D., & Dioses, A. (2014). Tratado de Evaluación de Mootricidad Orofacial y áreas afines. Madrid: Editorial EOS.
44. Ordem dos Enfermeiros, Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos, Conselho de Enfermagem, Dezembro 2001.
45. Ordem dos Enfermeiros, Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro dos Cuidados Gerais, Conselho Diretivo, 21 de Setembro de 2011.
46. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), Joanne McCloskey Dochterman e Gloria M. Bulechek, Editorial Artmed, 4ª edição, 2008.
47. Bennet, T. L. & Raymond, M. J. (2008). The neuropsychology of traumatic brain injury. In Horton, A. M. & Wedding, D. (3ª Ed.). The handbook of neuropsychology (pp. 533-570). Nova Iorque: Springer Publishing Company.
48. Muñoz-Céspedes, J.M. & Melle, N. (2004). Alteraciones de la pragmática de la comunicación después de un traumatismo craneoencefálico. Rev Neurol, 38 (9), pp: 852-859.
49. Crowe, S. F. (2008). The behavioral and emotional complications of traumatic brain injury. Nova Iorque: Psychology Press.
50. Santos, M. E. (2002). Traumatismos cranioencefálicos: Características e evolução.

Psicologia, vol.16, pp. 97-122.

51. Willmott, C., Hocking, C., Ponsford, J. & Schönberger, M. (2009). Factors contributing to attentional impairments after traumatic brain injury. Neuropsychology, vol. 23, N.º 4, pp: 424-432.
52. Vakil, E. (2005). The effect of moderate to severe traumatic brain injury (TBI) on different aspects of memory: A selective review. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 27, pp: 977-1021.
53. Cook A.M., Peppard A., Magnuson B. Nutrition considerations in traumatic brain injury. Nutr Clin Pract. 2008;23(6):608-20.
54. Welch-Vest P., Aubut JA, Foley N, Robert T. Dysphagia & Nutritional Interventions for Patients with Acquired Brain Injuries. Evidence – Based Review of moderate to severe acquired brain injuries. 2003. V.9.
55. Brain Trauma Foundation; The American Association of Neurological Surgeons. The Joint Section on Neurotrauma and Critical Care: Nutrition. J Neurotrauma. 2000; 17:539.
56. Campos B., Machado F. Terapia nutricional no traumatismo cranioencefálico grave. Rer Bras Ter Intensiva. 2012; 24(1):97-105.
57. Isosaki M., Cardoso E. Manual de dietoterapia e avaliação nutricional. São Paulo. 2006.
58. Brain Trauma Foundation; American Association of Neurological Surgeons; Congress of Neurological Surgeons. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. J Neurotrauma. 2007; 24 Suppl 1: S1-106. Erratum in: J Neurotrauma. 2008; 25(3):276-8.

PARTICULARIDADES DA INTERVENÇÃO DA REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA NA CRIANÇA COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Ana Rita Pacheco¹, Bruno Ferreira², Carla Silva², Carolina Mouta³, Cecília Barreto³, Daniela Pinto⁴, Fábio Ferreira³, Gustavo Beça⁵, Maria Lencastre², Mariana Barrias², Miguel Salgado⁶, Renato Nunes⁷, Rita Ribeiro², Sofia Marques², Sara Silva¹, Susana Araújo⁸, Vanessa Gomes⁴, Vítor Lopes⁹

Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico, Centro de Reabilitação do Norte

- | | |
|-------------------------|---|
| 1 Psicóloga | 6 Médico pediatra |
| 2 Enfermeiro | 7 Médico Fisiatra; Coordenador da Unidade Funcional |
| 3 Fisioterapeuta | 8 Terapeuta da Fala |
| 4 Terapeuta Ocupacional | 9 Enfermeiro Responsável |
| 5 Médico Fisiatra | |



Resumo

A intervenção da reabilitação em Pediatria obriga a uma diferenciação acrescida devido às particularidades próprias desta população. A reabilitação deverá incidir não só recuperação funcional mas também na estimulação de competências que lhe permitam continuar um desenvolvimento normal. De salientar que as várias intervenções multiprofissionais deverão ser adequadas à faixa etária da criança.

Palavras-chave: reabilitação; criança; traumatismo cranioencefálico; deficiência

A reabilitação pediátrica

A reabilitação pediátrica (RP) é uma área de intervenção da Medicina de Reabilitação em que as especificidades das patologias mais frequentes e as particularidades da deficiência e incapacidade nas idades mais jovens requerem uma diferenciação acrescida que têm em consideração o processo de crescimento e desenvolvimento da criança. Desenvolve a sua atividade no internamento, consulta externa e técnicas de diagnóstico e terapêutica, abrangendo as principais patologias que causam deficiência na infância: patologia da comunicação/função motora oral; patologia do desenvolvimento; spina bífida e lesões medulares; paralisia cerebral e lesões encefálicas; doenças neuromusculares; patologia traumatológica; desvios do raquis/deformidades dos membros; patologia reumatológica; amputações/défices congénitos dos membros; patologia respiratória; deficiência sensorial.

A Unidade de Reabilitação Pediátrica do CRN

O CRN tem uma Unidade de Reabilitação Pediátrica (URP) com áreas disponíveis para múltiplas terapêuticas e gabinetes de consulta, bem como uma área de internamento com capacidade para 10 camas. As áreas de intervenção pediátrica têm instalações próprias, sendo separadas das dos adultos e encontram-se dotadas com equipamento apropriado. Nas instalações de enfermaria está previsto o alojamento de um acompanhante por criança.

O internamento de RP destina-se a crianças e jovens com patologia predominantemente do foro neurológico, associando quadros de significativa deficiência e incapacidade à necessidade de cuidados hospitalares permanentes, com uma orientação diária especializada do programa de reabilitação integral, disponibilizado grande parte do dia. Alguns dos doentes necessitam de internamento de longa duração para se desenvolver o mais adequado programa de reabilitação, de que são exemplo as lesões medulares e os traumatismos cranioencefálicos (TCE).

Particularidades do TCE em idade pediátrica Epidemiologia

A incidência do TCE no escalão pediátrico tem uma distribuição limoal, com dois picos de incidência. O primeiro situa-se nos primeiros quatro anos de vida, particularmente nos primeiros 12 meses.

Neste grupo assumem relevo as quedas e os traumatismos não acidentais, para os quais as crianças, face à sua dependência de um adulto e incapacidade de se defenderem, se encontram naturalmente mais vulneráveis. É ainda de salientar que embora as quedas sejam a causa mais frequente, o trauma não acidental é a principal causa de TCE fatal em lactentes.

Um segundo pico ocorre na adolescência, uma vez que a diminuição na incidência de quedas é substituída pelo aumento exponencial de acidentes, que se tornam na maior causa de TCE neste grupo etário. Embora a diferença seja mais notória na adolescência, a incidência de TCE é superior no sexo masculino em todos os escalões etários.

Alterações hormonais

Os distúrbios neuro-endócrinos são frequentes na população pediátrica após um TCE, traduzindo na sua maioria uma resposta adaptativa e transitória, normalizando a função pituitária até aos 12 meses pós-traumatismo. Contudo, estão descritos na literatura casos de hipopituitarismo permanente, nomeadamente em doentes com rastreio hormonal inicial normal. A demora no diagnóstico destes défices pode perturbar a reabilitação, afetar negativamente o prognóstico e ter consequências catastróficas numa criança ou adolescente que se encontra em desenvolvimento, com perturbações ao nível do crescimento somático, maturação pubertária e desenvolvimento cognitivo. Assim, recomenda-se o rastreio analítico do hipopituitarismo a todos os sobreviventes de

um TCE moderado a grave (habitualmente aos 3 meses e aos 6-12 meses após a lesão e sempre que haja suspeita clínica), sendo mandatário um seguimento clínico-axológico prolongado, independentemente dos achados laboratoriais.

Orientação/prognóstico

Todas as crianças devem ser orientadas para serviço de reabilitação de modo a serem submetidas a avaliação (incluindo neuropsicológica) e intervenção precoces. Na maioria das situações existe grande envolvimento dos familiares, aos quais deverá ser oferecido apoio psicológico. O prognóstico, quando comparado com adultos com o mesmo nível de severidade de lesão é habitualmente mais favorável, embora o tempo para a recuperação máxima possa ser superior.

Programa de reabilitação

O programa de reabilitação contempla a intervenção médica, que inclui técnicas invasivas de tratamento da espasticidade (baclofeno intratecal e toxina botulínica), e múltiplas valências da área da reabilitação: hidrocinestoterapia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e reabilitação neuropsicológica, além de técnicas de diagnóstico como estudos urodinâmicos, análise de marcha e videofluoroscopia da deglutição.

A equipa de reabilitação deverá articular-se com escolas, instituições, organismos desportivos e entidades que seguem crianças com deficiência, disponibilizando apoio na área da reabilitação, e com o domicílio e a comunidade, promovendo uma melhor integração e participação na vida em sociedade.

Fisioterapia

A intervenção da Fisioterapia na criança vítima de TCE é relevante atendendo ao caráter da lesão encefálica geralmente multifocal.

A Fisioterapia apresenta estratégias que visam limitar as complicações do quadro da doença, enfatizando a recuperação funcional e fisiológica, através da capacidade de reorganização e recuperação do Sistema Nervoso Central (SNC), que se designa de neuroplasticidade e que é maior durante a infância, ocorrendo quer ao nível do hemisfério intato como no lesionado, e não se restringindo apenas ao córtex cerebral, ocorrendo também em regiões subcorticais como o tálamo e o tronco cerebral. Como

o potencial da neuroplasticidade é diferente da criança para o indivíduo adulto, também a reabilitação da criança com TCE é diferente uma vez que esta ainda está a completar o processo de desenvolvimento, necessitando que a reabilitação se foque numa perspetiva evolutiva na recuperação da lesão neurológica visando, para além dos aspetos do desenvolvimento físico, a dimensão cognitiva, emocional e psicológica que caracterizam a maturação do desenvolvimento infantil.

Em termos de técnicas propriamente ditas, as estratégias de reabilitação da criança comparativamente ao adulto são similares, diferindo mais propriamente na dose, frequência e sobretudo no caráter da intervenção que deverá ser necessariamente mais lúdica e interativa, permitindo que a criança se exprima de forma natural e adequada à sua idade.

As técnicas de Fisioterapia incluem estratégias de posicionamento, técnicas de cinesioterapia respiratória, a promoção da verticalização e do ortostatismo precoces, a estimulação elétrica neuromuscular, a massoterapia, os estiramentos, uma diversidade de exercícios que devem evoluir de um caráter passivo-assistido numa fase inicial para ativo em fases mais avançadas da reabilitação, associados a um fortalecimento muscular progressivo, exercícios de coordenação motora global e treino de equilíbrio, e a hidrocinestoterapia. Englobar as tecnologias multimédia como a consola Wii, música, jogos, entre outros, tornam o contexto de reabilitação mais interativo e apelativo para os jovens.

A Técnica de Bobath é amplamente utilizada em patologias neurológicas e em Pediatria. Este conceito apresenta como objetivos principais: a inibição dos reflexos primitivos patológicos, diminuição da hipertonia e facilitação de padrões posturais e motores, proporcionando à criança a experiência sensorial do movimento típico. Favorece a simetria corporal, adequa o tônus, promove a proprioceção, estimula as reações de equilíbrio e proteção, incentiva a deambulação e estimula assim a independência funcional do doente.

Nesta população específica verifica-se a necessidade de se monitorizar com maior rigor esforço das crianças durante as atividades terapêuticas, utilizando-se para o efeito escalas de Perceção de esforço adequadas para esta faixa etária como Pictorial Children's Effort Rating Table

(P-CERT).

Terapia Ocupacional

A criança tem características próprias, ligadas ao seu desenvolvimento e cujas especificidades devem ser consideradas no seu processo de reabilitação. Na criança com TCE deve ser considerado que o cérebro ainda se encontra em desenvolvimento e, por isso, pode haver alterações nas aquisições desenvolvimentais esperadas.

Na reabilitação da criança com TCE há que identificar todo o conjunto de alterações motoras, sensoriais e cognitivas com repercussões negativas no desempenho ocupacional da criança. Entende-se por "desempenho ocupacional" todas as tarefas referentes à rotina diária nas quais a criança se envolve de forma efetiva. Na infância, essas tarefas incluem o brincar, as atividades da vida diária (AVD), as atividades letivas e as relações com os pares e família. A reabilitação não se direciona somente para a recuperação das capacidades funcionais que a criança apresentava antes do trauma, mas também para dotar a mesma de competências que lhe permitam continuar um desenvolvimento normal, esperado para a sua idade.

A literatura defende que a intervenção da Terapia Ocupacional (TO) passa por desenvolver uma avaliação abrangente do desempenho ocupacional da criança, determinando os seus pontos fortes e limitações funcionais em diferentes áreas de desempenho. As áreas a avaliar dependem da idade da criança, do seu nível de desenvolvimento e das principais preocupações da família.

A intervenção nesta população é muito vasta já que está intimamente relacionada com as especificidades da criança, o quadro neuromotor apresentado, bem como as limitações funcionais que apresenta. Toda a intervenção é um processo específico, com características próprias e muito abrangentes. Assim, numa fase inicial o papel do Terapeuta Ocupacional será determinante no trabalho de estimulação sensorial, processo este que envolve informações sensoriais oferecidas ao nível periférico e que irão ser processadas e integradas no SNC. Quando a criança começa a responder a comandos simples, o Terapeuta passa a estimular a sua participação ativa em atividades funcionais. Nesta nova fase, a reabilitação é dirigida a competências motoras específicas como amplitudes de movimento, força muscular, tônus muscular, componentes



sensoriais, coordenação, manipulação e destreza que irão interferir diretamente com atividades bimanuais simples do dia-a-dia (alimentação, grafomotricidade, entre outras). Paralelamente, são também trabalhadas competências cognitivas da criança, sendo que é importante manter a rotina do tratamento (mesmo local e Terapeuta; orientar o doente no tempo e no espaço proporcionando melhor organização) permitindo que sejam estimulados componentes como memória, antecipação e planeamento. Numa fase final os objetivos passam por diminuir

gradativamente a estruturação externa do ambiente do doente e aumentar a sua participação em diferentes atividades da vida diária. Muitos Terapeutas combinam várias abordagens, escolhendo as estratégias a partir de bases teóricas estabelecidas que mais se adequam à criança. São várias as abordagens utilizadas na intervenção pediátrica sendo que estas são definidas consoante as necessidades específicas da criança. Desta forma, o brincar pode ser utilizado numa perspetiva biomecânica de

forma a aumentar a amplitude de movimento ou numa perspetiva neurodesenvolvimental para promover a praxis.

Os Terapeutas usam atividades para promover respostas adaptativas na criança. Para que uma atividade gere uma determinada resposta deve ser adequada ao nível desenvolvimental, interessante e motivadora para a criança e que responda aos objetivos terapêuticos. Por exemplo, atividades que impliquem movimento antigravítico podem ser usados para aumentar a força e a destreza, enquanto atividades com papel e lápis podem ser escolhidas para aumentar a perceção e discriminação visual. Estas atividades combinadas com técnicas de facilitação que promovem o desenvolvimento refletem-se na aquisição de competências de nível superior, tais como, controlo postural, seletividade e coordenação nas competências manipulativas, entre outras.

Terapia da Fala

A perturbação da comunicação surge de dificuldades persistentes ao nível verbal ou não verbal para fins sociais, que se adequem ao contexto ou necessidade dos diferentes interlocutores. Estes aspetos, associados à dificuldade no cumprimento das regras de conversação, assim como limitação ao nível da compreensão, destacam-se em alguns quadros de TCE em população pediátrica. Numa vertente expressiva e considerando consequências que resultam do politraumatismo surgem, com frequência, distúrbios que interferem com o mecanismo de produção de sons da fala e que, em casos severos, impossibilitam a comunicação. À dificuldade na forma linguística acresce-se a dificuldade no uso da linguagem, ou seja, ao nível da pragmática, apontada na literatura como típica em casos de TCE.

Várias pesquisas referem que o TCE terá maior impacto na aquisição de novas competências do que na recuperação de competências já adquiridas. Diversos autores acrescentam que é esperado um maior agravamento da vertente expressiva, quando comparada com a vertente compreensiva.

No âmbito da comunicação e considerando os aspetos que contribuem para uma adequação aos diferentes contextos sociais encontram-se, com frequência, alterações do movimento das estruturas fonarticulatórias que vão comprometer não só a fala, como também a capacidade para deglutir a saliva. O controlo de saliva é uma condição que está associada com maior frequência à alteração do controlo motor ou da sensibilidade oral. A

alteração no controlo de saliva pode ser uma disfunção multidimensional, com diminuição da sensibilidade, acompanhada de alteração da coordenação motora orofacial e do controlo de cabeça ou adoção de posturas inadequadas.

Numa eventual persistência de alterações motoras orais, podem surgir dificuldades de deglutição que em casos de TCE são influenciados por vários fatores, dos quais se podem destacar a gravidade do quadro (Rosado, Amaral, Galvão, Guerra, & Furia, 2005). Além da dependência de terceiros que administrem a alimentação, cresce-se a dificuldade de expressão de estados de fome, saciedade ou preferências alimentares, devido aos défices de comunicação.

Na nossa cultura o ato de alimentação não se limita apenas a satisfazer necessidades de sobrevivência, mas também constitui fonte de prazer, caracterizando-se como um ato social facilitador da interação entre pessoas. Na população pediátrica entende-se esta problemática como consequência não só para a criança como também para os seus cuidadores e familiares, envolvendo a intervenção interdisciplinar.

Enfermagem

Qualquer que seja o diagnóstico de internamento, a hospitalização acarreta uma alteração severa da dinâmica familiar e representa uma situação de crise para a criança e família, tanto pela mudança do seu estado de saúde, como pela alteração das rotinas habituais, a separação do círculo familiar e de amigos e a interrupção dos estudos e da atividade laboral do cuidador. É durante o internamento na URP que criança e família vão gerindo expectativas e superando dificuldades na adaptação à nova realidade.

O Enfermeiro da URP conhece as principais causas de incapacidade em idade pediátrica como as limitações ao nível motor, sensorial, de comunicação/linguagem e cognitivo. Como particularidade da URP, os focos de Enfermagem estendem-se ao desenvolvimento psicomotor, parentalidade e apoio emocional da família com criança hospitalizada e em reabilitação. (Ver quadro 1)

Uma avaliação inicial pormenorizada permite ao Enfermeiro identificar as necessidades específicas da criança e família e com a

restante equipa traçar os objetivos que se pretendem atingir e que se relacionam com a promoção de autonomia, a prevenção de complicações e a reintegração da criança no seu contexto familiar, social e escolar.

Tendo a oportunidade de permanecer junto da criança durante 24 horas e ao longo de todo o internamento, o cuidador (maioritariamente mãe ou pai) assume um papel central e é incentivado a envolver-se no planeamento e implementação dos cuidados à criança. Como parte de um trabalho multidisciplinar, a equipa de Enfermagem da URP tem o papel fundamental de facilitar ao doente e à família a vivência desta transição saúde-doença, que se traduz na promoção constante duma melhor adaptação à situação atual.

O processo de ensino-aprendizagem é uma das ferramentas a que os Enfermeiros recorrem diariamente com o objetivo de capacitar tanto a criança, como o prestador de cuidados, para o correto desempenho do seu papel. Cuidados a prestar em casa (vestir/despir, higiene, posicionamento, alimentar, transferir), uso seguro de equipamentos (SNG, PEG, cateter vesical),

gestão do regime terapêutico, sinais de alarme e demais cuidados e comportamentos, constituem focos de atenção primordiais neste processo.

Tendo o cuidador demonstrado um nível de conhecimentos e capacidades considerado seguro pela equipa multidisciplinar, dá-se início ao processo de fim-de-semana terapêutico (FST). Este constitui o primeiro confronto da criança/cuidadores/família com as dificuldades reais, nomeadamente ao nível das barreiras arquitetónicas e de alguns cuidados específicos. Para muitas crianças / cuidadores / famílias, as primeiras idas a casa após o acidente e a constatação de que a vida mudou implica uma adequada gestão de emoções e o aprender a lidar com a frustração. Ao regressar de FST, as dificuldades são analisadas pela equipa e cuidador, procedendo-se a uma adaptação do plano de cuidados, sempre que necessário.

Psicologia

O objetivo principal da avaliação, em qualquer um dos seus contextos, é identificar e compreender os problemas que a criança e a família enfrentam, analisando as suas forças e vulnerabilidades, de forma a auxiliar na maximização do potencial desenvolvimental da criança e das competências parentais. Baseia-se simultaneamente na análise funcional dos processos cognitivos – memória, linguagem, percepção, funções executivas – e na compreensão multidimensional dos prejuízos cognitivos.

A avaliação psicológica na infância é uma prática específica na medida em que ocorre num cenário de mudanças qualitativas e quantitativas ao nível desenvolvimental, comportamental e estrutural, mais céleres na infância do que noutra idade, o que acarreta desafios particulares neste processo. Paralelamente, “problemas num ramo de desenvolvimento, como por exemplo o motor, podem impossibilitar a avaliação adequada de outras áreas, como os processos cognitivos (...). É extremamente difícil avaliar uma criança com disfunção neurológica ou motora porque os testes disponíveis tipicamente envolvem componentes sensoriomotores”. É, pois, fundamental compreender se os resultados que se afastam da norma são determinados por défices, atrasos ou demoras na aquisição e, conseqüentemente se advêm de patologia ou de imaturidade desenvolvimental.

Existem diversas questões pragmáticas associadas à avaliação psicológica

na infância que condicionam o recurso a instrumentos formais de avaliação, designadamente, as suas qualidades psicométricas e conteúdos, bem como a capacidade de predição e a interpretação de resultados. Tal acontece devido a um conjunto de interrogações associadas ao crescimento e desenvolvimento infantil, a saber, a existência de continuidade do desenvolvimento das funções, o valor preditivo da aquisição/não aquisição de competências, e a componente inata do processo desenvolvimental. A dimensão mais crítica da avaliação psicológica na infância é, no entanto, a apreciação da integração das capacidades e das unidades cerebrais funcionais que as controlam. Por exemplo, a percepção visual não é uma competência complexa nem é preditiva de desenvolvimento futuro; contudo, a interação entre percepção visual e a memória, a intencionalidade, o raciocínio espacial e a aprendizagem forma um processo, e envolve a integração de várias habilidades e unidades neurais subjacentes. Desta forma, os instrumentos cujos itens avaliativos refletem processos e envolvem coordenação de competências e unidades funcionais do cérebro são particularmente úteis na caracterização do real potencial de desenvolvimento da criança, por oposição aos instrumentos que avaliam competências concretas.

Pelos motivos elencados, e ainda pelas limitações associadas à leitura e à escrita e outros conteúdos académicos, as baterias de testes de avaliação psicológica adaptadas a crianças são em número reduzido, sendo critérios de qualidade a contemplação da organização e o desenvolvimento do sistema nervoso da criança, a variabilidade dos parâmetros de desenvolvimento entre crianças da mesma idade e ainda a estreita ligação entre o desenvolvimento físico, neurológico e a emergência progressiva de funções corticais superiores.

A avaliação psicológica na infância exige o recurso simultâneo a instrumentos formais de avaliação, bem como a um conjunto de outras estratégias designadamente a entrevista, observações lúdicas e o contato direto com familiares e outros informantes-chave. No processo de avaliação, a informação deve provir de diferentes origens como sendo a história clínica, as observações da família e das interações entre os elementos, o histórico médico e desenvolvimental e outras fontes, como por exemplo a escola.

Para todos os momentos de avaliação, a existência de relação terapêutica entre o

Psicólogo e a criança é fundamental, pelo que esse é um domínio em que se deve investir significativamente – a não existência de confiança entre avaliador e avaliado pode influenciar os resultados alcançados.

Aquando da intervenção deve ser tida em consideração não apenas a criança mas também todo o contexto envolvente, tendo a família um lugar de destaque, já que durante a avaliação, se emergem resultados que se afastam da norma, todos são afetados.

Na perspetiva da criança, surgem “mudanças na forma como (...) expressa os seus sentimentos, no seu comportamento, no seu autoconceito e nas suas interações sociais”, afetando a sua qualidade de vida. Algumas dessas mudanças, contudo, só se evidenciam na adolescência ou alguns anos após a lesão. A chegada à idade escolar – e, inerentemente, o aumento em número e qualidade das relações sociais, as aquisições académicas e o envolvimento em diversas atividades – traz consigo um conjunto de novos desafios que podem colocar em evidência algumas sequelas não visíveis da lesão.

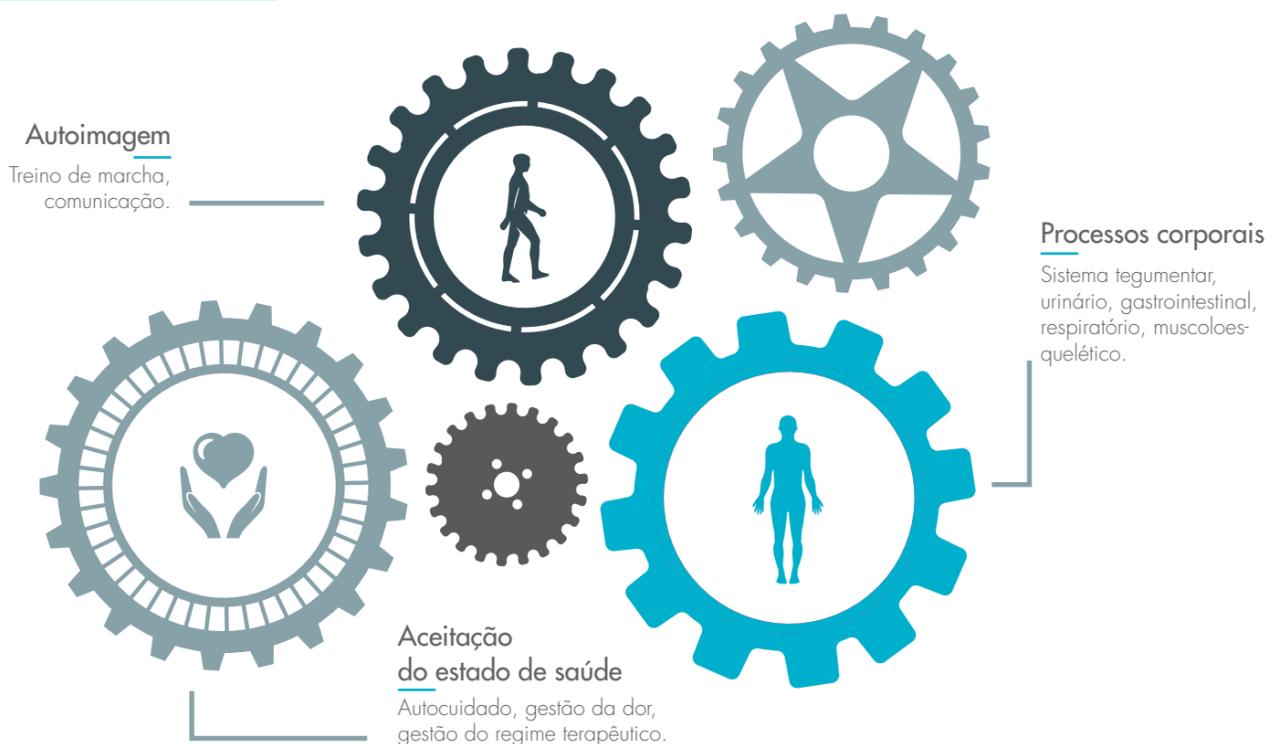
Na perspetiva da família são várias as fases subseqüentes à lesão da criança, passando inicialmente pela preocupação com a sobrevivência da criança, pelo questionamento acerca da eventual funcionalidade do doente e, por fim, por um processo de luto referente à incapacidade da criança. Neste sentido, é vital que exista uma rede de apoio à família, quer ao nível da psicoeducação, quer no domínio da normalização dos seus sentimentos perante a lesão da criança. Torna-se fundamental que os pais compreendam a necessidade de cuidarem de si e da sua relação conjugal, como ferramenta fundamental na prestação dos cuidados à criança lesionada. Também os irmãos devem ser alvo de um cuidado acrescido, pelo que a solução da terapia familiar deve ser equacionada sempre que necessário.

A avaliação e intervenção com a criança deve ser, pois, multifocal, ficando claro para todas as partes que a necessidade de mudança e/ou adaptações não pode cingir-se à criança mas a todos os significativos com os quais interage e aos diversos contextos nos quais está inserida.

Conclusão

Os TCE são uma causa major de deficiência e incapacidade nos países desenvolvidos, fato que se deve principalmente ao elevado número de acidentes de viação. Os TCE

Quadro 1 - Plano de Cuidados de Enfermagem na Unidade de Reabilitação Pediátrica



resultantes dos acidentes de viação são geralmente graves e condicionam lesões encefálicas multifocais/difusas associadas a uma enorme variedade de défices físicos, cognitivos e neuro-comportamentais. Na criança as lesões encefálicas traumáticas revestem-se de particularidades associadas ao processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social.

Bibliografia

1. Delisa J, Gans B. Rehabilitation Medicine. Principles and Practice. Joel De Lisa; 3d edition; Lippincott-Raven; 1998.
2. World Health Organization. Interactions between components of the ICF. International classification of functioning, impairment and health: ICF. Geneva: WHO:2001.
3. Rede de referência hospitalar de MFR. Direcção Geral da Saúde. 2002.
4. Aisen, M.L.; Justifying neurorehabilitation: a few steps forward. *Neurology* 1999; 52: 8-10.
5. Dobkin, B.H. Neuroplasticity: key to recovery after central nervous system injury. *West J Med*, 1993; 159: 56-60.
6. Selzer, M.E. A scientific basis for neurologic rehabilitation. *West J Med*, 1993; 159: 91-92.
7. Byl, N.; Roderick, J.; Mohamed, O.; Hanny, M.; Kotler, J.; Smith, A. et al. Effectiveness of sensory and motor rehabilitation of the upper limb following the principles of neuroplasticity: patients stable poststroke. *Neurorehabil Neural Repair* 2003;17:176-91.
8. Jones, E.G.; Pons, T.P. Thalamic and brain stem contributions to large-scale plasticity of primate somatosensory cortex. *Science* 1998;282:1121-5.
9. Borella, M.P.; Sacchelli, T. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. *Rev. Neurocienc.* 2009; 17 (2): 161-9.
10. Johansson, B.B. Brain plasticity and stroke rehabilitation. *Stroke* 2000; 31:223-30.
11. Nicoletis, M.A.L. Dynamic and distributed somatosensory representations as the substance for cortical and subcortical plasticity. *Semin Neurosci* 1997;9:24-33.
12. Tecklin, J.S.; Fisioterapia Pediátrica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.207-232.
13. Silverberg ND, Iverson GL. Is rest after concussion "The Best Medicine?": recommendations for activity resumption following concussion in athletes, civilians, and military service members. *J Head Trauma Rehabil* 2012; 28: 250-259.
14. Eisenberg, H.M.; Aldrich, E.F.

- Management of head injury. In: Traumatic brain injury rehabilitation, Bontke CF, Boake C eds. Philadelphia: WB Saunders Company, 1991, pp. 473-482.
15. O'Sullivan, S.B.; Schmitz, T. J. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2004. p.783-813.
 16. Wagner, A.K.; Fabio, T.; Zafonte, R.D.; Goldberg, G.; Manon, D.W.; Peitzman, A.B. Physical medicine and rehabilitation consultation: relationships with acute functional outcome, length of stay, and discharge planning after traumatic brain injury. *Am J Phys Med Rehabil*, 2003; 82: 526-536.
 17. Bontke, C.F. Medical advances in the treatment of brain injury. In: Community integrating following traumatic brain injury, Kreuzer JS, Wehman P eds. Baltimore: Paul H Brooks, 1990, pp. 3-13.
 18. Rose, V.L.; NHI issues consensus statement on the rehabilitation of persons with traumatic brain injury. *Am Fam Physician* 1999; 59: 1051-1053.
 19. Spence, C. The development of physiotherapeutic intervention with the head injured patient. *Ulster Med J* 1998; 67 (suppl 1): 56-62.
 20. Chesnut, R.M.; Carney, N.; Maynard, H.; Mann, N.C.; Patterson, P.; Helfand, M. Summary report: evidence for the effectiveness of rehabilitation for persons with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 176-188.
 21. Sonde, L.; Gio, C.; Fernaeus, S.E.; Nilsson, C.G.; Viitanen, M. Stimulation with low frequency (1.7 Hz) transcutaneous electric nerve stimulation (low-tens) increases motor function of the post-stroke paretic arm. *Scand J Rehabil Med* 1998; 30: 95-99.
 22. Page, S.; Levine, P. Forced use after TBI: promoting plasticity and function through practice. *Brain Inj* 2003; 17: 675-684.
 23. Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81-84.
 24. Grahm, J.V.; Eustace, C.; Broch, K. et al. The Bobath concept in contemporary clinical practice. *Top Stroke Rehabil*; 16(1): 57-68, 2009.
 25. Kollen, B.J.; Lennon, S.; Lyons, B. et al. The effectiveness of the Bobath concept in stroke rehabilitation: what is the evidence? *Stroke*; 40(4): e89-97, 2009.
 26. Valverde ME, Serrano M. Terapia de neurodesarrollo: concepto Bobath. *Past y Rest Neurol*. 2003.
 27. Dumas, H.; Francesconi, S. Aquatic

- therapy in pediatrics: annotated bibliography. *Phys Occup Ther Pediatr*; 20(4): 63-78, 2001.
28. Roemmich J, Barkley JE, Epstein LH, Lobarinas CL, White RM, Foster JH. Validity of PCERT and OMNI walk/run ratings of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 2006; 38: 1014-1019. Schneider KJ, Iverson GL, Emery CA.
 29. Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet*, 304(7872), 81-84.
 30. Stephens J, Williamson K, Berryhill M. Cognitive Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: A Reference for Occupational Therapists. OTJR: Occupation, Participation and Health. 2015; 35(1).
 31. León-Carrión J., Klaus R. H. von Wild and Zitnay G. Brain Injury Treatment-Theories and practices. 2006.
 32. Roberts R. M., Mathias J. L. & Rose S. E. Diffusion Tensor Imaging (DTI) Findings Following Pediatric Non-Penetrating TBI: A Meta-Analysis. *Developmental Neuropsychology*,39:8, 600-637.
 33. Cole W., Stephanie K. Paulos, Carolyn A.S. and Carol Tankard A Review Of Family Intervention Guidelines for Pediatric Acquired Brain Injuries. *Developmental Disabilities, Research Reviews* 15: 159 – 166 (2009).
 34. Johnson A., DeMatt E., and Salorio C. Predictors Of Outcome Following Acquired Brain Injury In Children. *Developmental Disabilities, Research Reviews* 15: 124 – 132 (2009).
 35. Majnemer A., Birnbaum R. and Kennedy E. Rehabilitation: The Role Of Occupational Therapy And Physical Therapy. *Child Neurology, Third Edition* 52: 332-337 (2005).
 36. Bennett T, Niedzwecki C, Korgenski E, Bratton S. Initiation of Physical, Occupational and Speech Therapy in Children with Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2013; 94: 1268-76.
 37. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th, Ed.) Washington, DC.
 38. Body, R., Perkins, M., & McDonald, S. (1999). Communication Disorders following traumatic brain injury. (S. McDonald, L. Togher, & C. Code, Edits.)
 39. Erkin, G., Culha, C., Ozel, S., & Kirbiyik, G. (2010). Feeding and gastrointestinal problems in children with cerebral palsy. *International journal of rehabilitation research*

- , 33(3), 218-24. .
40. Faihurst, C., & Cockerill, H. (2011). Management of drooling in children. Department of Pediatric Neurosciences.
 41. Galski, T., Tompkins, C., & Johnston, M. V. (1998). Competence in discourse as a measure of social integration and quality of life in persons with traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12(9), 769-782.
 42. Green, J., & Wang, Y. (2009). Tongue-surface movement patterns during speech and swallowing. *Journal of Acoustical Society of America*.
 43. Guerreiro, A. D. (2011). Comunicar e Interagir: Um novo paradigma para o direito à participação social das pessoas com deficiência. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
 44. Marchini, J., Inamuno, M., Moraes, A., & Troncon, L. (2000). Tubagens intestinais. *Guanabara Koogan*, 144-155.
 45. McDonalds, S., Togher, L., & Code, C. (2004). *Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury*. Nova Iorque: Psychology Press.
 46. Penn, C. (1999). Pragmatic assessment and therapy for persons with brain damage: what have clinicians gleaned in two decades? *Brain Lang*, 68(3), 535-552.
 47. Rahal, F. (1985). Aspectos atuais da alimentação por gastrostomia e jejunostomia. *Guanabara Koogan*, 195-200.
 48. Rosado, C., Amaral, L., Galvão, A., Guerra, S., & Fúria, C. (2005). Avaliação da disfagia em doentes pediátricos com traumatismo cranioencefálico. CEFAC.
 49. Rosaldi, C., Amaral, L., Galvão, A., Guerra, S., & Fúria, C. (2005). Avaliação da disfagia em doentes pediátricos com traumatismo cranioencefálico. CEFAC.
 50. Skeat, J., & Perry, A. (2005). Outcome Measurement in Dysphasia: Not so hard to swallow. *Journal of Dysphagia*.
 51. Susanibar, F., Marchesan, I., Parra, D., & Dioses, A. (2014). *Tratado de Evaluación de Mootricidad Orofacial y áreas afines*. Madrid: Editorial EOS.
 52. Cassandra KA. - *Enfermagem Pediátrica contemporânea*. Lisboa: Lusociência, 2001 ISBN 972-8383-19-3.
 53. Decreto-Lei n.º 106/2009. D.R. I Série N.º178 (14-09-2009) p. 6254-6255.
 54. Decreto-Lei n.º 26/87. D.R. I Série N.º10 (13-01-1987) p. 175-176.
 55. Freitas A. – Estudo sobre heteronomia na assistência em saúde a crianças e adolescentes com necessidades especiais. Brasília, 2010. Tese de Mestrado.
 56. Hoeman SP. - *Enfermagem de*

- Reabilitação - aplicação e processo. Lisboa: Lusociência, 2000. 2ª ed. ISBN 972-8383-13-4.
57. Lopes G.; Kato L.; Correa P. – Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora. *Revista Psicologia e Prática: Faculdade de Psicologia, Universidade de São Francisco*. Ano 2, n.º 4. 2002.
 58. Magalhães S. - A Vivência de transições na Parentalidade face ao evento hospitalização na criança. Porto, 2011. Tese de Mestrado.
 59. Ordem dos Enfermeiros. Guias orientadores de boa prática de Enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos OE. Lisboa, 2011. Série I. Número 3. Referencia. Coimbra, 2012, volume III, n.º 6. ISSN 0874-0283.
 60. Reis G. - Expetativas dos pais durante a hospitalização da criança. Porto, 2007. Tese de Mestrado.
 61. Mares S, Graeff-Martins AS. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.
 62. Borges, J.L., Trentini, C.M., Bandeira, D.R. & Dell'Aglio, D.D. (2008). Avaliação neuropsicológica dos transtornos psicológicos na infância: um estudo de revisão. *Psico-USF*, 13-1, 125-133.
 63. Hersen, M. (2004). *Comprehensive handbook of psychological assessment*. New Jersey: Jon Wiley and Sons, Inc. (pp. 88-90).
 64. Lobato de Faria, M.T. Abordagem multidisciplinar no acompanhamento de uma criança com traumatismo cranioencefálico. *Análise Psicológica*. 2006; 2 (XXIV):235-245.

A REABILITAÇÃO DA LESÃO MEDULAR NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE

Ana Bazenga¹, Ana Gomes², Ana Rita Pinto³, Diogo Fernandes⁴, Fátima Gandarez⁵, Isabel Caldeirinha⁶, Joana Pereira⁷, Joaquim Margarido⁸, Maria Cunha⁹, Maria Teresa Oliveira¹⁰, Marta Coutinho¹¹, Marta Marques¹², Vitor Lopes¹³

Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares, Centro de Reabilitação do Norte

1 Enfermeira

2 Fisioterapeuta

3 Terapeuta Ocupacional

4 Fisioterapeuta

5 Médica Fisiatra

6 Fisioterapeuta

7 Enfermeira

8 Enfermeiro

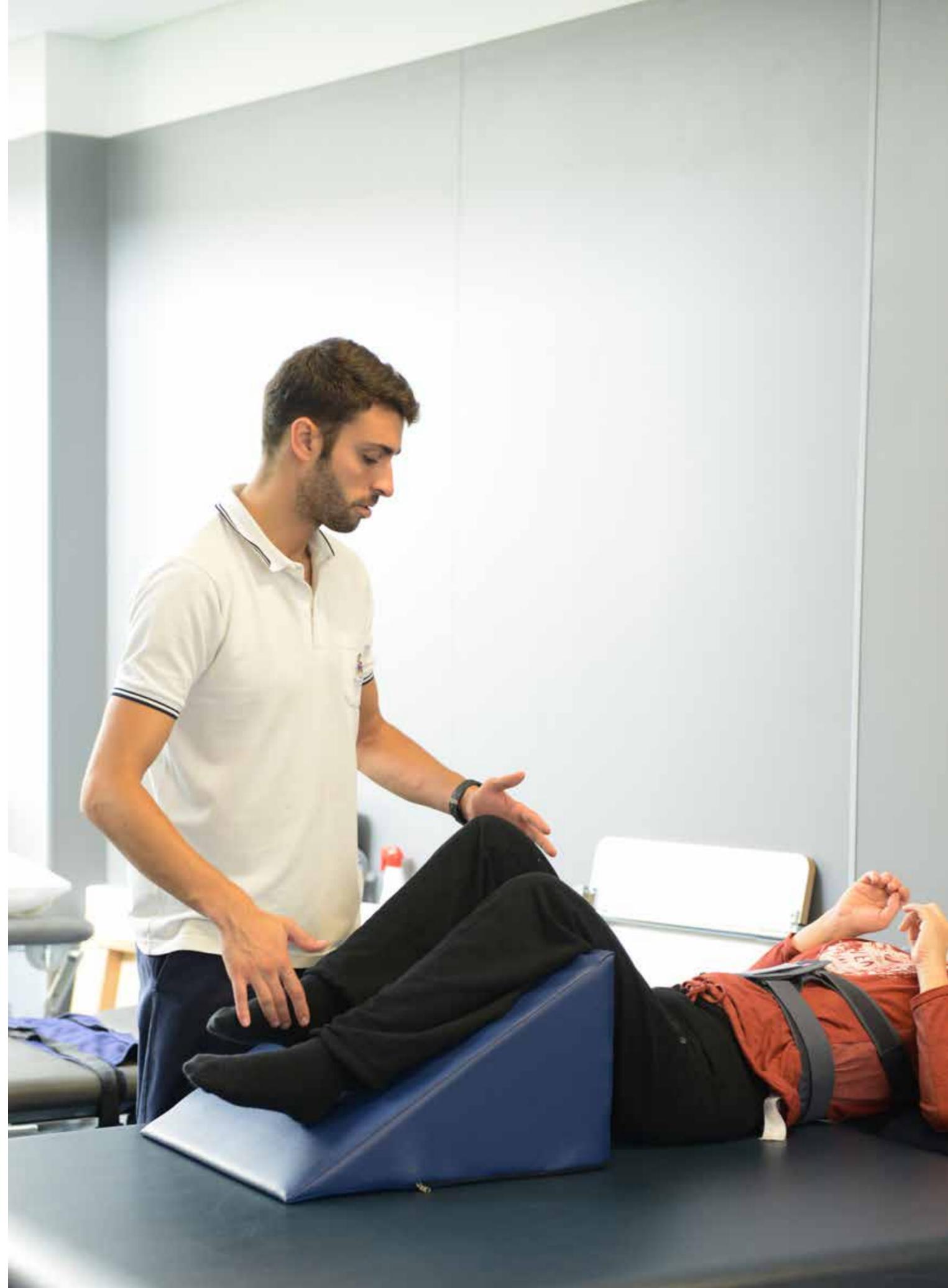
9 Médica Fisiatra

10 Fisioterapeuta

11 Terapeuta da Fala

12 Terapeuta Ocupacional

13 Enfermeiro



Resumo

Por definição, a lesão medular consiste numa agressão à medula espinhal que resulta numa alteração, temporária ou permanente, das funções motora, sensitiva e/ou autonómica. Os doentes com lesão medular devem ser acompanhados em serviços/centros de reabilitação especializados. O tratamento em fase aguda/subaguda por profissionais experientes diminui o risco morte, de complicações, o tempo de internamento e melhora o prognóstico funcional. Neste artigo descreve-se a atuação da equipa da Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares do Centro de Reabilitação no Norte aquando do internamento de doentes com esta patologia para integração num programa de reabilitação integral, abrangente e intensivo coordenado por Médico Fisiatra.

Palavras-chave: Lesão Medular; Centro de Reabilitação; Medicina Física e de Reabilitação; Enfermagem; Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Terapia da Fala.

Introdução

Por definição, a lesão medular consiste numa agressão à medula espinhal que resulta numa alteração, temporária ou permanente, das funções motora, sensitiva e/ou autonómica. Os dados epidemiológicos existentes revelam que a incidência é muito variável consoante o país: 12,1/milhão na Holanda, 15/milhão nos EUA, 40/milhão no Canadá, 57,8/milhão em Portugal. Registam-se cerca de 40 novos casos/milhão pessoas/ano, isto é, 11 000 novos casos/ano. É mais frequente no género masculino (cerca de 80,7% dos casos) na razão M:F=3-4:1. A idade com maior incidência (mais de 50% dos casos) acontece entre os 16-30 anos, sendo a idade média 33,9 anos. No que diz respeito ao estado civil, está associada a maior taxa de divórcios e menor taxa de casamentos pós-lesão. Podemos dividir grosseiramente em congénita, não traumática e traumática, sendo esta última a mais frequente. As lesões não traumáticas são mais frequentes no género masculino e em idosos. São geralmente incompletas, com menor compromisso neurológico e menos complicações médicas. As causas mais frequentes deste tipo de lesão são: mielopatia, neoplasia, esclerose múltipla, mielite transversa, infeção, isquemia, mielopatia pós-irradiação e siringomielia.

Nas lesões traumáticas, os acidentes de viação correspondem a 50% dos casos. As quedas (21%) são a primeira causa de lesão medular nas pessoas com mais de 65 anos e esta incidência tem vindo a aumentar. Outra causa relevante são os acidentes desportivos ou durante prática de atividades lazer, como por exemplo mergulho (10%). 15% das fraturas vertebrais resultam em lesão medular e apenas 20% destas são isoladas pelo que devem procurar-se lesões associadas como fraturas noutras locais, pneumotórax, traumatismo cranioencefálico. O nível de lesão vertebral mais frequente é a coluna cervical em 50%, nomeadamente C5-C7 e C1-C2, locais de maior mobilidade da coluna. Em 35% dos casos a lesão ocorre ao nível torácico dando origem principalmente a lesões completas já que aqui a coluna é mais estável. Apenas 15% dos casos ocorrem na coluna lombossagrada. Quanto ao nível neurológico, o mais frequente é C5 (15,4% das situações), seguidos por ordem decrescente de C4, C6, T12, C7 e L1. No que respeita o tipo lesão, as lesões incompletas são as mais frequentes. A estabilidade da coluna vertebral é mantida pela presença de três colunas: anterior, média e posterior. É a compressão da coluna média que vai levar à lesão medular traumática, por ação de forças mecânicas ao que se segue uma cascata de eventos bioquímicos. Ao nível da coluna cervical é a flexão ou extensão forçadas associadas a compressão axial que levam à lesão. Na coluna dorsal (T12) está mais frequentemente implicado um movimento de compressão associado à flexão, enquanto que na coluna lombar (L1) geralmente ocorre distração associada a flexão.

Classificação da Lesão Medular

Podemos dividir as lesões medulares em dois grandes grupos: tetraplegia e paraplegia. A tetraplegia consiste na diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva nos segmentos cervicais da medula devido a lesão dos elementos neurais dentro do canal medular a esse nível. Resulta num atingimento dos membros superiores, tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos. A paraplegia apresenta-se como diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva nos segmentos torácicos, lombares ou sacrados (mas não cervicais) da medula e inclui ainda lesões da cauda equina e do cone medular. Portanto não há atingimento dos membros

superiores. Dependendo do nível de lesão, o tronco, os membros inferiores e os órgãos pélvicos podem estar atingidos. Dos dados epidemiológicos existentes, sabe-se que os quadros de tetraplegia incompleta são os mais frequentes, seguidos das paraplegias e tetraplegias completas, representando as paraplegias incompletas os grupos menos habituais. A classificação neurológica da lesão medular é feita pelos critérios da American Spinal Cord Injury Association (ASIA) que integra um exame neurológico sistemático, com dois componentes essenciais: exame sensitivo e exame motor e que permite descrever o nível e a extensão da lesão. A classificação AIS (ASIA Impairment Scale) inclui: a determinação dos níveis sensitivo, motor e neurológico único, o cálculo dos scores para caracterização da função sensitiva e motora e a determinação de lesão completa versus incompleta. As lesões AIS A (completas motoras e sensitivas) são as mais frequentes (45,3%) seguidas das AIS D (incompletas motoras e sensitivas). A etiologia da lesão está intimamente relacionada com o nível e classificação da lesão. A classificação AIS é também fundamental para o estabelecimento do prognóstico neurológico e funcional.

Prognóstico

São considerados fatores relevantes na determinação do prognóstico funcional a idade (melhor se inferior a 30 anos), o nível de lesão inicial, força muscular inicial, se a lesão inicial era completa/incompleta (AIS às 72h), patologia médica prévia, antecedentes pessoais/comorbilidades, complicações associadas à lesão medular, alterações cognitivas associadas, estado geral, disponibilidade financeira e fatores psicológicos, sociais e culturais. Já relativamente ao prognóstico vital, são considerados fatores preditivos de mortalidade, o género masculino, a idade mais avançada, a necessidade de ventilação mecânica, a lesão por ato de violência, o nível alto de lesão e as lesões de tipo "AIS A". São também indicadores negativos a menor capacidade de ajuste à lesão e a alteração da saúde mental. A taxa de mortalidade é mais elevada no primeiro ano pós-lesão. As principais causas de morte no lesionado medular são: insuficiência ou infeção respiratória, insuficiência cardíaca, septicémia

(geralmente de foco urinário) e neoplasias (bexiga, pulmão, próstata, colo-retal).

Recomendações

Os doentes com lesão medular devem ser acompanhados em serviços/centros de reabilitação especializados. O tratamento em fase aguda/subaguda por profissionais não experientes aumenta o risco morte, de complicações e o tempo de internamento e diminui o prognóstico funcional. Os centros de reabilitação devem ainda atuar na comunidade de forma a integrar e divulgar as dificuldades dos lesionados medulares. De seguida descreve-se a atuação da equipa da Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares do Centro de Reabilitação no Norte aquando do internamento de doentes com esta patologia para integração num programa de reabilitação integral, abrangente e intensivo coordenado por Médico Fisiatra.

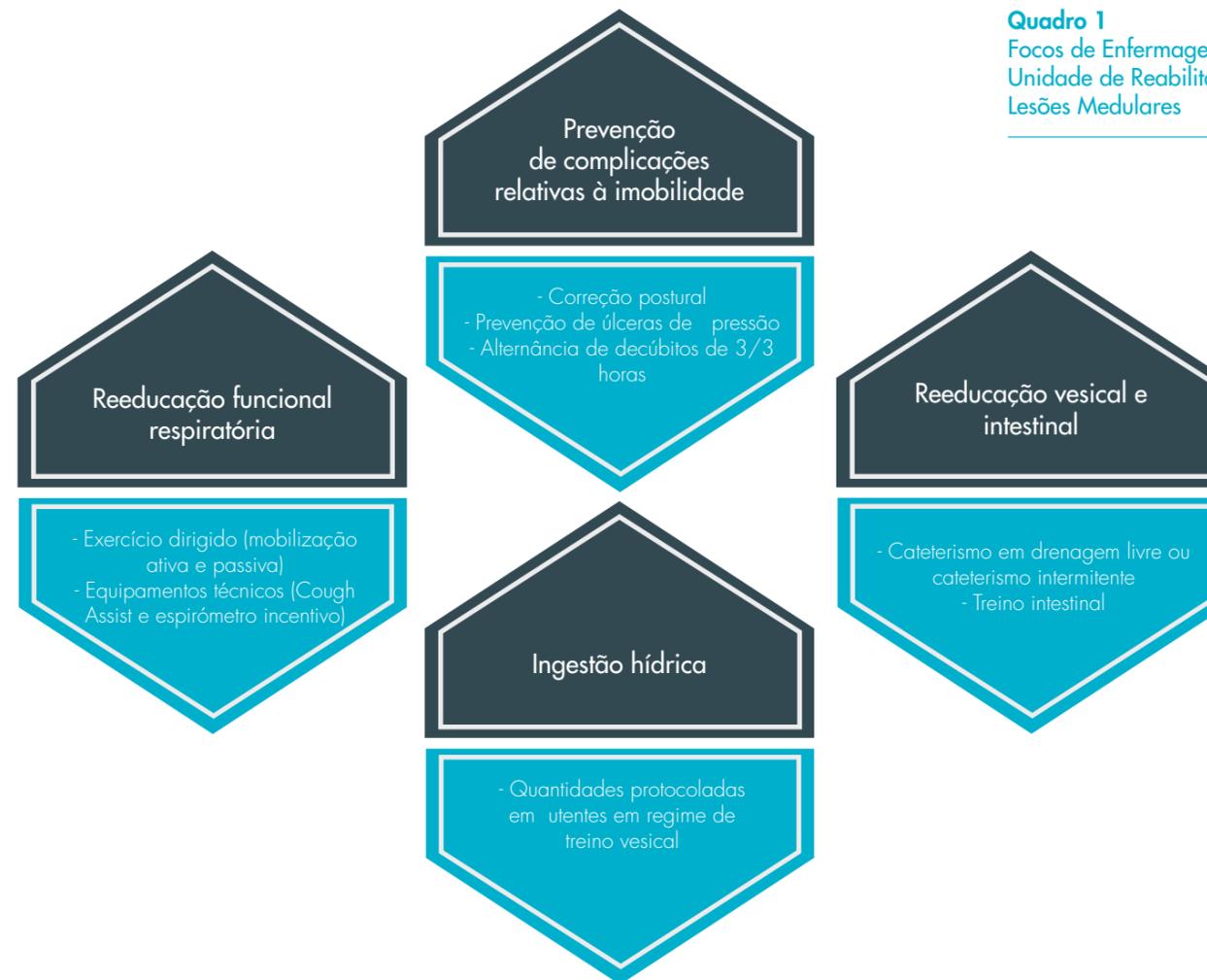
Cuidados de Enfermagem a doentes que sofreram Lesão Medular

A Lesão Medular (LM) acarreta alterações profundas no doente, nomeadamente ao nível das atividades de vida diária (AVD). Reeducação de rotinas, prevenção de complicações e promoção da autonomia do doente com vista à sua reintegração na comunidade são os principais focos de atuação da equipa de Enfermagem da Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares (URLM), mediante a elaboração de planos de cuidados individualizados e adaptados para satisfazer eficazmente as necessidades da pessoa com LM.

Devido à diminuição da mobilidade provocada pela LM, os posicionamentos e as transferências eficazes ajudam a prevenir complicações, nomeadamente do foro cutâneo, musculoesquelético, respiratório, circulatório, gastrointestinal e urinário.

Quando a sobrecarga nas proeminências ósseas é elevada, torna-se patente o risco de aparecimento de úlceras de pressão. Na URLM, a alternância de decúbitos é realizada de 3 em 3 horas ou em intervalos menores, se o estado clínico do doente assim o exigir. Quando a situação clínica do doente se encontra estável, existem várias opções a ter em perspetiva no que respeita à reeducação vesical: o cateterismo em drenagem livre ou o cateterismo intermitente / auto-cateterismo, consistindo na introdução de uma sonda de esvaziamento na bexiga a intervalos regulares, sendo removida após o seu esvaziamento (Bolander, Verolyn et al 1998). No que diz respeito à reeducação intestinal, é instituído um treino intestinal que favoreça a regularização do trânsito intestinal, de modo a permitir eliminações controladas e regulares (Seeley, Rod R; Stephens, Trent D; Tate, Philip, 2001). A reeducação funcional respiratória ocupa,

Quadro 1
Focos de Enfermagem na Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares



nos planos de cuidados da equipa de Enfermagem da URLM, um foco de atenção especial. Esta técnica é baseada nos princípios da dinâmica corporal e tem em atenção a manutenção do alinhamento da coluna vertebral atendendo ao tipo e nível de LM, défices sensitivos /motores, espasticidade e patologias associadas. Sem conseguir tossir nem libertar as secreções, o doente poderá entrar em dispneia e ansiedade, agravando ainda mais a sua situação. No sentido de prevenir situações de hipoxémia crónica e complicações respiratórias, há que melhorar a ventilação através de exercícios dirigidos. Atendendo ao nível, sequelas e fase de evolução da LM, a equipa utiliza com frequência, entre muitas outras técnicas, o Cough Assist® e o espirómetro de incentivo.

Na URLM, o esquema de ingestão hídrica fracionada é estabelecido de modo a proporcionar um aporte adequado de líquidos à função renal. Em doentes com protocolo de ingestão hídrica prescrito, esse aporte não deve ultrapassar os 1700 ml diários.

Em modo de conclusão, é fundamental a atuação da equipa de Enfermagem da URLM, alertando o doente e a família/cuidador para os potenciais problemas relativos à adaptação à sua nova condição física, bem como ao meio ambiente em que vive. Torna-se necessário assumir uma atitude preventiva, dispondo de conhecimentos, tempo e disponibilidade para a oferta de cuidados de excelência. O Enfermeiro desempenha assim um papel preventivo, pois reabilitar é também prevenir.

O papel da Fisioterapia na Lesão Medular

Aquando da admissão de um lesionado medular pela Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares do Centro de Reabilitação do Norte (URLM) - Dr. Ferreira Alves e após a avaliação inicial pelo Médico Fisiatra, este é reencaminhado para um Fisioterapeuta para iniciar o seu programa de reabilitação, de forma a otimizar todo o seu potencial motor e funcional. Num primeiro contato com o doente, o Fisioterapeuta inicia uma entrevista clínica para obter informações sobre: as condições familiares e habitacionais, o seu estado psico-emocional, como decorreu a lesão, os procedimentos e tratamentos efetuados antes do internamento no Centro e as principais queixas e incapacidades que o doente refere. Após realizada esta anamnese, o Fisioterapeuta prossegue

ao exame físico e funcional do lesionado medular. No exame físico, numa primeira instância, é avaliada a postura do doente nos diferentes conjuntos posturais que este adote (na cadeira de rodas, sentado e em ortostatismo). De seguida, é realizada uma inspeção e palpação de pontos algícos, relevos cutâneos e deformidades. Realiza-se também uma avaliação mais analítica em que são medidas amplitudes articulares, através da goniometria, a força muscular, através do teste muscular manual e também as alterações do tônus muscular que possam estar presentes como a hipertonía (em forma de espasticidade) e a hipotonía (em forma de flacidez). Para concluir o exame físico, é testado o equilíbrio estático e dinâmico do doente nos conjuntos posturais assumidos por este (já referidos).

Visando um exame funcional, a URLM recorre à escala “Medida de Independência Funcional” (MIF), estando esta validada para a população portuguesa. Em termos clínicos esta escala permite determinar a severidade da incapacidade, avaliar e acompanhar os ganhos funcionais do doente e o resultado obtido. Avalia as áreas de autocuidados, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social através da atribuição de uma pontuação que varia de um a sete, correspondendo ao nível de autonomia do doente.

No seguimento da avaliação funcional, a URLM utiliza ainda as escalas específicas para lesionados medulares: “Spinal Cord Independence Measure III” (SCIM) (que tal como a MIF avalia a autonomia) e “Walking Index for Spinal Cord Injury II” (WISCI) dedicada à avaliação da marcha, sendo que, ambas não se encontram validadas para a população portuguesa.

Após a conclusão obtida na avaliação, prossegue-se à elaboração do plano de tratamentos (baseado na prescrição médica), para maximizar o potencial do doente, favorecer produtos de apoio e estratégias para aumentar a sua autonomia e facultar-lhe indicações técnicas para evitar complicações secundárias. Cada plano de tratamento é personalizado, atendendo às necessidades de cada indivíduo e ao seu nível de lesão/classificação AIS. Assim, temos as principais técnicas utilizadas nos lesionados medulares:

Verticalização:



Figura 1 - Plano inclinado



Figura 2 - Verticalizador

- Servimo-nos do plano inclinado, verticalizador e standing-frame (bipedestador);
- Objetivos: manter a massa óssea (prevenir osteoporose), reduzir a espasticidade, melhorar as funções urinária, intestinal, respiratória e circulatória.

Técnicas Respiratórias:



Figura 3 - Espirómetro de incentivo

- Utilizamos técnicas manuais, espirómetros de incentivo, utensílios com PEP e Cough-Assist;
- Objetivos: mobilizar e eliminar secreções, diminuir a obstrução brônquica, promover melhor ventilação e trocas gasosas, aumentar a expansibilidade torácica e volumes respiratórios.

Mobilização articular manual:



Figura 4 - Mobilização do membro inferior



Figura 5 - Mobilização do membro superior

- Realizamos mobilizações passivas nas articulações sem movimentos ativos, e nas articulações com movimentos ativos realizamos mobilizações ativas-assistidas ou resistidas.
- Objetivos: melhorar a função circulatória, diminuir a espasticidade, manter/ aumentar as amplitudes articulares, evitar encurtamentos dos tecidos moles, e prevenir deformidades articulares.

Fortalecimento muscular:



Figura 6 - Fortalecimento caneleiras



Figura 7 - Fortalecimento com halteres



Figura 8 - EENM Tibial anterior



Figura 9 - Máquina de musculação

- Recorremos a pesos livres (halteres e caneleiras), eletro-estimulação neuromuscular (EENM), mobilização resistida e máquinas de musculação.
- Objetivos: manter/aumentar a força muscular (evitar a atrofia muscular), melhorar o retorno venoso, diminuir contraturas, evitar osteoporose e deformidades.

Treino de equilíbrio de tronco:



Figura 10 - Balance-Trainer



Figura 11 - Balance-Trainer

- Recorremos à utilização de balance-trainers.
- Objetivos: melhorar o controlo postural, melhorar a propriocepção e potenciar a eficácia das transferências de carga.

Treino de mobilidade no leito:



Figura 12 - Push-ups



Figura 13 - Descalçar



Figura 14 - Long-sitting

- Realizamos exercícios de rolamentos, push-ups e deslocamentos antero-posteriores em long-sitting.
- Objetivos: promover autonomia e independência ao doente, de modo a que este seja capaz de realizar alívios de pressão, mudanças de decúbito e A.V.D. no leito.



Figura 15 - Transferência da cadeira para a cama



Figura 16 - Transferência da cadeira para a cama

- Treinamos transferências da cadeira para a cama e vice-versa, da cadeira para o chão e vice-versa e entre superfícies de diferentes alturas.
- Objetivos: instruir o doente para que este se torne autónomo no seu dia-a-dia.

Treino na cadeira de rodas:



Figura 17 - Travar e retirar patins



Figura 18 - Descer rampa

- Ensinaamos o travar e destravar, colocar e retirar os pedais, colocar e retirar os braços, deambular em diferentes tipos de piso, subir rampas e passeios e fazer o "cavalinho".
- Objetivos: tornar o doente um usuário proficiente da cadeira de rodas, para que este possa deambular e transferir-se para diferentes superfícies de forma autónoma.

Treino de resistência cardio-respiratória:



Figura 19 - Cicloergómetro de membros superiores



Figura 20 - Cicloergómetro de membros inferiores

- Utilizamos aparelhos como os cicloergómetros de membros superiores e inferiores, a bicicleta e o tapete rolante.
- Objetivos: aumentar a resistência cardio-respiratória e assim aumentar a tolerância ao esforço.

Treino de marcha:



Figura 21 - Marcha com andarilho rodado



Figura 22 - Marcha com duas canadianas

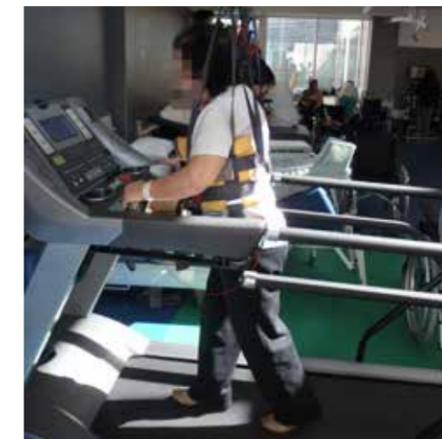


Figura 23 - Marcha no tapete rolante



Figura 24 - Subir escadas



Figura 25 - Marcha com KAFO nas barras paralelas

- Recorremos à utilização de órteses (HKAFO, KAFO e AFO), suspensões, andarilhos, canadianas, bastões, tapete rolante, escadas e rampa.
- Objetivos: realizar uma marcha estável, segura e com um padrão o mais correto possível.

O papel da Terapia Ocupacional na Lesão Medular

O Terapeuta Ocupacional é um dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação física e psicossocial do lesionado medular, promovendo o nível máximo de autonomia. O plano de intervenção é individualizado, considerando as características específicas do doente: o seu nível de lesão, o prognóstico funcional e os seus objetivos. A independência funcional tem muito impacto na qualidade de vida, no desempenho e na participação social destes doentes. Alguns lesionados medulares são capazes de atingir elevados níveis de independência, contudo outros, devido às suas limitações físicas, necessitam de alternativas para serem autónomos. O nível de independência do lesionado medular depende não só do seu nível neurológico, como também da sua classificação AIS, idade, tempo de lesão, comorbilidades, suporte social, expectativas culturais, recursos financeiros e fatores ambientais.

Ao ingressarem na Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares, os doentes são avaliados pela equipa multidisciplinar, constituída por Médico Fisiatra, Enfermeiro de Reabilitação, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Terapeuta da Fala, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista.

No departamento de Terapia Ocupacional é iniciado um processo de avaliação analítica e funcional de cada lesionado medular, que se desenvolve durante todo o período de reabilitação. Analiticamente são avaliadas as competências motoras, que englobam a amplitude de movimentos, a força muscular, o tônus muscular através da Escala de Ashworth Modificada, as preensões e a destreza manual a partir do desempenho em testes como Purdue Pegboard ou Nine Hole Test e também são analisadas as competências sensório-perceptivas com os Monofilamentos de Semmes-Weinstein, Teste de Estereognosia, entre outros. Após a avaliação das capacidades, procede-se a uma avaliação funcional com recurso a escalas específicas para a área da reabilitação como a Medida de Independência Funcional e em especial para a população com lesão medular - a Spinal Cord Independence Measure, que traduzem em valores quantitativos o nível de independência dos doentes no desempenho das Atividades de Vida Diária.

O planeamento do processo de intervenção da Terapia Ocupacional é delineado

de acordo com o nível de desempenho funcional do doente no momento da primeira avaliação, estabelecendo-se objetivos curtos e específicos, em conjunto com a equipa multidisciplinar. Além disso, deve sempre considerar-se o nível de motivação do doente, aptidões, atitudes, interesses e aspirações vocacionais durante todo o processo de reabilitação.

Na fase aguda, a intervenção da Terapia Ocupacional é fundamental no processo de reabilitação, tendo como objetivo manter as amplitudes de movimento dos membros superiores, através de técnicas de mobilização de forma a evitar o desenvolvimento de deformidades e dores decorrentes da imobilização. No tratamento da espasticidade, o Terapeuta Ocupacional recorre a técnicas de posicionamento adequado de forma a contrariar o padrão dominante. Para este efeito, o Terapeuta pode utilizar ortóteses adequadas a cada condição.



Figura 26 - Tala de posicionamento funcional

O fortalecimento muscular dos membros superiores também é um dos objetivos desta fase, através de exercícios isotónicos e isométricos. Ao longo desta primeira fase, o doente deve também ser incentivado a realizar as suas atividades de vida diária (A.V.D.), de acordo com a sua capacidade funcional, utilizando estratégias facilitadoras e adaptações propostas pelo Terapeuta, de forma a auxiliar o desempenho.

Na fase seguinte, o Terapeuta Ocupacional deve planejar o processo de intervenção a partir da avaliação das competências residuais e dificuldades do lesionado medular, nomeadamente dos graus de amplitude de movimento existentes, a presença ou ausência de espasticidade, graus de força muscular, qualidade da função em atividades uni e bimanuais,



Figura 27 - Atividade Bimanual vestir e despir

presença ou ausência de sensibilidade, nível de equilíbrio estático e dinâmico do tronco, capacidade de realização das A.V.D., presença ou ausência de dor neuropática, e outras considerações ambientais, tais como a adequação da cadeira de rodas, adaptações para o desempenho das A.V.D., necessidade de modificação do de contexto habitacional ou de trabalho.

Relativamente à promoção de independência funcional nas A.V.D., o plano do Terapeuta Ocupacional deve abranger o treino nas áreas da alimentação, higiene pessoal e banho, vestir e despir, comunicação, trabalho e lazer. Neste sentido, o Terapeuta poderá utilizar produtos de apoio ajustados às necessidades de cada doente, tais como pratos com rebordo ou talheres engrossados no treino da alimentação.



Figura 28 - Treino de alimentação com produtos de apoio

É possível ainda recorrer a talas funcionais ou bolsas palmares que permitam autonomia em tarefas que exijam determinadas preensões manuais, como por exemplo segurar um lápis para escrever, agarrar uma

escova de dentes, entre outros. Contudo, nos casos de lesionados medulares que não apresentem mobilidade nos membros superiores, o Terapeuta Ocupacional pode recorrer a técnicas compensatórias utilizando dispositivos de controlo a partir da cabeça ou da boca, que permitam o controlo de cadeira de rodas ou outros aspetos do contexto ambiental.



Figura 29 - Dispositivo de controlo através da boca

Mais ainda, o Terapeuta é o profissional responsável pelo treino de deambulação em cadeira de rodas, manual ou elétrica, onde pode ajustar a cadeira às necessidades do doente, a partir da utilização de equipamentos facilitadores como os aros de silicone, luvas antiderrapantes ou apenas estratégias simplificadoras da tarefa de condução.

No final do processo de reabilitação na Unidade de Reabilitação de Lesões Medulares, o Terapeuta Ocupacional desenvolve uma reavaliação do doente, para verificar se os objetivos delineados previamente foram alcançados e quais as necessidades relativamente a produtos de apoio para a reintegração no contexto habitacional e profissional. Nesta fase, é também essencial um processo educacional relativamente aos cuidados a ter com os equipamentos, nomeadamente cadeira de rodas, produtos de apoio para as A.V.D. e ortóteses.

O papel da Terapia da Fala na Lesão Medular

A Terapia da Fala (TF) tem um papel ativo na avaliação e intervenção do doente com lesão medular, centrando-se a sua atuação fundamentalmente nas alterações da deglutição (disfagia) e da fonação (disfonia). A disfagia é uma alteração da deglutição caracterizada por alterações na eficiência e segurança do transporte do bolo alimentar desde a cavidade oral até ao estômago. Esta

alteração, quando não identificada e tratada precocemente, pode levar à desnutrição, desidratação, broncopneumonia e, até mesmo, à morte. No doente com lesão medular, esta patologia resulta, entre outras causas, de complicações cirúrgicas da abordagem cervical por via anterior, lesões laringeas decorrentes do acesso rápido à via aérea, e do uso prolongado de suporte ventilatório (intubação oro-traqueal ou traqueostomia). A avaliação e intervenção da disfagia visa uma deglutição funcional e segura, minimizando os riscos de aspiração laringo-traqueal (entrada do alimento/saliva para as vias aéreas).

Por outro lado, também é comum estes doentes apresentarem alterações da fonação que se relacionam não só com os procedimentos mencionados mas também com o local da lesão. Lesões altas (acima de C5), tipicamente têm repercussões na função diafragmática, havendo fraqueza respiratória, dificuldade na coordenação respiração/fonação, podendo também coexistir alterações da qualidade vocal. Várias estratégias compensatórias e técnicas de tratamento são usadas em doentes que apresentam comprometimento respiratório e patologia vocal, para melhorar a inteligibilidade do discurso e qualidade vocal.

No CRN, os doentes com lesão medular alta são encaminhadas para TF para uma avaliação, visto que a incidência de disfagia associada a estas lesões, sobretudo em fases mais precoces, é muito alta. São igualmente encaminhados os doentes que, mesmo tendo lesões mais baixas, apresentem alterações da qualidade vocal. Após uma avaliação minuciosa e compreensão do quadro por meio da correlação da história clínica e da observação anatomo-funcional, é papel do Terapeuta da Fala planejar a intervenção, minimizando o risco de aspiração, melhorando a função pneumofonoarticular e qualidade vocal, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida do doente com lesão medular.

Bibliografia

- Randall L. Braddom. Physical Medicine & Rehabilitation. Saunders Elsevier, 3rd edition.
- Ana E. de Ruz. Lesión Medular - Enfoque multidisciplinario. Editorial Medica Panamericana, 2010.
- Caderno "Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática", 1ª Edição, Novembro de 2014, ISBN 978-989-20-5133-8.
- Bolander, Veloryn Rae (et al) - "Enfermagem fundamental: abordagem Psicofisiológica". Lisboa: Lusodidacta, 1998 ISBN 972-96610-6-5.
- Seeley, Rod R; Stephens, Trent D; TATE, Philip - "Anatomia e fisiologia", 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta, 2001 ISBN 972-96610-5-7.

- "Diagnósticos de Enfermagem e proposta de intervenções para pacientes com Lesão Medular". Clélia Regina Cafer, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Amália de Fátima Lucena, Maria de Lourdes Sylvestre Mahl, Jeanne Liliene Marlene Michel- Acta Paul Enferm. 2005; 18(4):347-53.
- Farias, N, Buchalla, CM. A Classificação Internacional Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde: Usos e Perspetivas. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005; 8 : 187-192.
- Krassioukov, A, Wecht, JM., Teasell, RW, Eng, JJ. Orthostatic Hypotension Following Spinal Cord Injury. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence.Version 5.0. Vancouver. 2014;1-55.
- Sheel, AW, Reid, WD, Townson, AF, Ayas, N. Respiratory Management Following Spinal Cord Injury. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 5.0. Vancouver. 2014; 1-55.
- Vázquez, R.G. et al. Respiratory Management in the Patient with Spinal Cord Injury. Biomed Research International. 2013; 2013: p.1-12.
- Kisner, C.; Colby, L.; (2009). Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas. (5ª ed.).São Paulo.Manole.
- Kim, CM, Eng, JJ, Whittaker, MW. Effects of a simple functional electric system and/or a hinged ankle-foot orthosis on walking in persons with incomplete spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2004; 85: 1718-23.
- Hidler, JM, Harvey, RL, Rymer,WZ. Frequency response characteristics of ankle plantar flexors in humans following spinal cord injury: relation to degree of spasticity. Ann Biomed Eng. 2002;30:969-981.
- Sisto, SA, Druin, E, Sliwinski, MM. (2008). Spinal Cord Injury: Management and Rehabilitation. (1ª edition). Mosby Elsevier.
- Bromley, I. (2006). Tetraplegia and Paraplegia: A Guide for Physiotherapist. (6ª edition). Churchill Livingstone Elsevier.
- Darren, ER, Krassioukov, A, Sproule, S, Eng, JJ. Cardiovascular Health and Exercise Following Spinal Cord Injury. Spinal Cord Injury Evidence. Version 5.0. Vancouver.2014;1-48.
- Pedretti L, Early M. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. 5 ed. São Paulo: Editora Roca Ltda; 2005.
- Agency for Clinical Innovation. Occupational Therapy Interventions for Adults with a Spinal Cord Injury – An overview. ACI State Spinal Cord Injury Service; 2014.
- Takami M, Figliolia C, Tsukimoto G, Moreira M, Ferraz S, Barbosa B, et al. Lesão Medular: Reabilitação. Acta Fisiatrica. 2012;19(2): 90-8.
- Trombly C, Radomsky M. Terapia Ocupacional para disfunções físicas. 5 ed. São Paulo: Editora Santos; 2005.
- Saia B, Cassapian M. Intervenção Terapia Ocupacional na tarefa de alimentação de pacientes que sofreram lesão medular em C5. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar. 2007; 15(2): 155-164.
- Logeman, J., Jeri A. Evaluation ad Treatment of Swallowing Disorders. 2 ed. Austin: proed; 1998.
- Macedo-Filho E, Gomes G, Furkim A. Manual de Cuidados do Paciente Disfágico. São Paulo: Lovise; 2000.
- Barros A, Portas, J, Queija, D. Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço. 2009; 38(3): 202-207.
- American Speech-language-hearing Association. Swallowing Disorders in Adults (acesso a 23 de Abril de 2015). Disponível em <http://www.asha.org/public/speech/swallowing/SwallowingDisordersinAdults/>.
- Silva R. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pró-fono R Atual Cient. 2007; 19(1):123-130.
- Juliana Jacobi, D. L., Luciano Silva (Ed.). (2003). Disfagia: Avaliação e Tratamento. Rio de Janeiro: Revinter.
- Wolf C, Meiners TH. Dysphagia in patients with acute cervical spinal cord injury. Spinal Cord. 2003; 41: 347-353.
- Falavigna A, Neto O, Ferraz F, Martinato G, Riegel R. Disfagia como complicação da cirurgia da coluna cervical via anterior. Arq Neuropsiquiatr. 2004; 62(2):499-502.
- Souza B, Filho E, Aguiar L. Disfagia e Disfonia em Pacientes submetidos à Cirurgia de Coluna Cervical por Acesso Anterior Direito. Arq Int Otorrinolaringol. 2006; 10(4): 290-296.
- Brougham R, et al. Speech-language pathology treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation: The SCIRehab project. J Spinal Cord Med. 2011; 34(2):186-195.
- Gordon W, Spivak-David D, Adornato V, Dale B, Brougham R, Georgeadis A, et al. Classification of SCI Rehabilitation treatments. SCIRehab Project Series:The Speech Language Pathology Taxonomy. J Spinal Cord Med. 2009; 32(3): 307-318.
- Mota L, Carvalho G, Brito V. Complicações laringeas por intubação oro-traqueal: revisão da literatura. Int Arch Otorhinolaryngol. 2012; 16(2): 236-245.
- Macbean N, Ward E, Murdoch B, Cahill L. Characteristics of Speech Following Cervical Spinal Cord Injury. AMJ Speech-lang Pat. 2006; 14(3): 167-184.
- Soares A, Marchiori E, Rodrigues J, Siveira K, Riehl L, Neto N et al. Atuação fonoaudiológica no tratamento de pacientes com lesões medulares. Fono Atual. 2001;5(18):44-47.

O PAPEL DA REABILITAÇÃO NO TRATAMENTO DA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Ana Rita Pinto¹, Hugo Lopes², Juliana Leandro³, Marta Marques¹, Sónia Morais³

Unidade Funcional de Reabilitação Geral/Outras Doenças Neurológicas,
Centro de Reabilitação do Norte

- 1 Terapeuta Ocupacional
- 2 Médico Fisiatra
- 3 Fisioterapeuta

Resumo

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória crónica e desmielinizante, atinge preferencialmente mulheres em idade jovem do hemisfério Norte. Pode ter um impacto significativa na vida do doente, da sua família e sociedade em que vivem. A forma de apresentação e evolução clínica da doença pode ser muito variada, sendo fundamental um diagnóstico precoce e um tratamento atempado. O controlo sintomático poderá passar pela utilização de fármacos, mas também por outras valências terapêuticas como a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, baseados em conceitos de neuroplasticidade validados cientificamente. Este artigo tem como objetivo sistematizar os principais sintomas comuns aos doentes com EM e formas de tratamento.

Palavras-chave: Esclerose Múltipla; Manifestações clínicas; Terapêutica farmacológica; Neuroplasticidade e Reabilitação; Fisioterapia; Terapia Ocupacional.

A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença inflamatória crónica e desmielinizante do Sistema Nervoso Central (SNC), imunomediada, de causa desconhecida.

Epidemiologia

Inicia-se habitualmente entre os 20 e os 40 anos de idade, sendo a incidência maior nas mulheres (2,3/1), na raça branca e em países do hemisfério Norte. É uma

patologia com um grande impacto em termos socioeconómicos, na morbilidade e na redução da esperança média de vida tendo em conta o seu carácter progressivo^{1,2}.

Etiologia

Descrita em 1868 por Joan Charcot, com base em relatos clínicos que remontam ao século XIV e nas alterações histopatológicas observadas no SNC por Robert Carswell e Jean Cruveilhier em 1838. A doença caracteriza-se basicamente pela lesão das bainhas de mielina em áreas multifocais do SNC, que induz dificuldade na condução nervosa e consequente perturbação do controlo das funções orgânicas (visão, marcha, equilíbrio, sensibilidade). Clínicamente, apesar de apresentar aspetos típicos, a EM é considerada uma doença complexa e de evolução imprevisível^{1,2}.

Anatomopatologia

Do ponto de vista anatomopatológico as lesões de EM caracterizam-se pela existência de desmielinização com relativa preservação dos axónios, perda de oligodendrócitos e cicatrização astrocitária. Estas lesões têm a designação clássica de "placas", justificando a denominação francesa da doença de "sclérose en plaques".

Macroscopicamente as lesões desmielinizantes têm uma nítida preferência pela substância branca periventricular e pelo corpo caloso, no entanto qualquer

área da substância branca do cérebro, cerebelo, tronco e medula espinhal pode ser atingido, sendo comum o envolvimento de vias óticas^{1,2}.

Manifestações clínicas

A EM caracteriza-se clinicamente por uma grande variabilidade quanto à idade de início, forma de apresentação, evolução e grau de progressão. A multiplicidade de sintomas e sinais dependem da localização das lesões e tipicamente traduzem envolvimento de vias longas da substância branca, como os feixes sensitivos, corticoespinhais (motores), cerebelos e visuais. Os sintomas de envolvimento cortical (afasias, hemianopsias, crises epiléticas, alterações do comportamento) são raros e atípicos. A EM pode apresentar-se sob a forma de surtos que podem ser definidos pela ocorrência de sintomas ou sinais neurológicos com duração de pelo menos 24h, na ausência de febre ou infeção. O surto inaugural pode ser classificado com síndrome clínico isolado (CIS)^{1,2}.

Formas evolutivas e variantes da EM

Ainda que a história natural indique que a EM é uma doença inexoravelmente progressiva, podendo a sua evolução se muito variável e geralmente imprevisível no início da doença. A forma clínica mais comum são os surtos e remissões, que existem em 80 a 85% dos casos à data de diagnóstico. Segundo dados epidemiológicos, do final do século

passado, em cerca de 50% dos casos, a EM progride após 10 anos do início dos sintomas para uma forma secundariamente progressiva. Já 10 a 15% dos doentes (mais no sexo masculino) têm uma forma primeiramente progressiva em que habitualmente o início da doença é mais tardio. Mais raramente (<5%) apresenta forma progressiva com surtos ^{1,2}.

Avaliação

Os doentes com EM devem ser seguidos atentamente, com registo exaustivo de todos os aspetos clínicos. A avaliação deve englobar a aplicação de escalas de quantificação padronizadas, sendo a Escala Expandida do Estado de Incapacidade de Kurtzke (EDSS) uma das mais utilizadas e que quantifica as incapacidades em oito sistemas funcionais ^{3,4}.

Terapêutica farmacológica

As estratégias terapêuticas da EM têm sido alvo nos últimos anos de um interesse crescente da comunidade científica. Este interesse abrange diversas áreas, não só da terapêutica sintomática mas sobretudo terapêutica modificadora da doença. Pode dizer-se que é hoje uma patologia tratável, pelo que os doentes podem e devem enfrentar o dia-a-dia com otimismo e manter o quanto possível a sua vida pessoal e profissional. Em termos globais, o tratamento dos doentes com EM abrange 3 tipos distintos: tratamento dos surtos (Corticosteróides), tratamento sintomático (e.g., baclofeno, tramadol, fampridina) e terapêutica modificadora da história natural da doença (Interferon beta, Acetato de Glatirâmero, Natalizumab e Fingolimod) ^{3,4}.

Conceito de reabilitação

A Reabilitação foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “O uso de todos os meios necessários para reduzir o impacto das situações incapacitantes e permitir aos indivíduos incapacitados a obtenção de uma completa integração social”. Este conceito incorpora a reabilitação clínica mas também reforça o conceito de participação social como algo que requer uma ligação entre o ambiente social e as necessidades dos indivíduos com incapacidade. Trata-se de um processo dinâmico pelo qual o indivíduo otimiza o conhecimento e as competências necessárias para uma

função física, psicológica e social ^{3,4}.

Conceito de Neuroplasticidade como fundamento da reabilitação

A neuroplasticidade define-se como a capacidade do cérebro em desenvolver novas conexões sinápticas entre os neurónios a partir da experiência e do comportamento do indivíduo. Várias teorias têm sido propostas para explicar o conceito e os tipos de neuroplasticidade, de uma forma simples, a plasticidade neuronal define-se como a capacidade de uma determinada função do SNC poder ser desenvolvida em outro local do cérebro como resultado da aprendizagem e do treino ^{3,4}.

Tratamento sintomático

Fraqueza muscular (hemiparesia/parésia)

A fraqueza muscular é um dos sintomas mais frequentes em indivíduos com EM e um dos que mais contribui para a sua imobilidade. Pode provocar não só dificuldades na deambulação como também na realização de atividades funcionais. O tratamento consiste em promover mobilidade, fortalecimento muscular através de exercícios e atividades que apresentem resistência graduada dos músculos deficitários, realizando repetições para estimular a resistência física; em determinados casos também poderá ser utilizada a eletroestimulação. A presença de fraqueza muscular pode limitar o desempenho do doente com EM nas atividades que exijam algum esforço motor, nomeadamente nas atividades da vida diária (AVD) ou de lazer e sociais. Neste sentido, poderá sugerir adaptações aos contextos físicos, de forma a facilitar a realização das tarefas diárias e tornar, assim, as pessoas com EM mais independentes. No caso de indivíduos que deambulem em cadeira de rodas, poderá ser necessário adaptar os contextos físicos onde realizam as suas atividades diárias, nomeadamente, as medidas arquitetónicas dos espaços (largura das portas, altura da sanita, profundidade do lavatório, entre outros) e os utensílios através de cabos engrossados, tapetes antiderrapantes, pratos com rebordo, copos com pegas facilitadoras, entre outros. Recentemente foi disponibilizado um novo fármaco, a Fampridina, que evidenciou melhoria na capacidade de marcha e na distância percorrida, o que pode e deve ser

potencializada com tratamento fisiátrico⁵.

Espasticidade

A espasticidade deve-se a disfunção do neurónio motor superior (1.º neurónio), resultando em resistência à mobilização passiva dependente da velocidade, podendo ainda causar espasmos e clónus. A abordagem no seu tratamento poderá ser farmacológica (Baclofeno 5mg a 20mg 4id; Tizanidina 2mg a 8mg 4id, Diazepam 2,5mg a 10mg 4id, Gabapentina 100mg a 800mg 4id) ou não farmacológica (mobilização passiva, alongamentos, TEC, produtos de apoio). A toxina botulínica pode ajudar na espasticidade focal e potenciar funcionalidade⁵.

Ataxia e tremor

Estes sintomas são habitualmente causados por lesões de estruturas cerebelosas ou das suas conexões e poderão provocar dificuldades na marcha, perturbações nas atividades diárias e na destreza manual. Os tipos de intervenção englobam o treino de equilíbrio, correção postural, produtos de apoio, compensação com pesos e treino de destreza manual. O tratamento farmacológico poderá ser tentado, utilizando benzodiazepinas, gabapentina, propranolol, trazodona ou antagonistas serotoninérgicos, no entanto os resultados são habitualmente limitados⁶.

Alterações sensitivas

A EM pode causar: sintomas positivos (disestesias e alodinia) e sintomas negativos (hipostesia). Se estes últimos não podem ser corrigidos e podem ser muito limitantes, já os positivos se não forem corrigidos, podem provocar uma deficiência significativa. Os tipos de intervenção passam por treino proprioceptivo, treino de equilíbrio, produtos de apoio e dessensibilização tátil. O tratamento farmacológico é feito à base de Antiepiléticos (Pregabalina e Gabapentina), Antidepressivos Tricíclicos (ADT) e Analgésicos (Opióides, Paracetamol, Metamizol)⁵.

Fadiga

Um dos sintomas mais comuns, muitas das vezes associada a outros fatores como a depressão, dor, alterações do sono e medicação concomitante. O tratamento fisiátrico poderá passar pela realização de exercício físico aeróbico, estratégias de gestão de energia e crioterapia. Existem

ainda produtos de apoio que facilitam a conservação de energia.

A terapia farmacológica que evidenciou efeitos positivos contra placebo sobre a fadiga foram Amantadina 100mg 2id, Modafinil 100mg 2id, Aspirina 650mg 2id, Fampridina 10mg 2id ^{3,6}.

Bexiga Neurogénica

Causada por lesão do SNA, muito comum em doentes com EM. Os sintomas poderão ser de

incontinência ou incapacidade para esvaziamento completo. Nestes doentes em particular é muito importante realização de Estudo Urodinâmico sempre que surge suspeita de bexiga neurogénica³.

Ansiedade e Depressão

Sintomas extremamente comuns em doentes com EM, fundamentalmente devido a fatores relacionados com a doença crónica e das limitações que dela advêm. O

interferon beta também pode ser promotor deste sintoma. Nestes doentes o exercício físico, a psicoterapia e outras terapias cognitivo-comportamentais podem ter efeito positivo no controlo sintomático. De igual forma, os antidepressivos podem e devem ser usados nestas situações⁷.

Défice cognitivo

A EM pode provocar alterações cognitivas em diversos campos (memória, pensamento e

linguagem), variando no grau e tipo de défice. Neste sentido, a abordagem destes doentes passa por uma avaliação inicial e uma posterior intervenção através de treino de funções executivas, treino de perceção visual, treino de orientação, treino de memória e treino de fluência verbal. O tratamento farmacológico poderá ser feito através de inibidores da acetilcolinesterase (Rivastigmina 3 a 12mg)⁷.

Principais sinais e sintomas	Abordagem Terapêutica ^{3,4,5,6,7}
Fraqueza muscular (parésia)	Mobilização, fortalecimento muscular, eletroestimulação, produtos de apoio, Fampridina.
Espasticidade	Mobilização passiva, alongamentos, produtos de apoio, anti-espásticos, toxina botulínica.
Ataxia e Tremor	Treino de equilíbrio, correção postural, produtos de apoio, compensação com pesos.
Alterações sensitivas	Treino proprioceptivo, dessensibilização tátil, antiepiléticos, analgésicos.
Bexiga Neurogénica	Fundamental a realização de estudo urodinâmico.
Ansiedade e Depressão	Exercício físico, psicoterapia, Antidepressivos.
Défice Cognitivo	Avaliação e intervenção neuropsicológica.

Código de boas práticas da European Multiple Sclerosis Platform⁴

- Intervenção precoce
- Estabelecer objetivos
- Abordagem multidisciplinar
- Ajustar programa de reabilitação em função do estágio da doença
- Medição como instrumento de reabilitação
- Utilizar mecanismos de reabilitação comprovados por ensaios clínicos

Bibliografia

1. Sá M . Neurologia Clínica, Capítulo

- IX. Esclerose Múltipla e Outras doenças Inflamatórias e Desmielinizantes do SNC. 2ªed; 2014.
- Burks J., et al. Multiple sclerosis: diagnosis, medical management and rehabilitation. Nova lorque: Demos; 2000.
- Schapiro RT. Managing the symptoms of multiple sclerosis. 4º ed. Nova lorque: Demos; 2003.
- Zajicek J, et al. Multiple sclerosis: a practical manual. Oxford: Oxford University Press: 2007.
- Cardoso F. Atuação fisioterapêutica

- na esclerose múltipla forma recorrente – remitente. Revista Movimenta. 2010; 3(2): 69-75.
- Del Cistia A. Silva A. Torriani C. Cyrillo F. Fernandes S. Nova I. Velocidade de marcha, força muscular e atividade mioelétrica em portadores de Esclerose Múltipla. Revista Neurociência. 2007; 102-107.
- Ribeiro B. Pereira L. Mello N. Fillipin N. Relação da incapacidade funcional, fadiga e depressão com qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla. Revista Biomotriz. 2014; 50-64.

A ABORDAGEM DO DOENTE COM DISFAGIA

Ana Bazenga¹, Bárbara Moreira², Catarina Lima³, Filipe Capa⁴, Florbela Ramos⁵, Gisela Brandão³, Joana Almeida⁶, Maria do Céu Pereira¹, Mário Rui Correia⁷, Marta Coutinho³, Marta Neves¹, Sofia Cunha¹, Susana Araújo³, Vítor Lopes⁵

Núcleo de Disfagia, Centro de Reabilitação do Norte

- 1 Enfermeiro
- 2 Nutricionista
- 3 Terapeuta da Fala
- 4 Médico Fisiatra; Coordenador da Unidade Funcional

- 5 Enfermeiro Responsável
- 6 Médico Fisiatra
- 7 Terapeuta Coordenador



A qualidade de vida do doente com disfagia reflete-se no contexto cultural e social onde o doente se encontra inserido.

Objetivo

Apresentar o trabalho desenvolvido e os objetivos propostos pelo núcleo de trabalho do Centro de Reabilitação do Norte com área de intervenção nos doentes com disfagia neurogénica.

Introdução

A disfagia neurogénica é uma alteração no processo de deglutição que inclui dificuldade/ausência de capacidade do transporte de alimento e/ou líquido da boca, através da faringe e esófago, até ao estômago. A disfagia neurogénica pode resultar em alterações da fase oral e/ou faríngea e pode resultar de alterações nas diferentes partes do SNC/SNP ou outras patologias neuromusculares ou musculares. (1)

Constitui um sintoma relacionado com a alteração no processo de deglutição que impede a ingestão oral segura e eficiente. Esta condição pode conduzir a limitações funcionais e complicações importantes, como a aspiração, a pneumonia e a desnutrição, com impacto na qualidade de vida em aspetos emocionais, físicos e socioculturais (2).

A aspiração é um dos problemas que pode estar presente no doente com disfagia e refere-se à condução involuntária/acidental de alimento e/ou líquido para a via aérea. Admite-se presença de aspiração silenciosa quando não existem sinais evidentes de aspiração (ex: tosse ou alterações da voz). (1)

O doente com disfagia neurogénica pode apresentar alguns sinais como escape anterior de saliva, alterações da mastigação, regurgitação nasal, alterações do padrão respiratório, alterações da qualidade da voz, presença de resíduos orais e/ou faríngeos e tosse. (1)

A desnutrição é uma consequência grave

e frequente da disfagia e pode contribuir para alterações do estado de consciência do doente (ex: confusão), desidratação, obstipação e infeções. (3, 4)

A forma de apresentação mais típica da disfagia neurogénica varia de acordo com a patologia de base. Por exemplo, no doente com AVC o início da disfagia é súbito enquanto que em doenças neurodegenerativas (ex: doença de Parkinson) o início é, com maior frequência, gradual. (1)

A incidência mundial estimada de disfagia neurogénica varia entre 400000 e 800000 indivíduos por ano. No entanto, a incidência específica para cada patologia neurológica é variável. (1)

Quadro 1- Prevalência de disfagia neurogénica em várias patologias neurológicas (1, 5, 6)

O AVC é, de forma consensual, a causa mais comum de disfagia. A disfagia pode atingir entre 23 a 50% dos doentes com AVC na fase aguda (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) e pode persistir, até aos 6 meses de evolução, entre 15 a 50% desses doentes (12, 15). O risco de aspiração, provavelmente a consequência mais grave da disfagia, está presente em 22 a 50% dos doentes com disfagia (7, 9, 12, 16, 17). Estima-se que as aspirações sejam silenciosas em até 40 a 70% dos casos.

A disfagia é um problema que afeta diretamente o prognóstico e a recuperação. (9)

O risco de ocorrer pneumonia de aspiração é de três a sete vezes superior nos doentes com disfagia e pode atingir um risco 11 vezes superior quando existe aspiração. (8, 9, 16)

A disfagia é também um fator preditivo independente de morbilidade respiratória (desidratação, desnutrição, maior tempo de internamento e custos associados) e de

mortalidade após o AVC. (8, 9, 16, 18) A mortalidade nos doentes disfágicos nos primeiros 3 a 6 meses de evolução após o AVC varia entre 27 a 37% (8, 12), sendo que pode atingir 50% de mortalidade nos doentes com TACI. (9)

Sabe-se ainda que a disfagia pode interferir de forma negativa com a qualidade de vida do doente. Apenas 45% dos doentes com disfagia conseguem apreciar as refeições, 41% apresenta sintomas de ansiedade e/ou pânico e mais de um terço destes doentes evitam as refeições em companhia. (12)

De uma forma geral, a reabilitação pretende melhorar a independência funcional do indivíduo. (19)

O processo terapêutico específico na disfagia neurogénica tem como objetivo melhorar a fisiologia da deglutição de forma a atingir uma alimentação eficiente, podendo ser necessário o recurso a determinadas estratégias que compreendem métodos de reabilitação e/ou compensação. (19, 20)

Organização do Núcleo

o núcleo é formado por um conjunto de profissionais do CRN de diferentes valências. As práticas centradas no doente e nos seus familiares e/ou cuidador(es) são o alvo principal da sua intervenção.

Esta equipa é constituída pelo seguinte grupo de profissionais: Médico Fisiatra (Filipe Capa); Médica Fisiatra (Joana Almeida); Terapeuta Coordenador (Mário Rui Correia); Enfermeiros responsáveis de piso (Florabela Ramos e Vítor Lopes); Departamento de Terapia da Fala (Catarina Lima, Gisela Brandão, Marta Coutinho e Susana Araújo); Departamento de Nutrição (Bárbara Moreira); Departamento de Enfermagem (Maria do Céu Pereira, Marta Neves, Sofia Cunha e Ana Bazenga).

Objetivos do Núcleo

O núcleo de disfagia tem como principais objetivos:

- Identificar e acompanhar os doentes com risco de disfagia e os seus familiares e/ou cuidadores;
- Garantir o funcionamento harmonioso entre os vários elementos profissionais envolvidos no processo de reabilitação do doente com disfagia;
- Promover os melhores cuidados prestados;
- Promover a atualização dos profissionais envolvidos de forma direta ou indireta no tratamento destes doentes.

Funcionamento do Núcleo

Todos os elementos devem centralizar o investimento no processo de reabilitação no próprio doente e/ou no seu familiar/cuidador.

Cada grupo profissional deverá garantir que são atingidos objetivos específicos, conforme ilustrado na (figura 1).

Alguns doentes em tratamento no CRN por disfagia, conforme indicação clínica, reúnem critérios para realizarem videofluoroscopias de forma a complementar a sua avaliação e a orientação terapêutica. Estes exames complementares são realizados com uma regularidade mensal e em conjunto pelo Médico Fisiatra e Terapeuta da Fala responsável.

A preparação da alta é uma das preocupações deste grupo de trabalho. Este trabalho deve ser iniciado logo que possível e devem ser trabalhados aspetos como a preparação do plano alimentar, entregue ao doente na altura da alta, e os ensinamentos ao próprio doente, cuidadores e/ou familiares, de forma a poder ser dada a continuação, no destino da alta, do trabalho iniciado em contexto de internamento.

Mensalmente são realizadas reuniões onde estão presentes todos os profissionais envolvidos no núcleo e onde são abordados assuntos relacionados com o funcionamento do próprio núcleo. Com estas reuniões pretende-se realizar uma reflexão do trabalho em curso, seus resultados e dificuldades, discussão dos projetos em curso ou futuros e/ou outros assuntos pertinentes.

Projetos desenvolvidos e a desenvolver

Desde a sua fundação, este grupo de trabalho desenvolveu:

- Formações, subordinadas ao tema “Deglutição e Disfagia”, da equipa de

profissionais de saúde, auxiliares de ação médica e voluntários do CRN, envolvidos no tratamento dos doentes com disfagia;

- Sessão de esclarecimento à empresa fornecedora de alimentação do CRN;
- Cartões de identificação/“cartões de disfagia”, cujo objetivo é a identificação rápida do doente com disfagia e o acesso imediato aos cuidados principais que permitam assegurar uma deglutição segura. Estes cartões são realizados após uma avaliação detalhada e atribuídos de acordo com a gravidade do quadro clínico:

Figura 2- Exemplo de um “cartão de disfagia”



Interpretação de acordo com a gravidade:

- Disfagia leve: alteração do esfíncter labial; incoordenação da língua; atraso do reflexo de deglutição; ausência de tosse; sem redução acentuada da elevação da laringe; sem alteração da qualidade vocal após a deglutição; AC sem alteração.
 - Disfagia moderada: alteração do esfíncter labial; incoordenação da língua; atraso ou ausência do reflexo de deglutição; ausência de tosse; presença de tosse antes, durante ou após a deglutição; redução da elevação da laringe; alteração da qualidade vocal após a deglutição; AC alterada.
 - Disfagia severa: atraso ou ausência do reflexo de deglutição; redução da elevação da laringe; ausência de tosse; presença de tosse antes, durante ou após a deglutição; alteração da qualidade vocal após a deglutição; alteração respiratória evidente; deglutição incompleta; AC alterada.
- O núcleo de disfagia pretende cumprir um plano de objetivos, alguns dos quais já se encontram em realização:
- renovações/repetições das várias

formações aos profissionais de saúde;

- realização do manual para o doente disfágico;
- sessões de esclarecimento para doentes, familiares e/ou cuidadores;
- linha telefónica de apoio ao doente (e/ou familiar/cuidador do doente) disfágico;
- dinamização da consulta de distúrbios da deglutição e nutrição;
- estudos para acompanhamento mais pormenorizado dos resultados obtidos desde o início da intervenção deste grupo de trabalho.

Reflexão

A URAVC constata que cerca de 40 a 50% dos doentes internados por AVC tem problemas de deglutição.

Conhecendo os habituais problemas daí resultantes, como sejam a desnutrição ou a desidratação e a pneumonia, esta última em estreita relação com a aspiração, sabe-se que têm consequências sérias na saúde e que interferem negativamente no processo de reabilitação.

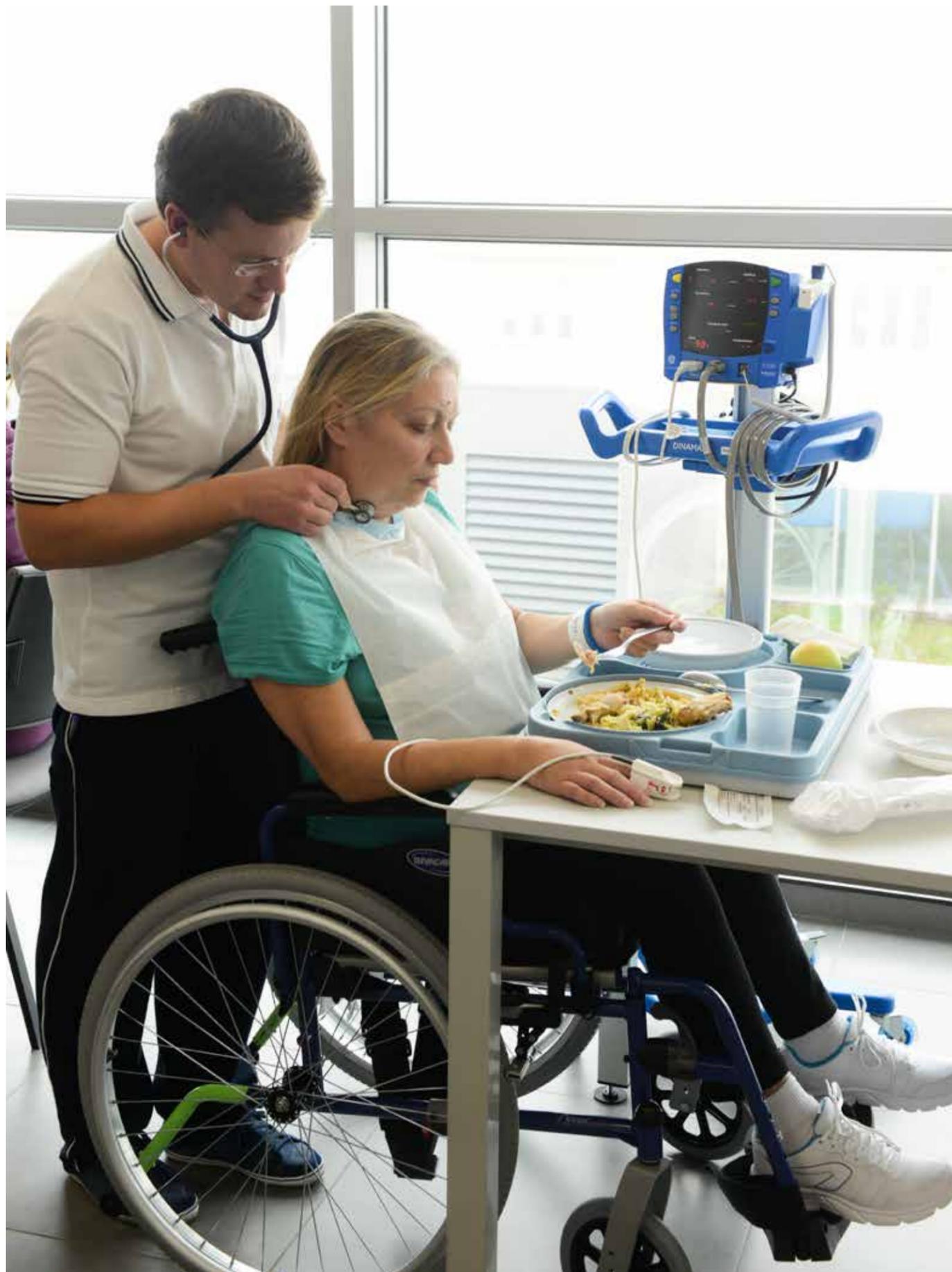
Para minimizar estes problemas foi criado o Núcleo de Disfagia, formado por uma equipa interdisciplinar que tem vindo a desenvolver um meritório trabalho de grupo com o objetivo de obter uma maior eficácia no diagnóstico e respetivo tratamento.

O diagnóstico e orientação terapêutica, sempre que necessário, são complementados com videofluoroscopia, e o tratamento com a estimulação muscular (Vital Stim).

Saliento a importância da criação do cartão da disfagia, colocado em local visível a todos os que contactam com o doente, e onde constam as principais restrições e recomendações para a sua alimentação, evitando riscos inerentes ao desconhecimento da gravidade da disfagia. Para consolidar o conhecimento de todos os intervenientes no processo de alimentação, e mais especificamente nas questões relacionadas com a disfagia, foram realizadas sessões de formação semanais sobre o tema e elaborados folhetos informativos.

Deixo o reconhecimento pelo trabalho empenhado do núcleo, que tem contribuído para a melhoria destes doentes, bem como para prestigiar a URAVC e o Centro de Reabilitação do Norte.

Filipe Capa



Bibliografia

- Daniels SK. Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. GI Motility online. 2006; doi:10.1038/gimo34 (consultado em 2015 Mai 11). Disponível em: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo34.html>.
- Chen AY, Frankowski R, Bishop-Leone J et al. The development and validation of a dysphagia specific quality of life questionnaire for patients with head and neck cancer: the MD Anderson dysphagia inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;127:870-9.
- Clara M, Amaral T, Gomes F. Evolução do estado Nutricional num doente com disfagia pós - AVC. Porto, 2008.
- Finestone HM, Greene-Finestone LS, Wilson ES, Teasell RW. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: prevalence and predictors. Arch Phys Med Rehabil. 1995; 76(4): 310-6.
- Mackay LE, Morgan AS, Bernstein BA. Swallowing disorders in severe brain injury: risk factors affecting return to oral intake. Arch Phys Med Rehabil 1999;80:365-371.
- Ikeda M, Brown J, Holland AJ, Fukuhara R, Hodges JR. Changes in appetite, food preference, and eating habits in frontotemporal dementia and Alzheimer's

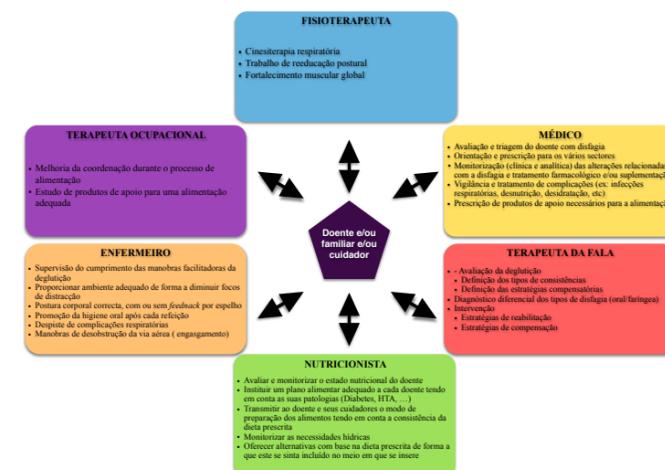
- disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;73:371-376.
- Gordon C, Hewer RL, Wade DT. Dysphagia in acute stroke. British Medical Journal (Clínical research ed). 1987;295(6595):411-414.
- Singh S, Hamdy S. Dysphagia in stroke patients. Postgraduate Medical Journal. 2006;82(968):383-391.
- Sundar U, Pahuja V, Dwivedi N, Yeolekar ME. Dysphagia in acute stroke: correlation with stroke subtype, vascular territory and in-hospital respiratory morbidity and mortality. Neurol India. 2008;56(4):463-70.
- Cola MG, Daniels SK, Corey DM, Lemen LC, Romero M, Foundas AL. Relevance of subcortical stroke in dysphagia. Stroke. 2010;41(3):482-6.
- Shaker R, Geenen JE. Management of Dysphagia in Stroke Patients. Gastroenterology & Hepatology. 2011;7(5):308-332.
- González-Fernández M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after Stroke: an Overview. Current physical medicine and rehabilitation reports. 2013;1(3):187-196.
- Teismann IK, Suntrup S, Warnecke T, Steinsträter O, Fischer M, Flöel A, Ringelstein EB, Pantev C, Dziewas R. Cortical swallowing processing in early subacute stroke. BMC Neurol. 2011;11:34.

- Steinhagen V, Grossmann A, Benecke R, Walter U. Swallowing disturbance pattern relates to brain lesion location in acute stroke patients. Stroke. 2009;40(5):1903-6.
- Langdon C, Blacker D. Dysphagia in Stroke: A New Solution. Stroke Research and Treatment. 2010;2010:570403.
- Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke. 2005;36(12):2756-63.
- Falsetti P, Acciai C, Palilla R, Bosi M, Carpinteri F, Zingarelli A, Pedace C, Lenzi L. Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2009; 18(5):329-35.
- Gonzalez-Fernandez M, Kleinman JT, Ky PK, Palmer JB, Hillis AE. Supratentorial regions of acute ischemia associated with clinically important swallowing disorders: a pilot study. Stroke. 2008;39(11):3022-8.
- Jotz, G. Angelis, E. & Barros, A. Tratado da deglutição e disfagia: No adulto e na criança. 2010. Tijuca: Revinter.
- Silva, R. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. Pró-Fono. 2007; 9(1),123-130.

Quadro 1

Patologia	Prevalência
Traumatismo cranioencefálico	25%
Doença de Parkinson	50%
Doença de Huntington	85%
Esclerose Múltipla	34%
Doença de Alzheimer	32%
Demência frontotemporal	30%
Paralisia supranuclear progressiva	16 - 83%
Esclerose lateral amiotrófica	100%

Figura 1- Objetivos principais, assegurados ao doente com disfagia, por cada grupo profissional



A REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA LESÃO ENCEFÁLICA ADQUIRIDA

Ana Rita Pacheco¹, Daniela Pinto², Gustavo Beça³, Joana Lima², Juliana Vieira², Renato Nunes⁴, Sara Silva⁵, Vanessa Gomes²

Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica
Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico, Centro de Reabilitação do Norte

1 Psicóloga

2 Terapeuta Ocupacional

3 Médico Fisiatra

4 Médico Fisiatra; Coordenador da Unidade Funcional

5 Psicóloga; Supervisora do Serviço de Psicologia



Introdução

O Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica (NRNP) do Centro de Reabilitação do Norte (CRN) encontra-se funcionalmente associado à Unidade de Reabilitação Pediátrica e à Unidade de Reabilitação de Traumatismos Cranioencefálicos (URP) e à Unidade de Reabilitação de Traumatismos Cranioencefálicos (URTCE), tendo como objetivos a realização de todo o processo de avaliação formal de doentes internados ou em ambulatório, com alterações neuropsicológicas resultantes de lesão encefálica adquirida, e a definição e implementação de programas de reabilitação neuropsicológica, em estreita articulação com outras valências, para os doentes cuja avaliação saliente essa necessidade.

O NRNP do Centro de Reabilitação do Norte é constituído por dois gabinetes para atendimento individual a adultos, um gabinete para atendimento individual ou grupal a crianças, duas salas de espera adjacentes aos gabinetes, uma sala de reabilitação cognitiva, contemplando a utilização de softwares informáticos e outras atividades, uma sala de Snoezelen para estimulação sensorial e um espaço polivalente, a utilizar nomeadamente para a intervenção grupal.

Objetivos do NRNP

A atividade do NRNP está orientada para a avaliação e intervenção na componente neuropsicológica e sensorial dos quadros clínicos resultantes da lesão encefálica

adquirida, tendo como principais objetivos:

1. Efetuar avaliações neuropsicológicas;
2. Definir e implementar processos de reabilitação neuropsicológica e estimulação sensorial;
3. Realizar investigações e participar em produções científicas;
4. Desenvolver atividade formativa.

O NRNP objetiva a **reabilitação neuropsicológica**, isto é, a capacitação dos doentes com défices cognitivos causados por lesão ou doença para que passem a adquirir um bom nível de funcionamento social, físico e psíquico. Visa melhorar as capacidades cognitivas e/ou minimizar o seu impacto no sentido de o doente atingir a máxima autonomia funcional na sua vida quotidiana, potenciando que consiga fazer o que ambiciona na sociedade e na vida.

Para que se inicie o processo de reabilitação neuropsicológica é necessária a realização prévia de avaliações neuropsicológicas aprofundadas e compreensivas que permitam identificar as áreas/domínios cognitivos que devem ser alvo de intervenção.

Constituição do NRNP

O NRNP trabalha com um Médico Fisiatra, duas Psicólogas e quatro Terapeutas Ocupacionais, sendo que as últimas exercem atividade especificamente na sala de estimulação sensorial, a tempo parcial, em continuidade com o trabalho desenvolvido com doentes específicos no setor de Terapia Ocupacional.

Processo de encaminhamento e acompanhamento para e pelo NRNP

A sinalização para a avaliação neuropsicológica pelo NRNP é feita pelo Médico responsável pelo doente. No caso do regime de internamento, esta decisão médica é tomada após discussão dos resultados do rastreio cognitivo-emocional realizado pelo Serviço de Psicologia aquando da admissão dos doentes.

Após a sinalização, e de acordo com a sugestão de alterações do rastreio cognitivo-emocional realizado, é planeada a avaliação. No caso de haver sugestão de alterações cognitivas, é aprofundada a avaliação das referidas áreas com a administração de instrumentos de avaliação formais destinados ao efeito. Segue-se a interpretação dos resultados e sua interligação com a história de vida, a avaliação médica e os resultados dos meios complementares de diagnóstico, se existentes, finda a qual se comunicam os resultados e conclusões da avaliação ao Médico responsável e ao doente ou cuidador, consoante nível de consciência e capacidade de compreensão do primeiro. De acordo com os resultados da avaliação neuropsicológica, e confirmando-se a existência de alterações, é realizada proposta de programa de reabilitação neuropsicológica, a iniciar após discussão com o Médico responsável pelo doente.

Avaliação neuropsicológica

A avaliação neuropsicológica procura identificar as funções cognitivas deficitárias

e preservadas, auxiliando no diagnóstico, no prognóstico e na reabilitação do doente. As sequelas cognitivas dependem de “fatores como localização, intensidade e severidade da lesão”, bem como de outros aspetos sociais e individuais do doente, relevando, deste modo, a necessidade de um processo avaliativo abrangente e compreensivo.

A **avaliação neuropsicológica** decorre do rastreio cognitivo-emocional, realizado pelo Serviço de Psicologia nos doentes internados ou pela Consulta Externa de Reabilitação Neuropsicológica nos doentes em ambulatório, e procura aprofundar as funções cognitivas (orientação, atenção, memória, linguagem, capacidades visuoespaciais, velocidade de processamento e funções executivas) que são identificadas nesse primeiro momento como potencialmente alteradas, bem como as componentes psicoemocional e comportamental. Tem como objetivos:

- Descrever potencialidades, limites e identificar flutuações no funcionamento psicológico (cognição, comportamento e emoção) em termos de presença/ausência de severidade;
- Fornecer pistas para planear a reabilitação;
- Fornecer indicadores e informação para familiares e cuidadores.

São competências do Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica na avaliação neuropsicológica de doentes o planeamento e a realização da avaliação neuropsicológica formal, utilizando métodos, técnicas e administrando os instrumentos de avaliação ajustados às características do doente, a cotação e interpretação dos resultados, interligando-os com a história de vida e a avaliação médica, a comunicação dos resultados e conclusões da avaliação ao próprio doente (se nível de compreensão o permitir), à família e à equipa, a definição dos objetivos do programa de reabilitação neuropsicológica e, ainda, a elaboração de relatórios de avaliação neuropsicológica.

Reabilitação neuropsicológica

O objetivo da reabilitação neuropsicológica é “capacitar as pessoas com incapacidades para alcançar o seu nível ótimo de bem-estar, reduzir o impacto dos seus problemas na vida diária, e ajudá-las a regressar aos seus contextos mais adequados”, o que também se aplica na intervenção do NRNP do Centro de Reabilitação do Norte.

Especificamente para os doentes cujo nível de comprometimento cognitivo e/ou incapacidade intelectual são extremos, a intervenção focaliza-se na estimulação sensorial. Para o efeito, a avaliação realizada é essencialmente sensorial e objetiva perceber em que nível se encontra o doente e quais são as suas capacidades ao nível de cada uma das sensações (exteroceptivas, propioceptivas e interoceptivas).

A estimulação sensorial no NRNP, realizada tradicionalmente na sala de Snoezelen do Núcleo, pretende:

- Estimular as funções sensoriais;
- Promover o desenvolvimento do sistema vestibular;
- Estimular a perceção auditiva, visual, tátil e olfativa;
- Facilitar a perceção das sensações e limites do corpo;
- Facilitar a reabilitação propioceptiva/reprogramação neuromotora;
- Promover o relaxamento psicomotor;
- Conter a ansiedade e/ou os comportamentos tendencialmente agressivos;
- Estimular o aparecimento de emoções e sensações positivas, como o bem-estar ou o relaxamento;
- Introduzir elementos de estimulação do estado de consciência.

A reabilitação neuropsicológica é um sistema de intervenções terapêuticas definido e implementado pela equipa de reabilitação. Esta intervenção visa:

- Capacitar doentes, em regime de internamento ou ambulatório, com défices cognitivos causados por lesão ou doença para que passem a adquirir um nível de funcionamento social, físico e psíquico satisfatório;
- Melhorar as capacidades cognitivas e/ou minorar o seu impacto na autonomia funcional do doente na sua vida quotidiana;
- Reestabelecer e reforçar padrões de conduta aprendidos previamente;
- Estabelecer novos padrões de atividade cognitiva por meio de mecanismos cognitivos compensatórios;
- Facilitar a adaptação do doente ao(s) seu(s) défice(s) cognitivo(s), de modo a melhorar o seu funcionamento global.

De acordo com o modelo de saúde biopsicossocial que sustenta a intervenção holística do NRNP do Centro de Reabilitação do Norte, as principais dimensões dos programas de reabilitação neuropsicológica são:

- Estabelecer ambiente/relação terapêutica com o doente e/ou familiares;
- Selecionar e/ou definir atividades de reabilitação cognitiva e/ou estimulação sensorial consoante os objetivos do programa e as características do doente;
- Definir, partilhar e/ou implementar estratégias e medida no âmbito da intervenção comportamental;
- Disponibilizar apoio psicológico aos doentes do Centro de Reabilitação do Norte;
- Disponibilizar apoio psicológico às famílias/cuidadores dos doentes do Centro de Reabilitação do Norte, promovendo o seu envolvimento contínuo;
- Conceber e orientar sessões psicoeducativas dirigidas às famílias/

cuidadores dos doentes do Centro de Reabilitação do Norte, decorrentes das necessidades identificadas;

- Dinamizar grupos de suporte para familiares/cuidadores de doentes do Centro de Reabilitação do Norte;
- Facilitar a (re)integração social, formativa, profissional ou ocupacional do doente do Centro de Reabilitação do Norte, em meio natural.

Para a otimização do retorno ao meio natural dos doentes internados e, em particular, para quando a situação do doente pressupõe uma (re)integração profissional, o NRNP articula de forma sistemática com o Centro de Reabilitação Profissional de Gaia que estabelece, inclusive, o primeiro

contato com os doentes que o Centro de Reabilitação do Norte entende deverem ser encaminhados para essa estrutura ainda durante o seu internamento. Para além de objetivar o envolvimento dos doentes nos seus projetos de vida futuros de uma forma o mais securizante possível, mostrando-lhes desde o período de internamento que existirá um acompanhamento futuro em estrutura capaz de facilitar a sua (re) adaptação ao meio, essencialmente no domínio formativo e profissional, esta parceria evita uma duplicação de tarefas, nomeadamente as relacionadas com as avaliações neuropsicológicas realizadas, que é extremamente positiva quer para o doente, que não tem que repetidamente

estar a ser alvo das mesmas intervenções, quer para os próprios resultados das avaliações que correm menos riscos de serem enviesados pela repetição da administração dos mesmos testes.

Os doentes em programa de reabilitação neuropsicológica são reavaliados após período definido como adequado, dependente dos objetivos alcançados e/ou do período decorrente desde o início da intervenção.

Estimulação sensorial

Uma das tecnologias utilizadas no Centro de Reabilitação do Norte é o Snoezelen (estimulação multissensorial), aplicada por Terapeuta Ocupacional em crianças e





A estimulação multissensorial induz a implementação de vários estímulos que devem ser adequados em quantidade, qualidade e no timing apropriado.

Toda a estimulação sensorial começa com o reconhecimento visual, auditivo, olfativo, vestibular e tátil, iniciando-se assim, um processo de percepção sensorial do indivíduo. Todos estes estímulos devem ser processados para que a elaboração das respostas seja adequada e funcional, quer ao nível motor, quer cognitivo. No Snoezelen, em contraste com o quotidiano, os sentidos não são estimulados simultaneamente; os indivíduos têm de se concentrar em percepções sensoriais individuais.

Durante a terapia, o Terapeuta assume um papel fundamental, na medida em que deve exibir uma abordagem não diretiva favorecendo as interações espontâneas, o material e o ambiente devem ser convidativos e estimulantes para motivar o indivíduo para a ação/agir. O ambiente deve trazer também tranquilidade para haver relaxamento. Após todo este processo o Terapeuta deve realizar uma monitorização pós-funcional e recorrer à correção de respostas desadequadas, no sentido de promover a qualidade de vida do indivíduo na interação com o ambiente. Esta interação satisfatória tem como objetivos, promover o relaxamento, desenvolver no indivíduo a confiança em si mesmo, potenciar o autocontrolo, incentivar a exploração, estabelecer uma correta comunicação com o Terapeuta, proporcionar um momento de bem-estar, aumentar o nível de atenção e concentração e reduzir as alterações de comportamento.

Numa sala de Snoezelen podemos encontrar: elementos táteis (fibras óticas, objetos de diferentes texturas e temperaturas, cama de água e/ou vibração); elementos auditivos (música relaxante, caixa de som); elementos vestibulares (colchão de água); elementos visuais (coluna de borbulhas, fibras óticas, projetor de imagens e objetos fluorescentes); elementos olfativos (difusores de diferentes cheiros).

Investigação, produção científica e formação

O NRNP, para além das atividades acima expressas, objetiva o desenvolvimento de atividade de produção científica. Neste sentido, são objetivos do Núcleo de Reabilitação Neuropsicológica:

- Propor e/ou participar em projetos de investigação internos e externos que visem o desenvolvimento da área da reabilitação

neuropsicológica;

- Participar na organização de eventos científicos na área da reabilitação neuropsicológica;

- Acolher estágios académicos e profissionais;

- Conceber e ministrar formação interna e externa, nomeadamente no âmbito do internato de formação específica de Medicina Física e de Reabilitação.

Para além do envolvimento na organização do I Congresso Internacional de Reabilitação Neuropsicológica, uma parceria entre o Centro de Reabilitação do Norte, o CRPG e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (ESTSP) que decorreu nas nossas instalações em Outubro do corrente ano, o NRNP está a elaborar proposta para a Direção Clínica no sentido de participar como consultor na elaboração e construção de programa informático de estimulação cognitiva direcionado para pessoas com lesão encefálica adquirida, que está a ser desenvolvido pela Edipsico.

Reflexões finais

Integrada nos restantes setores terapêuticos, a ação do NRNP do Centro de Reabilitação do Norte pretende contribuir para a reabilitação plena dos doentes, nos domínios individual, familiar e socioprofissional. Para isso, contribuem todos os elementos de uma equipa multidisciplinar, cujos conhecimentos e práticas se articulam de forma dinâmica e funcional tendo como meta a prestação de um serviço de qualidade ao doente e respetivos familiares/cuidadores.

Bibliografia

1. Etxepareborda M.C, Abadmas L, Pina J. Estimulación multisensorial. Revista de Neurología.2003; 36 (Supl 1): S122-S128.
2. Sella M. A. P. Snoezelen – Um caminho para o mundo sensorial. Curitiba, AMCIP, 2008.
3. Rodríguez M, Llaurodo M. Estimulación Multisensorial en un espacio snoezelen: concepto y campos de aplicación. Revista española sobre discapacidad intelectual. 2010; 41(4):22-32.
4. Alfonso, L.. Aulas Multisensoriales y de Psicomotricidad. Zaragoza, 2002.
5. Viegas P. Snoezelen – Um recurso para o Psicomotricista: a psicomotricidade. Revista da associação portuguesa de psicomotricidade; vol. 1 n.º.1, 2003.
6. Wilson, B.A. Neuropsychological rehabilitation: State of science. South African

J Psychology. 2013; 43 (3): 267-277.

7. Pawlowski, J., Rodrigues, J. de C., Martins, S. C. O., Brondani, R., Chaves, M. L. F., Fonseca, R. P., & Bandeira, D. R. (2013). Avaliação neuropsicológica breve de adultos pós-acidente vascular cerebral em hemisfério esquerdo. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (1), pp. 33-45.



DESPORTO ADAPTADO DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO

Projeto 2015

Bruno Maia¹, Joaquim Margarido², Maria Cunha³

Núcleo de Desporto Adaptado do Centro de Reabilitação do Norte

- 1 Prof. Educação Física
- 2 Enfermeiro
- 3 Médica Fisiatra

Introdução

É reconhecido que a prática desportiva é um elemento de enorme relevância na qualidade de vida daqueles que dela usufruem, realçando as capacidades em detrimento das dificuldades. Neste contexto, o Desporto – e nomeadamente o Desporto Adaptado – é entendido como uma ferramenta útil no processo de Reabilitação, facilitando a integração social e a readaptação à nova realidade da pessoa doente.

Consciente desta realidade, um grupo de profissionais de saúde do Hospital da Pareda deu início, no ano de 2009, à prática de atividades de Desporto Adaptado no âmbito das modalidades de Orientação de Precisão e Vela Adaptada. Os resultados desportivos alcançados ao longo deste período de tempo são hoje entendidos como uma mais-valia no processo de reabilitação dos nossos doentes e um fator de promoção do nome Santa Casa da Misericórdia do Porto no universo das instituições viradas para a prática do Desporto Adaptado. “Mais modalidades, mais praticantes e um objetivo primeiro: “Reabilitar e integrar pela via do desporto!” é o princípio adotado pelos seus responsáveis, consubstanciando a aposta no desenvolvimento e dinamização de novas modalidades.

Proposta de Projeto

Face à intenção demonstrada pela Santa Casa da Misericórdia do Porto em dinamizar o Desporto Adaptado e em formar atletas Paralímpicos rumo à excelência, foi solicitado ao Centro de Reabilitação do Norte que, de forma integrada, desse o seu contributo no sentido de estabelecer uma carta de intenções tendente à implementação de um projeto abrangente a todo o universo Santa Casa da Misericórdia do Porto.

Cientes da disparidade de realidades ao nível dos vários polos da SCMP e da riqueza acrescida que essas realidades podem oferecer ao projeto, entendemos que faz todo o sentido a criação de uma estrutura que superintenda e coordene as atividades a levar a cabo, as quais deverão ter origem, de forma autónoma, nos vários polos, de acordo com a sua vocação e recursos.

À estrutura coordenadora competiria a calendarização de atividades e o estabelecimento de contactos com Federações, Clubes, Autarquias, Estabelecimentos de Ensino e demais instituições da esfera pública ou privada, viabilizando as iniciativas propostas e colhendo os necessários apoios. Simultaneamente, colocaria em articulação

os vários polos para que todos pudessem tirar partido das atividades propostas. O apoio direto e efetivo aos atletas de alto rendimento/alta competição, integrando ou indigitados para integrar trabalhos das seleções nacionais compete à estrutura coordenadora, em articulação com o(s) respetivo(s) polo(s)/núcleo(s). Elaboração de convites, contactos com a comunicação social e divulgação das diversas atividades nas redes sociais, em articulação com o Departamento de Comunicação e Imagem da SCMP, seriam outras funções da estrutura coordenadora.

Por sua vez, cada um dos polos deverá possuir a necessária autonomia para gerir as atividades de treino e de competição inerentes a cada uma das modalidades por si desenvolvidas. Filiação dos Núcleos e dos atletas/equipas, gestão de calendários, inscrições em provas, gestão de recursos humanos e logísticos, criação de bolsas de patrocinadores e angariação de fundos são funções a alocar a cada um dos núcleos.

Com os meios e recursos existentes no Centro de Reabilitação do Norte é possível ambicionar, num primeiro momento, o desenvolvimento de 4 modalidades desportivas: Boccia, Andebol em Cadeira de Rodas, Ténis de Mesa e Handcycling. O Centro de Reabilitação do Norte possui na sua estrutura física as condições para o desenvolvimento de atividades de treino e competição do Boccia, do Ténis de Mesa e do Handcycling, devendo socorrer-se de um protocolo com um clube ou a autarquia onde se insere para a utilização de pavilhão que lhe permita desenvolver atividades de competição de Andebol em cadeira de rodas. De referir ainda que, recentemente, a Federação Portuguesa de Voleibol estabeleceu contacto com o CRN com vista à assinatura de um protocolo visando articular as duas instituições na implementação de um projeto pioneiro na modalidade de “Voleibol sentado” que nos parece enriquecer este projeto.

Sem um quadro de voluntários suficientemente vasto, não será possível sequer equacionar o desenvolvimento das atividades a que nos propomos. Nesse sentido, procurámos junto dos colaboradores do Centro de Reabilitação do Norte colher a sua sensibilidade e carinho no tocante ao projeto e as expectativas criadas deixam-nos, numa primeira fase, bastante otimistas.

Validado o projeto, pensamos que será importante que o cronograma a criar possa ter em conta o fato da temporada

competitiva em várias modalidades ter início em setembro. Para arranque do projeto de uma forma global, o Centro de Reabilitação do Norte está em condições de assumir o compromisso de trazer para o seu espaço a iniciativa “Tens Potencial Paralímpico?”, em articulação com a Federação Portuguesa de Desporto para a Deficiência.

Conclusão

Acrescentar ao programa de Reabilitação neuromotora/física, psíquica/neuropsicológica e sociofamiliar dos doentes dos diferentes estabelecimentos de cuidados médicos da Santa Casa da Misericórdia do Porto, todo um processo centrado no Desporto Adaptado, é pois a grande aposta da Santa Casa da Misericórdia do Porto. Contribuir para que essa ambição seja uma realidade no mais curto espaço de tempo possível é, mais do que um desejo, o dever do Centro de Reabilitação do Norte. Move-nos a vontade e o crer no projeto e tudo faremos para a sua concretização.

CENTRO DE MOBILIDADE

Avaliação da Capacidade de Condução

Fátima Gandarez¹

O Centro de Mobilidade é uma unidade vocacionada para a avaliação da capacidade de condução da pessoa com deficiência. Localiza-se numa sala própria, junto à área da consulta externa, e encontra-se equipado com o aparelho Driver Test Station (DTS).

A avaliação é realizada semanalmente, por um Médico Fisiatra, contando com o apoio de um técnico especializado na adaptação de veículos automóveis.

A referência para a avaliação de um doente no Centro de Mobilidade pode ser feita através de pedido de consulta do Médico Assistente ou Médico Fisiatra.

Os exames para avaliação da aptidão física e mental à habilitação de condução de veículo automóvel são efetuados através de inspeção normal, inspeção especial ou junta médica, de acordo com a idade, condição física ou mental e categoria de veículo a que os examinandos pretendam habilitar-se ou estejam habilitados a conduzir.

Sempre que, em exame médico, se verifique uma deficiência que não implique reprovação mas imponha o cumprimento de determinadas restrições, estas deverão ser expressamente registadas em atestado médico e averbadas na carta ou licença de condução e ainda no livrete do veículo quando impliquem alterações às suas características.

Segundo o regulamento da Habilitação Legal para Conduzir (Anexo ao Decreto-Lei n.º 209/98, 15 de julho), não pode ser aprovado em inspeção normal o examinando que apresente limitação incompatível com o exercício da condução no qual se incluem, entre outros, os défices graves da acuidade visual e auditiva, as lesões ou deformidades dos membros ou coluna vertebral, e as sequelas de traumatismo do sistema nervoso central ou periférico, que possam impedir uma manobra eficaz do veículo e reduzam com carácter duradouro ou progressivo a capacidade para a condução.

Nestes casos, o examinando deve ser submetido a inspeção especial, a qual é efetuada pela autoridade de saúde da área da

residência, podendo ser requerida quer pelo Médico assistente quer pelo próprio condutor. A aferição das capacidades para a condução exige conhecimentos clínicos, legais, tecnológicos e a objetividade da avaliação desenvolvida no Centro de Mobilidade, que se encontra, como referido, equipado com o aparelho Driver Test Station (DTS). Nele, é avaliada a capacidade de condução de veículos automóveis e as eventuais adaptações necessárias no veículo, de forma a permitir uma condução autónoma nas melhores condições de segurança. Os parâmetros de avaliação incluem teste de força muscular (para manobrar o volante, pedais e/ou manípulos de mão), tempos de reação e destreza global.

Salienta-se no entanto, que o DTS não fornece qualquer informação sobre as capacidades cognitivas/psíquicas do indivíduo. A este respeito, o DL n.º 209/98 refere que "Sem prejuízo da avaliação da aptidão física, o examinando mandado submeter a exame psicológico por determinação legal só pode obter ou revalidar a carta ou licença de condução quando for considerado apto no referido exame".

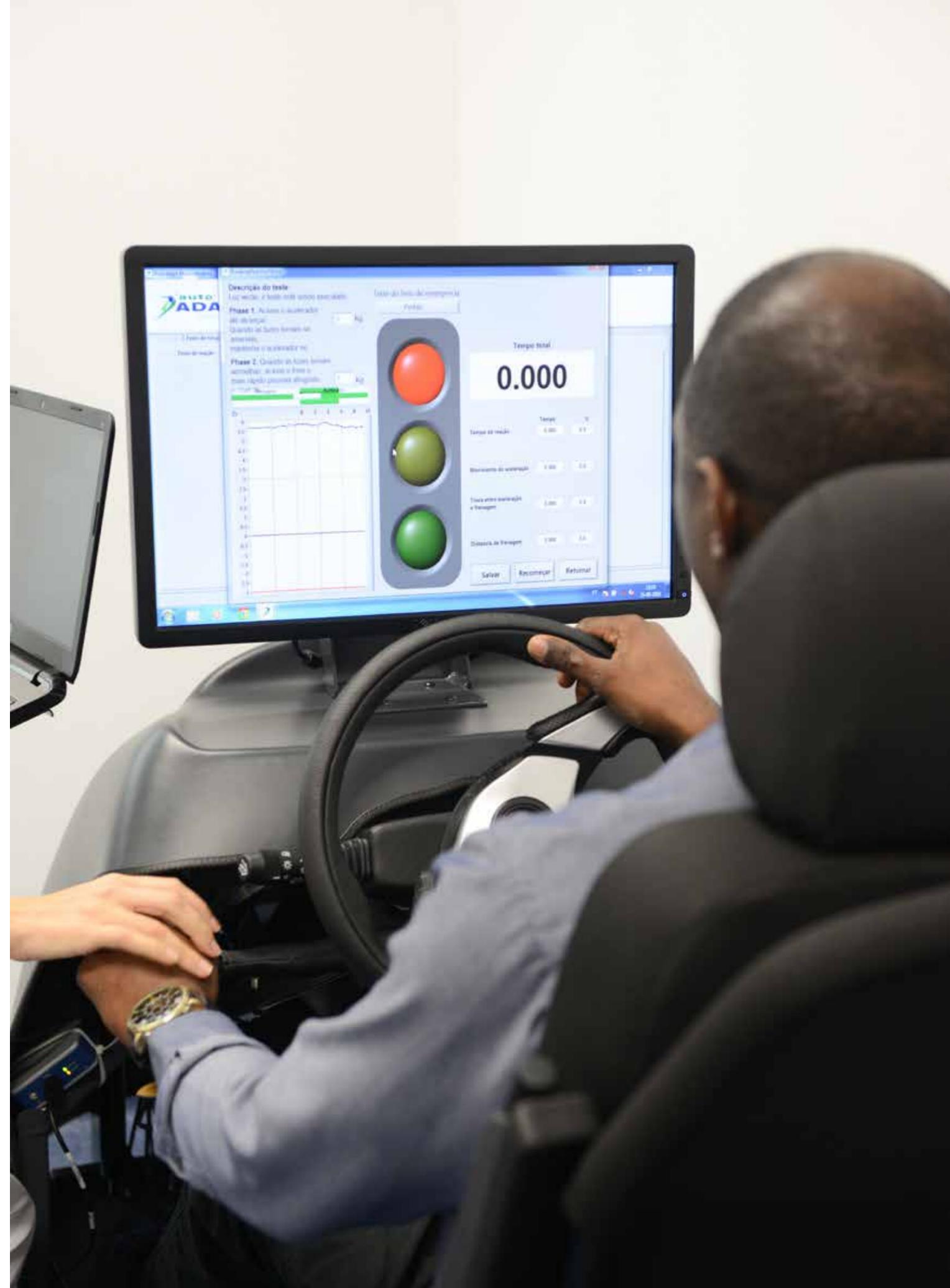
Os resultados da avaliação realizada no DTS são interpretados à luz do contexto clínico-funcional global do indivíduo, e quando necessário, são relatadas as adaptações necessárias a realizar no veículo, tendo por base os códigos harmonizados da União Europeia e os códigos nacionais de restrições e adaptações.

O relatório deste exame deverá posteriormente ser submetido à apreciação das autoridades de saúde, que registam no boletim o seu resultado e emitem o atestado médico, com as restrições impostas, caso existam.

Bibliografia

1. <http://www.imtt.pt/sites/imtt/Portugues/Veiculos/Aprovacoes/Transformacoes/adaptacaodeficientes/Paginas/AdaptacaoParaDeficientes.aspx>
2. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005919.pdf>

¹ Médica Fisiatra



A ANÁLISE DE MARCHA COMO MEIO DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA EM REABILITAÇÃO

André Rodrigues¹, Frederico Silva¹, Gustavo Beça², Renato Nunes³

Unidade Funcional de Reabilitação Pediátrica e de Reabilitação de Traumatismo Cranioencefálico, Centro de Reabilitação do Norte

- 1 Fisioterapeuta
- 2 Médico Fisiatra
- 3 Médico Fisiatra; Coordenador da Unidade Funcional



Resumo

A marcha bípede é uma das características mais marcantes da evolução humana.

O seu estudo permite caracterizar graus e tipos de alterações, quantificar esses desvios em relação ao normal, objetivar resultados de intervenções terapêuticas e comparar com estádios prévios, e estabelecer comparações intra e interindividuais.

A análise laboratorial de marcha é um meio tecnológico avançado que permite caracterizar os diferentes aspetos da marcha e possibilita uma avaliação mais rigorosa, uma orientação clínica mais informada e uma aferição mais detalhada dos resultados de intervenções (médicas ou cirúrgicas).

Palavras-chave: marcha; análise de marcha; distúrbios da marcha.

Introdução

A marcha bípede é uma das características mais marcantes da evolução humana e uma das adaptações que mais nos distingue dos restantes animais.

É um fenómeno cíclico e automatizado, que permite o deslocamento do corpo de um ponto para o outro, na posição vertical e de forma segura e eficiente, através da mudança, de forma alternada e repetitiva, da posição dos pés, de modo a que pelo menos um dos pés esteja em contato com o solo.

É um mecanismo complexo que está dependente da integridade anatómica e funcional dos sistemas nervoso (central

e periférico) e musculoesquelético, que interagem entre si.

O estudo da marcha permite caracterizar graus e tipos de alterações, quantificar esses desvios em relação ao normal, objetivar resultados de intervenções terapêuticas e comparar com estádios prévios, e estabelecer comparações intra e interindividuais.

Análise de marcha

As primeiras descrições analíticas de marcha surgiram em 400-300 AC com Hipócrates e Aristóteles. Ao longo dos anos, a análise de marcha evoluiu dramaticamente, sobretudo nas últimas décadas à custa dos avanços tecnológicos. Hoje em dia, a análise de marcha é uma prática diária em reabilitação. A análise observacional da marcha permite recolher informação relevante e é apropriada para caracterizar alterações grosseiras da marcha. Em todo este processo, a prática e experiência clínica do observador assumem um papel fundamental, ao contextualizar a informação observada. (emedicine)

No entanto, a avaliação de alterações mais complexas requerem uma análise mais detalhada. Os laboratórios de marcha são os meios tecnológicos mais avançados que dispomos para caracterizar os diferentes aspetos do movimento implicados na marcha, nomeadamente parâmetros espaciotemporais, cinemática, cinética, eletromiografia dinâmica e custo energético (consumo de oxigénio). A escolha destes parâmetros é baseada na disponibilidade

dos mesmos, na necessidade clínica e na experiência de cada laboratório.

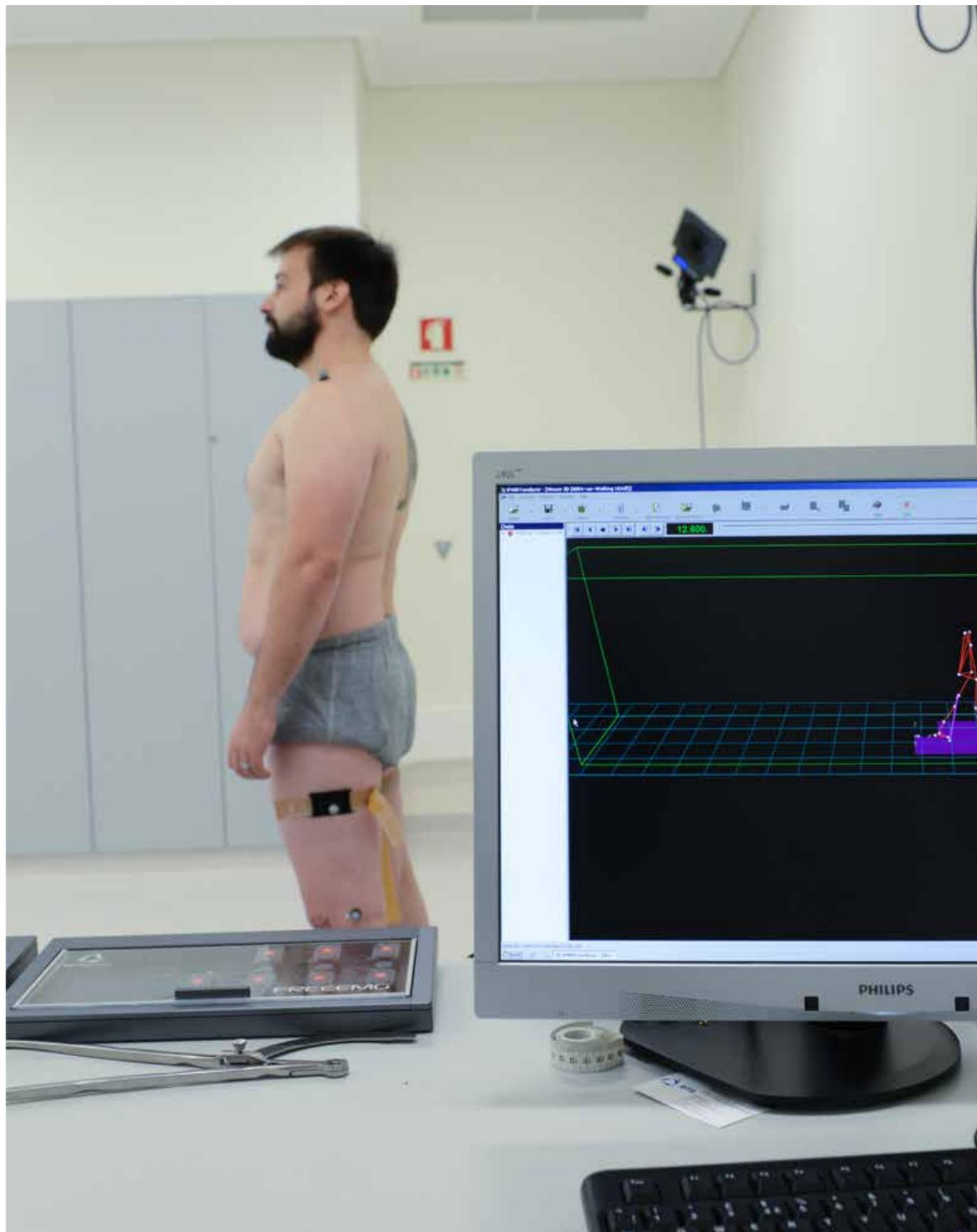
Parâmetros espaciotemporais

O ciclo de marcha corresponde ao intervalo de tempo que ocorre entre dois apoios sucessivos do mesmo pé com o solo. Cada ciclo da marcha é constituído por duas fases principais: fase de apoio, que corresponde a fase do ciclo de marcha em que um dos pés está em contato com o solo, e fase de balanço, que corresponde à parte do ciclo de marcha em que o pé não se encontra em contato com o solo, com a finalidade de avanço do membro. A fase de balanço pode ser dividida em três subfases: balanço inicial, balanço médio e balanço terminal. A fase de apoio pode ser dividida num evento e em quatro subfases: contato inicial, resposta de carga, médio apoio, apoio terminal e pré-balanço. A uma velocidade de marcha normal, a fase de apoio ocupa cerca 60% do ciclo de marcha e a fase de balanço o restante.

A velocidade da marcha é um dos principais indicadores da eficácia da marcha e resulta do produto do comprimento do passo e a cadência da marcha (n.º passos/min).

Cinemática da marcha

A análise cinemática permite estudar o movimento sem ter em consideração as forças envolvidas. É realizada por câmaras de infravermelhos/vídeo de alta frequência, que através da deteção de marcadores colocados no doente, registam



o deslocamento, velocidade e aceleração angulares e lineares.

Cinética da marcha

A análise cinética da marcha permite estudar o conjunto das forças internas e externas que ocorrem durante o movimento. As forças de reação do solo são um dos principais componentes das forças externas e podem ser obtidas através da utilização de plataformas de força. As plataformas de força permitem a medição das três componentes das forças de reação do solo (F_x , F_y e F_z) e das componentes do momento de força (M_x , M_y , M_z). Dessa forma, os sensores dispostos na plataforma quantificam as componentes mediolateral, anteroposterior e vertical das forças. É ainda possível estudar a distribuição do peso em ortostatismo entre os apoios – membros inferiores e/ou auxiliares de marcha – e localizar o centro de gravidade a cada instante.

Atividade muscular

A eletromiografia dinâmica permite avaliar a atividade muscular ao longo do ciclo de marcha, determinando que músculos estão ativos, o seu grau de atividade e em que fase. Regra geral, recorre-se à eletromiografia de superfície utilizando para isso dispositivos leves e telemétricos. A cada dispositivo de eletromiografia corresponde um músculo, os quais são selecionados de acordo com o objetivo do exame.

Consumo de oxigénio (gasto energético)

Os sistemas de medição do consumo de oxigénio permitem avaliar o gasto energético durante a marcha, fornecendo informação sobre a eficiência da marcha. A obtenção de dados cinemáticos e cinéticos possibilita determinar a dinâmica articular. Quando associada à análise eletromiográfica, fornecem dados detalhados da biomecânica da marcha.

Preparação do exame

A preparação do doente é um dos pontos mais importantes do exame. De destacar alguns cuidados a ter, nomeadamente a preparação da pele do doente nos locais onde vão ser colocados os marcadores e, quando indicado, os elétrodos de eletromiografia de superfície. A superfície cutânea deve estar livre de pêlos, para que a aderência dos marcadores e dos elétrodos seja a maior possível e consequentemente

os resultados sejam os mais fidedignos. Previamente à aquisição de dados cinemáticos, o equipamento deverá ser devidamente calibrado, aumentando dessa forma a fiabilidade do processo de aquisição dos mesmos.

Após a calibração do equipamento procede-se às medições antropométricas do doente em estudo, assim como à colocação dos marcadores distribuídos por pontos anatómicos definidos por modelos matemáticos biomecânicos. Estes marcadores são retrorefletores e, quando colocados na superfície cutânea do corpo, facilitam o registo das imagens e a aquisição dos dados.

Os sistemas que registam luz infravermelha, utilizam software específico que permite o processamento das imagens.

O número de câmaras presentes está diretamente relacionado com o grau de complexidade do movimento em estudo. Dado a marcha humana ser um movimento complexo torna-se essencial o uso de duas ou mais câmaras de forma a realizar-se a reconstrução tridimensional.

No decorrer do exame são obtidas imagens do doente em posição estática e durante o decurso do movimento. Num momento posterior, os dados recolhidos serão processados pelo software, fornecendo toda a informação recolhida, traduzida em gráficos que serão analisados e interpretados pelo Médico.

Na análise laboratorial do movimento é importante ter presente a possibilidade de ocorrerem erros na recolha dos dados ou no seu tratamento. A eliminação ou minimização destes erros é fundamental para melhorar a fiabilidade e rigor das medições efetuadas. A uniformização de aquisição, análise e processamento dos dados de forma sistematizada e padronizada poderá ajudar a ultrapassar estes erros.

Importância da análise de marcha

A análise de marcha é instrumento de medida é uma importante ajuda na tomada de decisões clínicas pois permite identificar e caracterizar quantitativamente os défices da marcha e os mecanismos de compensação associados. A interpretação destas alterações possibilita o estabelecimento de intervenções específicas e dirigidas.

A análise instrumental da marcha é usada para o diagnóstico e acompanhamento em situações pré e pós-cirurgia ortopédica, avaliação do impacto na marcha de diferentes auxiliares de marcha, órteses e

calçado, e no tratamento de espasticidade focal com toxina botulínica.

O laboratório de biomecânica do Centro de Reabilitação do Norte

O Laboratório de Biomecânica (LBM) do Centro de Reabilitação do Norte encontra-se funcionalmente associado à Unidade de Reabilitação Pediátrica/Unidade de Traumatismo Cranioencefálicos do Centro de Reabilitação do Norte, destinando-se a realizar todo o processo de avaliação e registo da capacidade e características da marcha tendo por base a avaliação de parâmetros espaciotemporais, da cinemática e da cinética da marcha e de electromiografia dinâmica de superfície.

O LBM encontra-se localizado em área própria do Centro de Reabilitação do Norte, destinada a Exames Especiais e compreende uma sala onde está instalado o equipamento e um sala de apoio e preparação do doente.

A atividade assistencial realizada no LBM é realizada pelos intervenientes na equipa (médicos e Fisioterapeutas) após solicitação do médico responsável pelo doente internado ou em ambulatório, através de pedido de Consulta de Distúrbios da Postura e Marcha.

Conclusão

A evolução da análise de marcha tem sido notória, em especial nas últimas décadas. A análise de marcha tornou-se uma ferramenta importante na prática clínica. Ao permitir objectivar o movimento, contribuiu para uma avaliação mais rigorosa e orientação clínica mais informada. Por outro lado, possibilitou uma aferição mais detalhada dos resultados de intervenções (médicas ou cirúrgicas).

Uso clínico da análise laboratorial está limitado essencialmente pelos custos inerentes à construção de laboratórios de biomecânica assim como pela longa curva de aprendizagem associada que conduz a uma escassez de profissionais com formação adequada.

Bibliografia

1. Delisa J, Gans B. Rehabilitation Medicine. Principles and Practice. Joel De Lisa; 3rd edition; Lippincott-Raven; 1998
2. <http://emedicine.medscape.com/article/320160-overview#a1>

PREPARAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Equipa de Enfermagem e Coordenação,
Centro de Reabilitação do Norte

Resumo

No Centro de Reabilitação do Norte (CRN), a preparação para a alta e a capacitação do prestador de cuidados são processos intimamente ligados e que têm o seu início no próprio momento da admissão. Conferir competências ao prestador de cuidados é um processo que se estende ao longo do internamento e no qual os Enfermeiros estão profundamente envolvidos, sofrendo os necessários ajustes de acordo com a evolução verificada no grau de dependência do doente e com as dificuldades que o prestador de cuidados for referindo. A preparação do prestador de cuidados tem como objetivo responder às necessidades do doente, tendo como ponto de partida a especificidade de cada unidade funcional de reabilitação. Particulariza-se o âmbito da Pediatria, onde as necessidades da díade “criança-família” são valorizadas pela equipa de enfermagem, integrando a família como foco de atenção não apenas no processo de reabilitação mas igualmente na promoção do desenvolvimento da criança.

Palavras-Chave

Ensino-Aprendizagem; Preparação para a Alta; Prestador de Cuidados; Reabilitação.

Introdução

“É fácil trocar as palavras, difícil é interpretar os silêncios! É fácil caminhar lado a lado, difícil é saber como se encontrar! É fácil beijar o rosto, difícil é chegar ao coração!”
Fernando Pessoa

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o prestador de cuidados é “aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família”. No contexto das sociedades atuais, o conceito de prestador de cuidados readaptou-se, estendendo-se à pessoa que, não sendo membro da família mas indicado

por esta, assume esse papel.

Ao prestador de cuidados compete assegurar as necessidades básicas da pessoa reabilitada, quer de forma temporária ou permanente, apoiando-a em termos emocionais, cognitivos e físicos, quer nas atividades de vida diária e/ou outras. A aquisição das competências necessárias ao desempenho deste novo papel acontece de uma forma faseada. Segundo Petronilho (2007), o prestador de cuidados deverá ser envolvido no planeamento dos cuidados de forma ativa. No processo de ensino-aprendizagem, muita informação essencialmente teórica vai ser fornecida. Numa primeira fase deverá ser efetuado ensino sobre as técnicas, o segundo momento deverá centrar-se na explicação e demonstração de técnicas (intervenções do tipo instruir) e por fim o cuidador deverá executar as técnicas com supervisão, ou seja, deverá treiná-las.

O processo de ensino-aprendizagem não pode ser reduzido a um único momento. O prestador de cuidados só é considerado apto a cuidar do doente quando “(...) de forma repetida e em momentos diferentes, realizar as actividades necessárias para dar uma resposta eficaz às necessidades do doente no regresso a casa” (Petronilho, 2007, p. 78).

Preparação para o regresso a casa

O regresso a casa é sentido com grande ansiedade, tanto pelo doente e família, como pelo prestador de cuidados. No sentido de minimizar um conjunto de perturbações decorrentes desta situação [ver Quadro 1], reveste-se da maior importância a promoção do envolvimento entre o prestador de cuidados e a equipa de enfermagem neste período de preparação. Dotar o cuidador das adequadas competências é contribuir não só para o seu bem-estar mas também para a qualidade dos cuidados prestados ao doente. A prática de enfermagem centrada

também no cuidador é fundamental na minimização da sobrecarga e no aumento da qualidade de vida do doente e da família (Ribeiro, 2013).

Segundo Carvalho (2013), os ensinamentos realizados durante o internamento, o incentivo à participação nos cuidados, o apoio dos profissionais envolventes e os apoios institucionais, nomeadamente a flexibilidade de horários de visita, são alguns dos fatores facilitadores no regresso a casa e na continuidade dos cuidados. Pretende-se que esta seja uma transição harmoniosa, devendo o doente ser incentivado a passar o fim de semana no domicílio como forma de preparação para a nova realidade.

Perturbações físicas
Os cuidados a pessoas dependentes exigem uma sobrecarga física muito intensa.
Perturbações psicológicas
A condição de cuidador leva a situações de stress, pela intensidade do trabalho, pelo isolamento e pela ansiedade que é gerada com o agravamento das condições de saúde.
Perturbações sociais
A dedicação, quase em exclusividade, a esta tarefa, leva ao isolamento gradual, sobretudo dos amigos, dos vizinhos ou dos colegas de trabalho, deixando de dispor de tempo para as suas atividades lúdicas.
Perturbações familiares
A permanência da pessoa dependente no seu meio familiar é, sem dúvida, o contexto ideal e mais adequado para responder às suas necessidades. No entanto, quando esta relação se torna complexa e degradada, gera situações de desgaste psicológico no prestador de cuidados, tornando-se, então, fonte de dificuldade.

Quadro 1 - Fatores que influenciam o processo de adaptação do prestador de cuidados (adaptado de Petronilho, 2007)

Atenta às necessidades, a equipa de enfermagem do Centro de Reabilitação do Norte orienta-se por estes princípios, agendando momentos de formação com o prestador de cuidados. Os Enfermeiros do Centro de Reabilitação do Norte sabem que cuidadores informados tendem a prestar cuidados de forma mais eficiente, demonstrando baixos níveis de ansiedade e grande satisfação com o seu novo papel. Daí a sua preocupação em que este agendamento se faça o mais precocemente

possível.

Ao longo do processo de ensino-aprendizagem e consequente capacitação do prestador de cuidados, a relação terapêutica é particularmente valorizada. Pretende-se criar um clima emocional de empatia, propício à expressão de sentimentos e expectativas, onde o reforço positivo, o humor e as estratégias de feedback são frequentemente usados. Os períodos de fim-de-semana no domicílio revestem-se de particular importância, procurando o Enfermeiro avaliar junto do prestador de cuidados as dificuldades que surgiram, colmatando-as através da realização de ensino específico.

Unidades de reabilitação:

Contextos diferentes, a mesma aposta

O sucesso dos ensinamentos depende da capacidade do prestador de cuidados em executar as habilidades inicialmente propostas. Por exemplo, observando a realização de um procedimento, o Enfermeiro poderá deduzir se o prestador possui as habilidades necessárias ou se deverão ser reforçados ensinamentos.

Levando em conta o contexto de cada unidade e centrando-se nos aspetos mais comuns a cada uma delas, o ensino tem como foco o doente e a sua identidade e especificidade. (Ver Quadro 2)



Quadro 2 – Intervenções específicas em cada Unidade de Reabilitação

Conclusão

Os enfermeiros fazem um balanço muito positivo deste trabalho de formação e dotação de competências dos prestadores de cuidados. Os cuidadores expressam as dificuldades sentidas no dia-a-dia e no decurso dos Fins de Semana Terapêuticos e os ensinamentos são reforçados de acordo com as necessidades.

O incentivo à participação efetiva do cuidador nos cuidados ao doente durante o internamento, a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas que vão surgindo, a relação estabelecida com a equipa terapêutica e a perceção que os Enfermeiros têm dos conhecimentos adquiridos pelo cuidador são indicadores

positivos para um regresso seguro a casa tanto, para o doente como para o prestador de cuidados.

Bibliografia

- Carvalho A. Preparação do regresso a casa – Dificuldades da família na continuidade de cuidados. (2013). Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio.esenfc.pt/rc/>>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). Acidente Vascular Cerebral: Itinerários Clínicos. Lisboa: Lidel
- Decreto-lei nº15/2014. D.R. I Série nº57 (21-03-2014) p.2127-2131
- Ordem dos Enfermeiros. Guias orientadoras de boa prática de

enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos OE. Lisboa, 2011. Série I. Numero 3.

- Pronilho F. Preparação do Regresso à Casa. Coimbra: Formasau, 2007
- Reis G.M.R. Expectativas dos Pais durante a Hospitalização da Criança. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem
- Ribeiro A. Benefícios da intervenção da Enfermagem de Reabilitação na minimização da sobrecarga do cuidador informal do doente com Acidente Vascular Cerebral. (2013). [Data de visita: 10 de Março, 2015]. Disponível em WWW:<URL: esenfc.pt/?url=ncVzBVlX



CONCEITO DE BOBATH: UMA ABORDAGEM DA FISIOTERAPIA EM DOENTES NEUROLÓGICOS

Ana Correia¹, Ana Gomes¹, Ana Pinto¹, André Rodrigues¹, Carolina Mouta¹, Corália Pinto¹, Diogo Fernandes¹, Fábio Ferreira¹, Filipa A. Silva¹, Filipa C. Silva¹, Frederico Silva¹, Isabel Caldeirinha¹, Joana Teixeira¹, Juliana Leandro¹, Maria José Gonçalves¹, Marília Duarte¹, Mário Rui Correia², Miguel Almeida¹, Sónia Morais¹, Teresa Oliveira¹, Virginie Pereira¹

Equipa de Fisioterapeutas e Coordenação, Centro de Reabilitação do Norte

O Conceito de Bobath foi originalmente desenvolvido nos anos 50, através de Berta e Karel Bobath, quando sentiram a necessidade de criar um conceito que se mantivesse dinâmico e evoluísse consoante as novas descobertas da neurociência (1). Nesse sentido, o Conceito de Bobath desenvolveu-se de forma exponencial nos últimos anos, devido à grande evolução do conhecimento na neurociência, baseando-se atualmente no conhecimento da neuroplasticidade, controlo motor e aprendizagem motora. Este conceito destaca a necessidade de definição dos objetivos e intervenções específicas para cada doente (2) (3). Por outro lado, apesar da

reabilitação no doente com AVC continuar a ser o foco predominante na prática do Conceito de Bobath, esta abordagem da Fisioterapia adapta-se a todos os doentes com perturbações do movimento, função e controlo postural, devido a uma lesão do sistema nervoso central, sejam adultos ou crianças e independentemente da severidade dos défices cognitivos e físicos (4). Por isso, atualmente o Conceito de Bobath é das abordagens mais utilizadas na Europa para a reabilitação de doentes neurológicos (5). A Fisioterapia é uma componente fulcral na reabilitação de doentes com lesões neurológicas, sendo abordagem de Bobath umas das muitas ferramentas que estão

disponíveis para lidar com as necessidades e desafios de cada doente.

Nesse sentido, os Fisioterapeutas através do Conceito de Bobath, têm como objetivo identificar e analisar os problemas dentro das atividades funcionais e da participação na vida quotidiana, baseando-se na compreensão da interação dinâmica entre a área de lesão e as suas implicações funcionais, nomeadamente a relação entre o tônus, a qualidade de movimento, o controlo postural e coordenação (6). Durante a intervenção, é essencial que os Fisioterapeutas sejam hábeis na análise do movimento e tenham uma boa compreensão dos seus componentes. É a aplicação do

conhecimento do controlo motor, movimento humano, neurofisiologia e aprendizagem motora que promove especificidade e individualidade na avaliação e no tratamento do doente com o objetivo de otimizar a sua função (5).

Por conseguinte, os Fisioterapeutas incorporam uma série de estratégias que são suportadas pela evidência atual, fornecendo ao doente informações aferentes que normalmente seriam experimentadas durante o movimento ou desempenho da tarefa (7). Deste modo, o Fisioterapeuta tem como objetivo reeducar o sistema de referência interna do doente, de forma a permitir um input mais específico, através da facilitação, fornecendo ao doente uma melhor escolha de movimentos (4).



Figura 1 – Facilitação do Levantar/Sentar.



Figura 2 – Facilitação do Semi-passo.

A facilitação é uma forma de usar o controlo sensorial e proprioceptivo para tornar o movimento típico mais fácil, criando um processo de aprendizagem ativa em que o doente está mais preparado para vencer a inércia, iniciar, continuar ou concluir uma tarefa funcional. Desta forma, a utilização das áreas-chave sensoriais para o controlo motor e aprendizagem motora são fulcrais neste tipo de intervenção. Durante a facilitação, os Fisioterapeutas promovem as sequências de movimento e atividade dos músculos que vão ser mais eficientes na performance da função ou tarefa (3).

Para além da facilitação, outro conceito que a abordagem de Bobath reconhece e atribui grande preponderância na evolução do doente neurológico, são os mecanismos de feedforward ou controlo antecipado, isto é, informação sensorial necessária no sentido de reunir as exigências posturais que permitem ao doente realizar um movimento (8). Logo, o Fisioterapeuta antes de promover a facilitação de uma tarefa, deve perceber se os mecanismos de feedforward são ativados de forma correta, de maneira a possibilitar ao doente as condições necessárias para realizar o movimento de forma típica, por exemplo levantar-se da cadeira ou iniciar a marcha.

Em relação à intervenção pediátrica com base no Conceito de Bobath, geralmente apresenta como objetivos principais a inibição dos reflexos primitivos patológicos, diminuição da hipertonia e facilitação de padrões posturais e motores, proporcionando à criança experiência sensorial do movimento típico e favorecendo o seu desenvolvimento psico-motor (9).

É com este conjunto de conhecimentos, estratégias e técnicas, que os Fisioterapeutas através do Conceito do Bobath, conseguem resolver alterações do tônus, postura, equilíbrio e movimento pois são os responsáveis pela produção de sinergias atípicas que interferem com as atividades funcionais (8).

Por sua vez, este tipo de abordagem exige que os Fisioterapeutas realizem um processo interativo com o doente, com revisão e reavaliação dos objetivos da intervenção, consoante as necessidades e evolução do doente. Depois de uma aquisição bem-sucedida da tarefa, esta deve ser praticada para melhorar a eficiência do movimento

e promover a melhor adaptação à vida quotidiana (7).

Por fim, é de realçar que o Conceito de Bobath sempre defendeu a importância de uma abordagem multidisciplinar, especialmente entre Fisioterapeutas, Terapeutas ocupacionais e Terapeutas da Fala (1).

Bibliografia

1. Gjelsvik BEB. The Bobath Concept in Adult Neurology Germany: Thieme; 2008.
2. Brock K,JK,SJ&PS. The Bobath Concept has changed. Australian journal of physiotherapy. 2002;; p. 156-157.
3. Graham JV,EC,BK,SE. The Bobath Concept in contemporary clinical practice. Too stroke rehabil. 2009;; p. 57-68.
4. Raine S. Defining the Bobath concept using the Delphi technique. 2006.
5. Raine, Lynch-Ellerington. Bobath Concept: theory and clinical practice in neurological rehabilitation. Wiley-blackwell. 2009.
6. Rall B. Professional therapy concepts for neurological rehabilitation. 2013.
7. Kollen BJ, Lennon S, Bernadette Lyons LWS, Scheper M, Buurke J, Halfens J, et al. The effectiveness of the Bobath Concept in Stroke Rehabilitation - What is the evidence? Stroke. 2008.
8. Howle JM. NDT in United States - changes in theory advanced clinical practice. The Neuro-Development Treatment Association. 2005;; p. 16-19.
9. Valverde ME, Serrano M. Terapia de neurodesarrollo: concepto Bobath. Past y Rest Neurol. 2003.

- 1 Fisioterapeuta
- 2 Terapeuta Coordenador



AFASIA E O SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Ana Catarina Lima¹, Gisela Brandão¹, Marta Coutinho¹,
Susana Araújo¹, Joana Mendes²

Equipa de Terapeutas da Fala, Centro de Reabilitação do Norte

¹ Terapeuta da Fala

² Estagiária de Terapia da Fala, Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto

Introdução

É através da comunicação que se estabelecem pontes que suportam as interações sociais, constituindo um direito humano.

A afasia, enquanto perturbação da linguagem resultante de uma lesão cerebral adquirida, pode comprometer a vertente compreensiva e/ou expressiva, o que poderá ter impacto ao nível da comunicação. A pessoa com afasia (PCA) vivencia uma diminuição em quantidade e qualidade de interações sociais após instalação de um quadro afásico (1,2).

Considerando a afasia uma condição adquirida, esta pode causar constrangimentos relativos à própria identidade, sendo que a PCA debate-se na harmonização entre o passado e a sua nova realidade. Este apanágio provoca uma mudança na satisfação psicossocial e na própria qualidade de vida (3).

Discussão

Grupo Terapêutico e Papel do Terapeuta da Fala

Desde o nascimento, o indivíduo participa em diferentes grupos, numa busca constante pela sua identidade individual e social. Para efeitos de comunicação, os aspetos individual e grupal não existem enquanto díade dicotómica, mas sim como relação comportamental.

Efetivamente o grupo terapêutico representa a possibilidade de contribuição, partilha e complementaridade, tanto mais diversa quanto mais heterogéneo for o conjunto de elementos a integrar no grupo. Cada participante encerra, em si mesmo, uma diversidade de contextos e experiências vividas. Não obstante, dever-se-á procurar um equilíbrio nesta heterogeneidade, uma vez que os elementos devem partilhar em si um conjunto de características para que a dificuldade de um possa ser trabalhada pela competência do outro (4).

A definição de papéis dos elementos do grupo é um ponto determinante para o seu funcionamento e manutenção, com a salvaguarda de que todos os elementos deverão ser convocados a assumir diversos papéis ao longo das sessões terapêuticas, desarticulando uma estrutura fixa e desafiando a aquisição de novas competências pelos elementos do grupo (4).

Benefícios da Terapia de Grupo na PCA
Podem ser categorizados em ganhos comunicativos, psicossociais e ganhos

na participação. A multiplicidade de interlocutores corresponde a uma diversidade de oportunidades comunicativas, nomeadamente ao nível das funções comunicativas e na possibilidade de fornecer feedback entre parceiros (3,5,6). Os ganhos psicossociais suportam uma componente relacional, criando um ambiente propício à empatia, companheirismo e resolução conjunta de problemas (7,5,6). O ambiente da terapia de grupo constitui, per si, uma oportunidade para experimentar diferentes papéis sociais e explorar a noção de si (3).

O grupo constitui uma estratégia terapêutica que amplia e potencializa as possibilidades de concretização dos objetivos individuais, o que sublinha a responsabilidade da não negligência do indivíduo dentro do grupo (4).

O grupo de PCA constitui a oportunidade ideal para observar e praticar estratégias comunicativas, aproximando-se de situações conversacionais naturais, o que potencia a generalização de competências aprendidas em contexto terapêutico individual (5). Salvaguardar as características individuais de cada elemento considerando-as, por exemplo, no tipo de estímulos fornecidos, significa garantir que as atividades grupais sejam verdadeiramente inclusivas e pertinentes (3).

Conclusão

O Terapeuta da Fala assume o papel de possibilitar um espaço onde o sujeito se possa assumir como comunicativamente autónomo, aproximando-o de situações naturais.

O domínio de posturas empáticas, como a escuta ativa, e de competências comunicativas para a dissolução de polaridades e a distribuição de contributos na sessão, são objetivos a atingir no grupo de PCA.

Referências Bibliográficas

1. Guerreiro A. Comunicar e Interagir: Um novo paradigma para o direito à participação social das pessoas com deficiência Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas; 2011.
2. Worrall L, Hickson L. Communication Disability in Aging: from prevention to intervention Australia: Thomson Delmar Learning; 2003.
3. Pound C, Parr S, Lindsay J, Woolf C. Beyond Aphasia: Therapies for Living with Communication Disability Londres: Speechmark; 2000.
4. Santana AP, Berberian AP, Guarinello AC, Massi G. Abordagens Grupais em Fonoaudiologia: Contextos e Aplicações São Paulo: Plexus Editora; 2007.
5. Simmons-Mackie N, Elman R, Holland A, Damico J. Management of Discourse in Group Therapy for Aphasia. Topics in language disorders. 2007; 27(1): p. 5-23.
6. Simmons-Mackie N, Elman R. Negotiation of identity in group therapy for aphasia: the Aphasia Café. International Journal of Communication Disorders. 2011; 46(1): p. 312-323.
7. Elman R. The importance of Aphasia Group for Rebuilding Community and Health. Topics in Language Disorders. 2007; 27(4): p. 300-308.

A TERAPIA OCUPACIONAL E A OCUPAÇÃO

Ana Colmeais¹, Ana Sequeira¹, Ana Rita Pinto¹, Daniela Pinto¹, Joana Lima¹,
Juliana Vieira¹, Maria Alexandra Ribeiro¹, Maria do Céu Rodrigues¹, Marta
Marques¹, Vanessa Oliveira¹

Equipa de Terapeutas Ocupacionais, Centro de Reabilitação do Norte

¹ Terapeuta Ocupacional



A Terapia Ocupacional, fundamentada pela ciência ocupacional, emprega o termo ocupação assentando no pressuposto de que o envolvimento em ocupações estrutura a vida diária e contribui para a saúde e bem-estar.

Entenda-se por ocupações tudo aquilo que a pessoa realiza com o objetivo de cuidar de si própria, desfrutar da vida ou envolver-se na comunidade. Assim, evidenciam-se duas grandes áreas de ocupação: Atividades da

Vida Diária (AVD) orientadas para tomar conta do próprio corpo e Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI) relacionadas com atividades de suporte da vida diária, em casa e na comunidade.(1)



Tabela 1 – Áreas de Ocupação segundo o Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional.

Simple tarefas do quotidiano podem tornar-se grandes desafios quando a incapacidade, temporária ou permanente, coloca obstáculos no seu desempenho. O Terapeuta Ocupacional (TO) assume um papel fulcral na avaliação do desempenho das atividades focando-se na capacidade de realizar uma determinada tarefa, na necessidade de supervisão ou assistência, no tempo despendido e no uso de adaptações e modificações no ambiente. A sua avaliação é baseada em diferentes escalas de avaliação do desempenho nas AVD e AVDI, tais como, a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Barthel, o Índice de Katz, entre outras (2). Na elaboração do plano de intervenção, o TO deve considerar sempre as alterações motoras, sensoriais e neurocognitivas do doente, as suas características pré-mórbidas, o seu estilo de vida e o nível de participação social. Em suma, a avaliação objetiva e subjetiva realizada e as prioridades do doente orientam o TO para a área de ocupação a ser reabilitada (2).

Uma das áreas de ocupação relativa às AVD é a alimentação, que consiste no processo de preparar, dispor e levar o alimento do prato ou copo à boca. Algumas das adaptações utilizadas são o engrossador de cabo do talher, a tábua de preparação de alimentos, o rebordo de prato, entre outros (1,2). No treino em higiene, cuidados pessoais e banho dependendo das limitações, podem-se usar adaptações como barras de segurança na banheira, luva adaptada para sabonete, utensílios de cabo longo e tesouras adaptadas (3).

A tarefa do vestir compreende o ensino de estratégias, como por exemplo, o vestir/despír e apertar os atacadores apenas com um membro, bem como o uso de adaptações/compensações (adaptadores de fechos, velcro, calçadeiras, cordões elásticos e abotoadores) (2,3).

Relativamente à mobilidade funcional, o TO é responsável pelo treino de deambulação em cadeira de rodas, manual ou elétrica, onde pode ajustar a cadeira às necessidades do doente, através da utilização de equipamentos facilitadores como aros de silicone, luvas antiderrapantes ou apenas estratégias simplificadoras da tarefa de condução. Pode recorrer também a técnicas compensatórias utilizando dispositivos de controlo a partir da cabeça ou da boca, que permitam o controlo de cadeira de rodas (2,4).

O desempenho ocupacional nas AVD e

nas AVDI pode não ser influenciado por alterações físicas, mas sim cognitivas (memória, atenção, organização, planeamento, resolução de problemas, entre outras). Desta forma o Terapeuta irá intervir ao nível cognitivo, por exemplo, recorrendo a sequenciação de tarefas, assim com a utilização de calendários no sentido de promover uma recuperação das competências que poderão estar afetadas (5,6).

Outra abordagem da Terapia Ocupacional passa por fornecer estratégias de conservação de energia, educando a pessoa a gerir os efeitos da fadiga na sua rotina diária. Assim, algumas das estratégias visam o equilíbrio ocupacional entre o trabalho e o descanso, recorrendo a técnicas ergonómicas adequadas, organizando os diferentes contextos físicos de forma a diminuir a exigência física na utilização dos equipamentos, ou através do recurso a produtos de apoio (7).

As abordagens referidas que utilizam adaptações a tarefa ou do contexto exigem treino e repetição de forma a que o doente consiga estruturar a tarefa e apresentar um desempenho ótimo. No entanto, as estratégias compensatórias não necessitam de ser mantidas de forma permanente, uma vez que o doente pode evoluir no sentido de dispensar determinada adaptação e surgir então a premência de ajustar o tipo de intervenção. Importa também referir que é da responsabilidade do Terapeuta indicar produtos de apoio que satisfaçam as reais necessidades de cada doente. Estes produtos, por vezes, são projetados e confeccionados pelo TO, visto que estes doentes apresentam um desempenho variável nas atividades não se ajustando a produtos de apoio standard (1,2,4).

Em síntese, o TO pretende que todas as pessoas sejam capazes de se envolver em ocupações, de acordo com as suas escolhas e necessidades, com o máximo de independência possível (1).

Referências Bibliográficas

1. Marques A, Trigueiro M. Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo. Livpsic. 2011.
2. Pedretti L, Early M. Terapia Ocupacional: Capacidades Práticas para as Disfunções Físicas. 5 ed. São Paulo. Editora Roca Ltda. 2005.
3. Teixeira E, Sauron F, Santos L, Oliveira M. Terapia Ocupacional na Reabilitação Física. Editora Roca. 2013.
4. Trombly C, Radomsky M. Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas. 5 ed. São Paulo. Editora Santos. 2005.
5. Gouveia P, Prade C, Lacerda S, Boschetti W, Andreoli. Reabilitação neuropsicológica em fase aguda e crônica após Traumatismo Cranioencefálico (TCE) grave: relato de caso. Contextos Clínicos; 2009. 2(1):18-26.
6. Golisz K. Occupational therapy practice guidelines for adults with traumatic brain injury. Bethesda: American Occupational Therapy Association (AOTA); 2009.
7. Matuska K, Mathiowetz V, Finlayson M. Use and Perceived Effectiveness of Energy Conservation Strategies for Managing Multiple Sclerosis Fatigue. American Journal of Occupational Therapy. 2007; 61:62-69.

IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO MOMENTO DA ADMISSÃO HOSPITALAR

Bárbara de Freitas Moreira¹, Elsa Fernandes², Henrique Loureiro²

Serviço de Alimentação, Nutrição e Dietética, Centro de Reabilitação do Norte

¹ Nutricionista

² Estagiário de Ciências da Nutrição, Escola Superior de Biotecnologia

Resumo

A desnutrição é um problema de saúde pública e a sua precoce detecção aquando da admissão hospitalar pode ser crucial para o tratamento e posterior recuperação do doente.

Este trabalho tem como objetivo demonstrar, com base na literatura científica atual, a importância da utilização de métodos de rastreio subjetivos e antropométricos na avaliação nutricional em adultos hospitalizados. Para a realização deste trabalho foi realizada uma revisão da literatura com base em artigos obtidos através de uma extensa pesquisa em diversas bases de dados, como a b-on e a PubMed. O MUST, MST e NRS-2002 são ferramentas de rastreio nutricional. Foi possível inferir que 84,8% (n=40) dos doentes com IMC > 20,5 Kg/m² estavam bem nutridos.

Observou-se neste estudo que a avaliação do estado nutricional é de grande importância na prática clínica e pode ter um impacto significativo na gestão hospitalar.

Palavras-chave: avaliação nutricional, avaliação nutricional na admissão, rastreio nutricional e desnutrição.

Keywords: nutritional evaluation, nutritional assessment on the admission, nutritional screening and malnutrition

Introdução

A desnutrição caracteriza-se pelo desequilíbrio metabólico causado pelo aumento da necessidade calórico-proteica e o inadequado consumo de nutrientes, que, posteriormente, leva a alterações da composição corporal e das funções fisiológicas. Esta possui uma significativa correlação com diversos fatores sociais, nível de escolaridade, idade, doenças subjacentes, neoplasias e tratamento com múltiplas fármacos que acabam por influenciar o estado nutricional do doente (1). No momento da admissão hospitalar é imprescindível proceder-se à avaliação nutricional do doente, visto que se verifica uma maior incidência de desnutrição, que muitas vezes não é diagnosticada (2).

A desnutrição hospitalar é um problema de saúde pública e está associada ao aumento significativo de morbilidade e mortalidade, sendo por isso crucial a realização de uma avaliação do risco nutricional efetuada através de um questionário que consiste em perguntas acerca do estado nutricional atual, gravidade da doença e parâmetros como o IMC (Índice de Massa Corporal), a

percentagem de perda de peso nos últimos 3 a 6 meses e a ingestão alimentar na semana anterior à admissão (2) (3) (4).

Note-se que deve-se realizar o rastreio do risco nutricional em todos os doentes, mesmo naqueles que apresentam peso corporal adequado (4).

A avaliação nutricional ideal deve ser prática, simples de se realizar, não invasiva, realizada no quarto, com especificidade e sensibilidade apropriadas e com resultados imediatos (2) (5).

Os objetivos da avaliação nutricional são: identificar os doentes que estão em risco aumentado de apresentarem complicações relacionadas com o estado nutricional.

Materiais e Métodos

Este artigo fundamenta-se na revisão bibliográfica acerca da importância da avaliação nutricional no momento da admissão hospitalar e dos métodos de rastreio nutricional utilizados na prevenção da desnutrição hospitalar.

Para a realização deste artigo foram utilizadas as bases de dados b-on e a PubMed como fonte de pesquisa de publicações nas áreas da Nutrição e da Saúde, nos últimos cinco anos, utilizando como palavras-chave: avaliação nutricional, avaliação nutricional na admissão, rastreio nutricional e desnutrição. No total encontraram-se dez artigos dentro dos parâmetros de pesquisa e após a comparação com os critérios estabelecidos, selecionaram-se quatro para análise.

Resultados

Segundo um estudo, após a avaliação nutricional, quanto ao IMC verificou-se que 84,8% (n=40) dos doentes com IMC > 20,5 Kg/m² estavam bem nutridos e que 50% (n=24) apresentavam IMC < 20,5 tinham desnutrição leve a moderada (2).

Segundo outro estudo, aquando a aplicação do MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) e do MST (Malnutrition Screening Tool), obtiveram-se resultados idênticos. O MUST detetou risco nutricional em 19,6% e 34,6% dos doentes adultos e idosos, respetivamente. Enquanto o MST, detetou risco nutricional em 21,6% e 30,8% dos pacientes adultos e idosos, respetivamente. Por outro lado, o NRS-2002 (NRS-2002 - Nutritional Risk Screening) foi o único instrumento que divergiu relativamente aos resultados apresentados acima pois detetou poucos doentes com risco nutricional entre adultos (2,0%) e idosos (11,5%) (6).

Discussão

Com base na revisão da literatura é possível observar que a avaliação do estado nutricional é de grande relevância no momento da admissão e deve fazer parte da rotina hospitalar, pois a prevalência da desnutrição continua elevada nos doentes internados. Mudanças do estado nutricional decorrentes da desnutrição aumentam o tempo de internamento. As alterações do estado metabólico que podem ocorrer ao longo do internamento podem conduzir à deterioração do estado nutricional. Como se pode observar há uma associação significativa entre o IMC e o estado nutricional (2).

Aquando a aplicação do MUST e do MST verificou-se que havia um risco nutricional elevado tanto nos adultos como nos idosos (6).

Assim sendo, a avaliação nutricional do doente aquando da admissão hospitalar é indispensável e deve ser uma preocupação dos profissionais de saúde. O acompanhamento nutricional, promovendo a recuperação do estado nutricional do paciente, melhora o prognóstico, diminuindo assim o tempo de internamento e consequentemente os custos hospitalares (2).

Referências Bibliográficas

1. Bottoni A, Hassan DZ, Nacarato A, Garnes SA, Bottoni A. Porque se preocupar com a desnutrição hospitalar?: revisão de literatura. *J Health Sci Inst.* 2014;32(3):314-7
2. Vanessa Kirch Leonhardt, Juliana Paludo. Identificação do risco nutricional em pacientes hospitalizados através da triagem nutricional. *Revista Destaques Acadêmicos*, Vol. 5, N. 3, 2013 - CCBS/Univates.
3. Raslan, Mariana et al. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 21, n. 5, p. 553-561, set./out. 2008.
4. Waitzberg, Dan L. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 2 vol. 2.628 p. 2009.
5. Yamauti, Aurea. K. et al. Avaliação nutricional subjetiva global em pacientes cardiopatas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.87, n.6, p. 772-777, dez. 2006.
6. Bezerra JD et al. Aplicação de instrumentos de triagem nutricional em hospital geral: um estudo comparativo. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, p. 9-15, jan./jun. 2012.

O PAPEL DO PSICÓLOGO NO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO À INCAPACIDADE

Sara Silva¹, Ana Rita Pacheco²

Serviço de Psicologia, Centro de Reabilitação do Norte

- ¹ Psicóloga Supervisora do Serviço de Psicologia
² Psicóloga



Resumo

A evolução dos modelos subjacentes à conceitualização da incapacidade acarreta um conjunto de mudanças paradigmáticas do papel da Psicologia na adaptação do doente à sua nova condição, compreendendo complementarmente a reabilitação neuromotora e dos processos psicológicos implícitos. Neste modelo, a intervenção do Psicólogo passa, inicialmente, por uma entrevista compreensiva, recorrendo-se posteriormente à utilização de instrumentos estandardizados de avaliação e à definição dos objetivos terapêuticos.

A brevidade dos internamentos em reabilitação exige que a intervenção do Psicólogo seja limitada no tempo e de acordo com objetivos específicos que comumente podem abranger os domínios imagem corporal, reação psicológica à perda de capacidades, processos de luto e reorganização após a situação de perda. Esta intervenção foca não apenas o doente como também a família e os elementos da equipa terapêutica.

No caso específico das lesões medulares, é frequente a manifestação de níveis elevados de sofrimento emocional, dor e dependência, impactantes na vida do doente. Assim, o processo de reabilitação pretende atuar sobre a forma como o doente lida com as novas exigências da sua vida, com recurso a técnicas como a reestruturação cognitiva,

o reforço positivo, relaxamento, resolução de problemas, treino de competências sociais, assertividade e estratégias de coping. Neste domínio, a abordagem cognitivo-comportamental revela resultados mais satisfatórios devido às limitações temporais vigentes, ao ser limitado no tempo, balizado por objetivos, exigir a participação ativa do doente, e poder ser implementado individualmente ou em grupo.

O papel do Psicólogo na reabilitação adquire especial relevância quando se perspetiva a incapacidade numa perspetiva biopsicossocial, encarando o doente como um sistema complexo e não apenas como a sua incapacidade.

Palavras-chave: incapacidade, adaptação, Psicologia, modelo cognitivo-comportamental, lesão medular.

Introdução

Enquadrado numa equipa multidisciplinar, o objetivo do Psicólogo é o de avaliar precocemente o doente e oferecer-lhe uma intervenção breve orientada para a ação, auxiliando, deste modo, a atuação dos restantes elementos da equipa de reabilitação. Expetativas desajustadas, distúrbios afetivos, ou outros efeitos secundários podem atrasar ou reduzir a efetividade do programa de reabilitação, pelo que a intervenção do Psicólogo se torna premente.

A adaptação à incapacidade

O modelo médico do passado, assente numa conceitualização da deficiência e da incapacidade com base exclusivamente biológica, conduziu a uma visão pejorativa das pessoas com deficiência e incapacidade, enfatizando a perda individual de competência (1). O objetivo atual, no entanto, é que os conceitos se descentrem do foco negativo e passem a integrar noções de funcionalidade, atividade e participação, compreendendo o indivíduo e a sociedade, num modelo biopsicossocial. A diversidade individual e de contextos implicam que a mesma tipologia de incapacidade possa ter diferentes expressões ao nível da desvantagem e da perceção que os indivíduos dela têm.

Em 1956, pelas mãos de Dembo, Leviton e Wright, surgem as primeiras investigações no domínio da adaptação à deficiência, que "consideram o processo de aceitação da deficiência, no contexto da incapacidade física, como sinónimo de aceitação da perda" (1), implicando uma alteração na estrutura individual de valores. Wright vem complementar esta teoria posteriormente afirmando que, para além da reformulação de valores, a aceitação da perda exige também a conquista de novos. Em 2007, Groomes e Linkowski propõem uma mudança na designação do conceito, passando a falar em adaptação em detrimento de

aceitação, justificando a alteração com a ideia de que o indivíduo pode adaptar-se à sua nova condição sem nunca a aceitar verdadeiramente (1). Em 2005, Bishop sintetiza o conceito de adaptação como “um processo de resposta às mudanças funcionais, psicológicas e sociais que ocorrem com o surgimento e vivência com uma deficiência e incapacidade, doença crónica ou tratamentos associados”, sendo uma resposta pessoal e altamente individual a ruturas relacionadas com a deficiência ou incapacidade, numa grande variedade de domínios de vida (2) (3).

Aspetos psicológicos da adaptação à incapacidade e da reabilitação

“A reabilitação da pessoa não surge só como a intervenção num corpo atingido, mas também como a reabilitação dos aspetos psicológicos ligados a esse corpo, cujo funcionamento não se encontra intato” (4).

Inicialmente, o Psicólogo explica ao doente que a reabilitação compreensiva inclui apoio na gestão de pensamentos e sentimentos associados à incapacidade. Ao compreender a Psicologia como mais uma tarefa da reabilitação, o doente tende a ser mais participativo. A entrevista clínica inicial tem como objetivos perceber a sua história de vida e contexto sociofamiliar e compreender o significado incapacidade para o doente (5).

O recurso a instrumentos estandardizados permite realizar mais rapidamente uma avaliação e, conseqüentemente, uma definição de objetivos terapêuticos, não obstante não substituírem de forma alguma a análise e interpretação dos períodos de interação com o doente no seu todo. As áreas comumente avaliadas são a personalidade, o humor e as alterações neuropsicológicas (5). Em relação a este último domínio interessa referir que um número significativo dos indivíduos no contexto de reabilitação apresenta disfunção cognitiva – transitória ou permanente – que pode dificultar a aprendizagem de competências de autonomia, bem como de interações sociais e perspetivas vocacionais e profissionais, cabendo ao Psicólogo a clarificação da natureza e tipologia dos referidos défices.

Devido às limitações temporais do internamento, o Psicólogo tende a recorrer a intervenções breves, limitadas no tempo (entre seis a dez sessões) e baseadas em objetivos específicos e alcançáveis.

Por regra, “os objetivos incluem melhoria da maioria dos sintomas incapacitantes, restabelecimento de níveis prévios de funcionamento, e desenvolvimento de estratégias aperfeiçoadas de coping” (5). Existem algumas áreas específicas que podem carecer de uma atenção especial, nomeadamente (4):

- A imagem do corpo, ligada a uma desvalorização da imagem estética.
- A reação psicológica à perda de capacidades, que depende da maturação e organização interna de cada indivíduo e varia em função da percepção da gravidade que o indivíduo faz da sua incapacidade. Algumas reações psicológicas à incapacidade são a negação, o luto, a depressão, a raiva, a impulsividade, o egocentrismo, a frustração, a descompensação egóica e as formações reativas. “A reação psicológica é tão brutal quanto inesperada e grave foi a instalação do handicap” (4).
- A perda de capacidades como situação de luto (“negação, aceitação gradual, depressão e progressivo desinvestimento em relação ao objeto e reinvestimento da libido em novo objeto” (4)). Ao longo deste processo, podem surgir mecanismos de defesa, essencialmente adaptativos, apesar de poderem assumir aspetos patológicos como culpabilidade, depressão, negação, agressividade e manifestações psicossomáticas. “As reações de luto são necessárias para a aceitação futura da perda e readaptação, a qual é conseguida através do abandono do “anterior self” e pelo nascimento de uma nova autoimagem” (4). Contudo, deve ser sempre feita a distinção entre um quadro clínico de luto e de depressão.

- A reorganização após uma situação de perda de capacidades, influenciada por: (a) a tomada de consciência da lesão ou doença, (b) a capacidade para investir no seu projeto de vida, (c) rede social de apoio e (d) consciencialização para as próprias qualidades.

Para além do foco no doente e na família, o Psicólogo intervém ainda com os elementos da equipa, maximizando as suas competências de interação, promovendo (a) o recurso a uma comunicação clara, objetiva e frontal; (b) um discurso com verdade e com fatos; (c) o uso da empatia; (d) o desenvolvimento de momentos de autoanálise do próprio papel do profissional na relação com o outro; (e) o respeito pelo sofrimento do outro; (f) o apoio à dor psicológica da pessoa; e (g) a tomada de consciência das

próprias limitações enquanto profissional (4). Numa ótica preventiva, paralelamente, o Psicólogo deve ainda prestar apoio a cada um dos elementos da equipa, sempre que necessário.

O caso específico da lesão medular

Para além das complicações neuromotoras e autonómicas, as lesões medulares podem gerar também conseqüências psicológicas e sociais que afetam a participação social do indivíduo (6). Uma percentagem significativa de pessoas com lesão medular experiência níveis clínicos de depressão e de sintomas de ansiedade. Após a lesão, os indivíduos podem manifestar níveis elevados de sofrimento emocional, dor e dependência, com grande impacto na sua qualidade de vida. Deste modo, o processo de reabilitação deve abordar estas questões, facilitando a forma como o indivíduo lida com as novas exigências, internas e externas, avaliadas com excedendo os recursos da pessoa (7).

A depressão é uma conseqüência comum da lesão medular e pode interferir com o nível de funcionamento e a adaptação à lesão (8). As estratégias e os estilos de coping são importantes mediadores do ajustamento emocional, sendo mesmo preditores da adaptação a longo prazo (7).

As questões associadas à ansiedade e depressão após lesão medular podem ser minimizadas com recurso à abordagem dos processos quer emocionais quer cognitivos. As intervenções cognitivo-comportamentais em grupo mostram-se eficazes na redução dos sintomas depressivos pós-lesão e outras dificuldades associadas (8). O modelo cognitivo-comportamental, atendendo à conjugação do tempo disponível para a intervenção com a importância de potenciação de mudança a curto prazo, assume-se como francamente indicado já que incorpora um conjunto de técnicas para facilitar a mudança emocional e comportamental, recorrendo a técnicas como:

- Reestruturação cognitiva
- Reforço positivo
- Treino de relaxamento
- Estratégias de resolução de problemas
- Treino de competências sociais
- Treino de assertividade
- Treino de estratégias de coping

O treino de competências sociais é fundamental para o estabelecimento e/ou manutenção de interações sociais satisfatórias, podendo abordar os seguintes domínios (5):

COMPETÊNCIAS SOCIAIS GERAIS	COMPETÊNCIAS SOCIAIS GERAIS RELACIONADAS COM A INCAPACIDADE	COMPETÊNCIAS SOCIAIS ESPECÍFICAS RELACIONADAS COM A INCAPACIDADE
Escuta	Reconhecimento da incapacidade	Facilitar a comunicação
Assertividade	Pedir ajuda	Ultrapassar défices precoces na socialização
Autorrevelação	Reconhecimento de atitudes implícitas	Lidar com problemas dos aparelhos genito-urinário e intestinal
Receber elogios	Recusar ajuda indesejada	Lidar com as reações à deformidade e desfiguração
Confrontação	Lidar com avanços sociais indesejados	Revelar deficiências não visíveis
Toque	Lidar com o olhar fixo	Lidar com reações aos produtos de apoio utilizados (cadeira de rodas, por exemplo)
Conversação	Gerir perguntas indesejadas	
Maximizar a atratividade física		
Conhecer novas pessoas		
Utilizar o humor		
Competências heterossociais		

O modelo cognitivo-comportamental é eficaz na redução da incidência de depressão maior e na manutenção dessa redução, produzindo também efeitos na redução da ansiedade. Paralelamente são evidenciados resultados positivos também no fortalecimento da autoestima e na satisfação com a própria vida. O modelo referido parece, no entanto, ser mais eficaz quando dirigido a sintomas específicos e não ao bem-estar psicológico geral (7), sendo de privilegiar, quando esse é o objetivo da intervenção, outros modelos teóricos de base.

De forma geral, e apesar da limitação referida, a utilização do modelo cognitivo-comportamental tem muitas vantagens num programa de reabilitação, salientando-se o fato de ser estruturado, limitado no tempo, envolver o estabelecimento de objetivos, exigir empenho e comprometimento dos doentes, e ser baseado nas competências, podendo ser implementado em grupo ou individualmente, em regime de internamento ou de ambulatório (7).

Reflexões finais

A Psicologia na reabilitação focaliza-se na investigação, avaliação e tratamento de indivíduos com incapacidade, bem como nas condições de saúde crónicas ou agudas, de forma a maximizar a saúde e o bem-estar, independência e escolha, competências funcionais e participação social ao longo

da vida (9). É fundamental que a intervenção inclua o doente, a família (ou outros eventuais cuidadores), Médicos, Enfermeiros, Terapeutas, Psicólogos, Assistentes Sociais e outros profissionais, funcionando idealmente a equipa de forma transdisciplinar, para que cada um dos elementos compreenda os papéis desempenhados pelos outros, comunicando de forma otimizada e complementar com o objetivo de possibilitar o acesso do doente à prestação de cuidados mais adequada e adaptada às suas necessidades e idiossincrasias (9).

Referências bibliográficas

1. Fernandes, C. Adaptação à deficiência e funcionalidade para o trabalho – Implicações no comportamento de procura de emprego. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Reabilitação, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. 2011.
2. Bishop, M. (2005a). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: A conceptual and theoretical synthesis. *Journal of Rehabilitation*, 71(2), 5- 13.
3. Bishop, M. (2005b). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis.

Rehabilitation Counseling Bulletin, 48, 219-231.

4. Galhordas, J.G. & Lima, P. Aspetos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar)*. 2004; 0:37-50.
5. Rohe, D.E. Psychological aspects of rehabilitation. In DeLisa, J.A. (Ed.) *Physical Medicine and Rehabilitation*. Lippincott Williams & Wilkins. 2005. 14;387-412.
6. Ferreira, M. Adaptação à lesão vertebral medular: Influência da felicidade, sentido de vida, suporte social, depressão e coping na qualidade de vida. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. 2012.
7. Mehta, S., Aubut, J-A.L., Legassic, M., Orenczuk, S, Hansen, K.T., & Teasell, R.W. An evidence-based review of the effectiveness of cognitive behavioral therapy for psychosocial issues post-spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*. 2011; 56(1):15-25.
8. Orenzkuk, S., Mehta, S., Slivinski, J. & Teasell, R. Depression following spinal cord injury. In Eng JJ, Teasell RW, Miller WC, Wolfe DL, Townson AF, Hsieh JTC, Connolly SJ, Noonan VK, Loh E, McIntyre A, editors. *Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence*. 2014; Version 5.0: p 1-33.
9. Warren, A.M., Stucky, K & Sherman, J.J. Rehabilitation psychology's role in the level I trauma center. *Journal of Trauma Nursing*. 2014; 21(3):139-145.

NO CAMINHO DA INTEGRAÇÃO...

Teresa Soares¹

Serviço Social, Centro de Reabilitação do Norte

Resumo

A abordagem do Serviço Social na Saúde é uma intervenção especializada na avaliação das circunstâncias associadas ao estado da doença nas dimensões biopsicossocial do doente com vista à construção de um projeto de vida adaptado à sua condição de saúde.

Com este artigo pretende-se uma reflexão acerca da intervenção do Serviço Social na Reabilitação em que o Apoio Social é a base da sua abordagem numa visão integrada, não descurando assim a preparação da Alta Social, em que a ênfase é posta na promoção da qualidade de vida e nos direitos de cidadania.

Palavras-chave: Apoio Social; Serviço Social; Reabilitação; Capacitação.

1. Serviço Social na Saúde

A área da saúde, enquanto campo de intervenção do Serviço Social, considera como determinantes sociais e de saúde, as condições socioeconómicas, bem como o suporte social vs o isolamento social.

O Serviço Social na saúde caracteriza-se por uma área de intervenção especializada com vista à integração social, sendo esta um dos preditores mais importantes de saúde, dado que orienta, apoia e fomenta o sentido de pertença do doente.

O apoio social é um fator importante de (re)integração social e de saúde individual, uma vez que amortece as reações negativas associadas a acontecimentos de vida, tais como a perda de autonomia funcional.

Melhorar competências individuais dos doentes e capacita-los para a (re)organização e (re)estabelecimento de relações interpessoais e sociais positivas, são os objetivos do apoio social em saúde que se concretiza pelo acompanhamento psicossocial, baseado na aceitação do outro e cuidados relativos ao seu estado de saúde - físico e mental -, acrescido do aconselhamento e operacionalização de procedimentos, inerentes à continuidade do exercício de cidadania.

O apoio social é considerado como uma das funções essenciais das redes sociais já que envolve transações interpessoais¹ e abrange um ou múltiplos tipos de apoio

específicos prestados por indivíduos, grupos ou instituições.

Nesta perspetiva, o apoio apresenta-se como promotor da qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

Caplan² refere-se ao sistema de apoio social como o núcleo familiar e de amigos, os serviços informais alicerçados na vizinhança e a ajuda prestada pelos serviços formais, tendo como principais atividades o apoio prestado ao indivíduo na mobilização dos seus recursos psicológicos de modo a permitir-lhe a gestão dos seus problemas emocionais, a partilha de atividades e a prestação de ajuda material.

É, assim, o fator mais relevante da integração social, do grupo e da comunidade.

O apoio social traduz-se em três dimensões:

- Apoio Emocional
- Apoio Instrumental
- Apoio Informacional

A primeira contempla a aquisição de comportamentos que fomentam sentimentos de bem-estar afetivo (sentimento de segurança pelo envolvimento das pessoas que o rodeiam), assim como o sentimento de pertença a um grupo.

No apoio instrumental, consideram-se ações proporcionadas por terceiros, no sentido de resolver problemas práticos e/ou facilitar a realização de tarefas quotidianas.

No apoio informacional, prevê-se a aquisição de competências sociais com vista à aquisição de competências e o exercício do direito de cidadania.

No contexto da Medicina Física e de Reabilitação, o Serviço Social assume uma postura e visão integrada do doente dependente com vista à sua integração social, promovendo a (re)construção de dinâmicas e redes de suporte social.

2. Serviço Social no Centro de Reabilitação do Norte

O Serviço Social do Centro de Reabilitação do Norte tem como missão prestar e promover o apoio psicossocial aos doentes, atender às suas necessidades e expectativas, bem como fomentar a sua humanização.

Assim, tem como principal função:

Avaliar as circunstâncias decorrentes e/ou associadas ao estado de doença nas dimensões individual, familiar e social,

bem como dinamizar, aos níveis interno e externo, modelos de intervenção integrada dos direitos e deveres do doente, promover a cidadania e o bem-estar social.

Os objetivos do Serviço Social inscrevem-se nos objetivos gerais do Centro de Reabilitação do Norte:

- Promover a melhoria contínua na qualidade do atendimento
- Contribuir de forma ativa e eficaz na continuidade dos cuidados e diminuição da demora média dos internamentos
- Melhorar o relacionamento interinstitucional
- Centrar o doente no sistema e promover espaço de participação enquanto agente activo e responsável
- Capacitar os doentes para os direitos de cidadania - empowerment

A metodologia de intervenção do Serviço Social foi definida em função de um trabalho de análise e sistematização das situações sociais e obedece a quatro momentos específicos:

- 1) Acolhimento (explicação das atribuições do Serviço Social/recolha de informação)
- 2) Elaboração do plano de cuidados (identificação de recursos e potencialidades - pessoais, familiares e da comunidade)
- 3) Acompanhamento psicossocial
- 4) Validação da continuidade de cuidados às necessidades do doente
- 5) Preparação da Alta Social

A gestão dos casos é realizada pelo diagnóstico social (rastreamento de risco social) e a sua priorização é definida em função de decisão de equipa multidisciplinar e pelo grau de envolvimento do doente / da família no processo de reabilitação e preparação da alta.

O Serviço Social procura capacitar o doente e a sua família como agentes do processo de recuperação, através da identificação das necessidades, dificuldades ou potencialidades (socioeconómicas, culturais, de vizinhança ou outros) identificadas no acompanhamento psicossocial efetuado durante o internamento, até ao momento da alta.

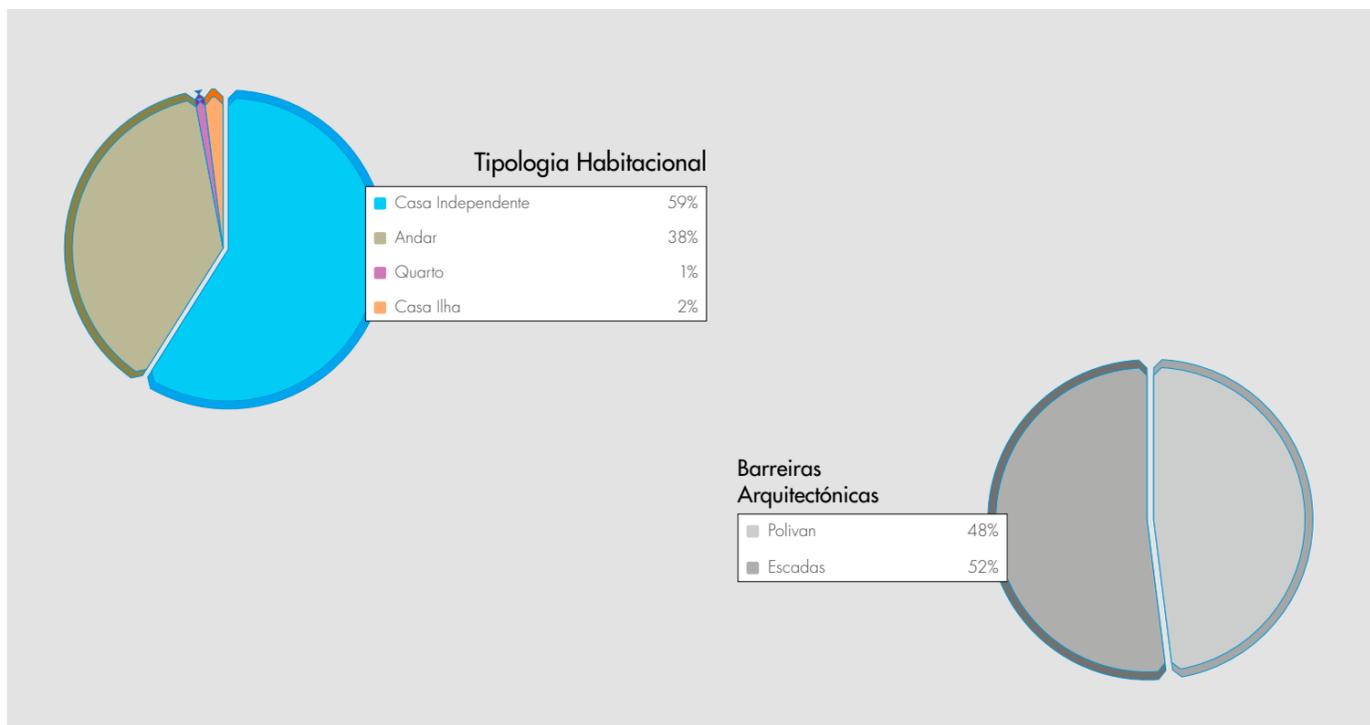
Após o diagnóstico preliminar, efetuado no momento da admissão (acolhimento), a intervenção do Serviço Social pode cessar, caso não se revele a existência de risco social relevante no doente-família.

No âmbito do Centro de Reabilitação do Norte, a intervenção do Serviço Social concretiza-se por:

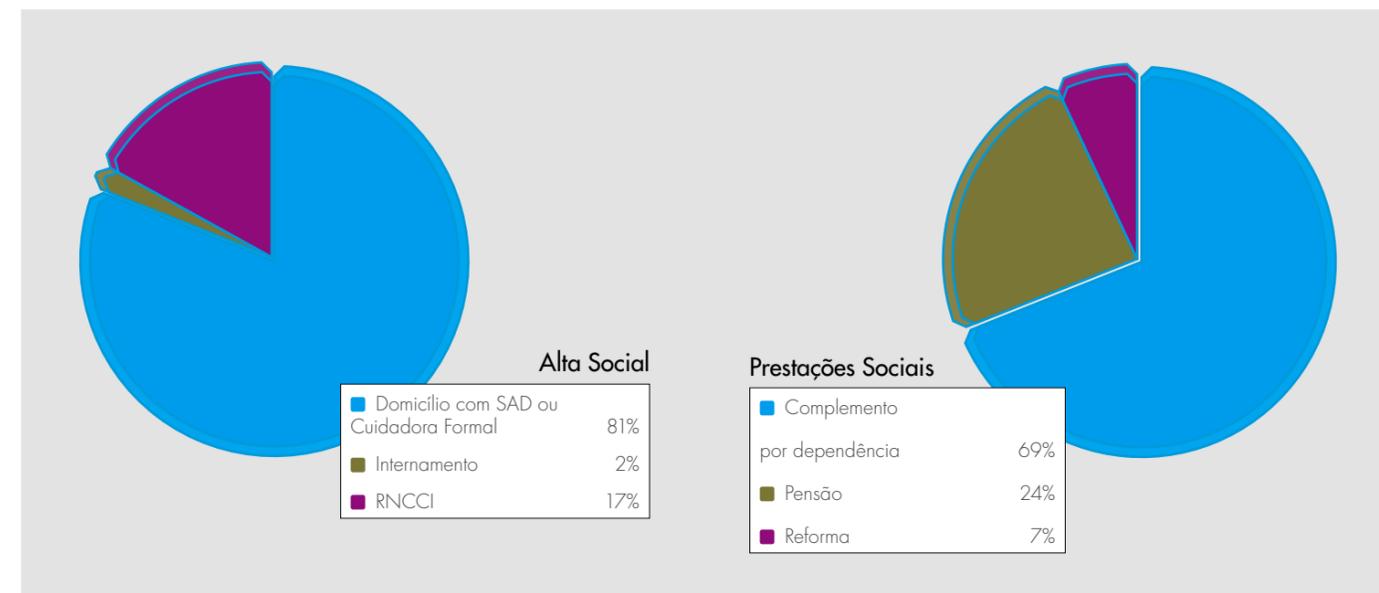
PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS
Centro de Reabilitação do Norte (CRN) População-alvo: Pessoas portadoras de limitação funcional Reintegração Social: - Na família (natural ou de acolhimento) - No meio laboral - Nos serviços da comunidade de residência
RESPOSTAS SOCIAIS
- Apoio Domiciliário - Internamento Temporário - Internamento em Lar - RNCCI - Apoio Económico (Ação Social) - Barreiras Arquitectónicas - Reintegração Profissional - Operacionalização de processo de instrução de Direitos Sociais - Produtos de Apoio

3. Intervenção do Serviço Social no Centro de Reabilitação do Norte

Durante o ano de 2014 procedeu-se ao internamento de 381 doentes, dos quais 199 foram avaliados pelo Serviço Social. Nestes quadros plasma-se a intervenção do Serviço Social no doente-família, durante aquele período:



Dos casos avaliados e com acompanhamento social, verificamos que 59% dos casos vive em casa independente, seguindo-se 38% em andar. Destes, 52% apresentam as escadas como barreiras arquitectónicas vs 48% que substituem a banheira por base de chuveiro.



O complemento por dependência é prestação social mais prevalente, e que se adequa à actual condição de saúde dos doentes com alta. A orientação para pensão por invalidez surge-nos como a segunda prestação mais requerida, dado que a maioria dos doentes não reúne período de garantia de remunerações para auferir de outra compensação. Ainda neste contexto, verificamos que o domicílio é o destino comum à maioria dos doentes. Porém, a necessidade de garantir serviço de apoio domiciliário (SAD) ou cuidadora formal

no momento da alta, é condição, pela redução de autonomia, já referida. Visando a especificidade de cada situação, nomeadamente a necessidade de garantir a manutenção de cuidados de saúde e sociais, 17% dos doentes foram encaminhados para as diversas valências da RNCCI. Garantir maior qualidade de vida na (re) integração social, através da capacitação do doente para se adaptar à sua condição de incapacidade funcional com vista ao aumento de índices de auto-estima e confiança, é o objectivo major do apoio social.

Referências Bibliográficas

- 1) Barrón, A. (1996) Apoyo Social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid, Siglo Veintiuno Espana Editores.
- 2) Caplan, G. (1974). Support Systems and Community Mental Health: Lectures on concept development: New York, Behavioral Publications
- 3) Bowers, Swithun: Encyclopedia of Social Welfare History in North America
- 4) Thoits, P.A. (1995). Social support: as coping assistance, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54:4 416-423.

TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA MAIS FREQUENTE NOS DOENTES EM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FÍSICA NO CENTRO DE REABILITAÇÃO DO NORTE

Ana Cláudia Cardoso¹, Joana Marques Pimentel²

Serviços Farmacêuticos, Centro de Reabilitação do Norte

¹ Farmacêutica – Responsável dos Serviços Farmacêuticos

² Técnica de Diagnóstico e Terapêutica

No decorrer do ano de 2014 ocorreram, no Centro de Reabilitação do Norte (CRN), 381 internamentos e verificou-se, nos Serviços Farmacêuticos, um acentuado consumo de alguns grupos farmacológicos (figura 1). As patologias mais frequentes são Acidentes Vasculares Cerebrais, Lesões Medulares, Lesões do Cérebro e outras Patologias Neurológicas.

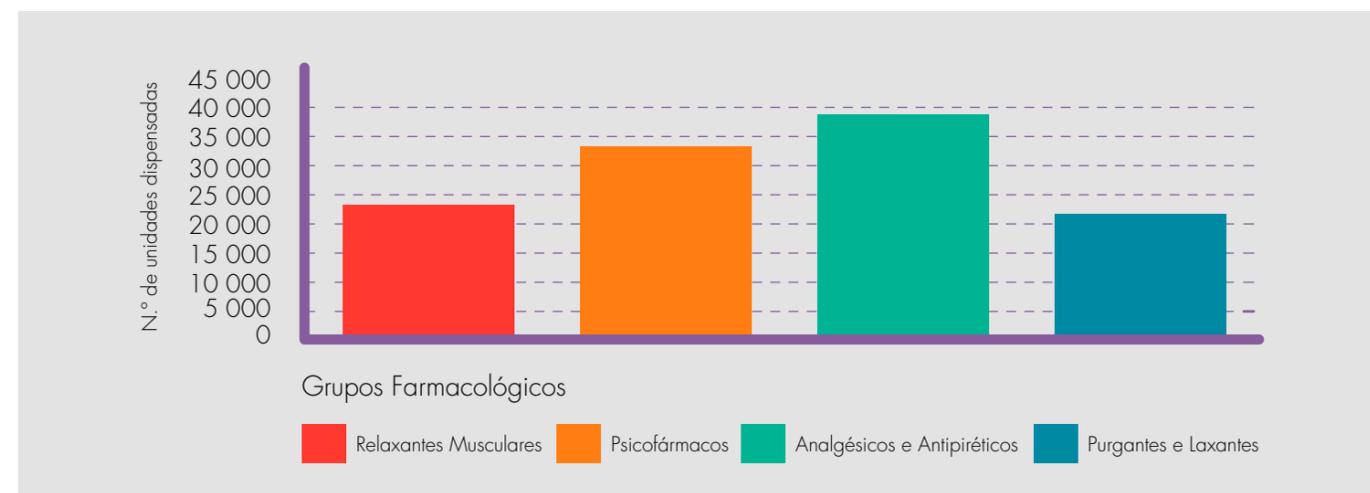


Figura 1 - N.º de unidades dispensadas por grupo farmacológico, no CRN, em 2014.

Analgésicos e Antipiréticos

A gestão adequada da dor no padrão de doentes admitidos no Centro de Reabilitação do Norte é fundamental para otimizar a adesão à reabilitação e melhorar a qualidade de vida. Por isso, para além dos analgésicos tradicionais (AINE, derivados do ácido propiônico e paracetamol) incluíram-se neste grupo terapêutico outros fármacos com efeitos ao nível da dor.

Paracetamol, ibuprofeno, naproxeno e diclofenac têm sido os medicamentos mais utilizados pela relação benefício/risco.

As semelhanças entre os fenómenos fisiopatológicos observados em alguns casos de epilepsia e o que se verifica no mecanismo da dor, mais concretamente na dor neuropática, para além dos resultados positivos obtidos em ensaios clínicos, justificam a utilização de algumas substâncias anticonvulsivantes na gestão sintomática da dor neuropática, sendo a gabapentina, a pregabalina e o levetiracetam os de maior expressão no Centro.

A Gabapentina e a Pregabalina atuam devido à sua ligação aos canais às subunidades $\alpha 2-\delta$ dos canais de cálcio no córtex cerebral, hipocampo e espinal medula. Estudos referem que a pregabalina produz um efeito analgésico mais rápido e por vezes mais eficaz do que a gabapentina, devido à diferente farmacocinética destas

substâncias. Por um lado, a gabapentina depende de um sistema de transporte saturável, ao nível da absorção e no SNC, que em doses mais elevadas (1800 mg/dia) deixa de ser linear, havendo diminuição da absorção a cada aumento de dose; por outro lado, a pregabalina com um perfil farmacocinético mais simples revela-se mais fácil de controlar. Ambos podem ser utilizados em doentes com insuficiência hepática já que não são metabolizadas no fígado.

O levetiracetam é considerado para segunda linha de tratamento em doentes sem resposta desejável ou intolerância aos outros fármacos.

Psicofármacos

A recuperação física é influenciada por diversos fatores, incluindo o tipo de lesão, qualidade da reabilitação, cuidados especializados e possíveis estados de depressão.

Os ansiolíticos, representados maioritariamente pelas benzodiazepinas, potenciam a inibição neuronal mediada pelo ácido γ -aminobutírico (GABA). Além das diferenças de natureza farmacocinética, nenhuma diferença relevante distingue as benzodiazepinas entre si. A sua escolha depende da duração de ação: curta no caso do lorazepam e midazolam; média no caso do oxazepam; longa para o diazepam.

O mecanismo de ação dos antidepressores é mais complexo e envolve uma resposta de 4 a 6 semanas. Os derivados tricíclicos (amitriptilina, clomipramina) representam a primeira geração de fármacos antidepressores. No entanto, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (fluoxetina, sertralina e fluvoxamina) que aumentam a neurogênese hipocampal são considerados os de primeira linha, dada a eficácia e boa tolerância pelos doentes. Está comprovado que os antidepressores exercem numerosos efeitos em funções neuronais não relacionados com a depressão. Os antidepressores inibem as citocinas inflamatórias e, conseqüentemente, aumentam a neurogênese e a plasticidade sináptica. Daqui pode resultar a recuperação de funções físicas e/ou cognitivas no pós-trauma. Por isso, alguns estudos aconselham a instituição de terapêutica antidepressora como adjuvante à reabilitação, mesmo em doentes sem depressão.

Relaxantes Musculares de Ação Central

Os relaxantes musculares atuam ao nível da função músculoesquelética para indução anestésica ou para diminuição da espasticidade conseqüência de variadas condições neurológicas, crónicas e/ou agudas, nomeadamente traumatismos craneoencefálicos, lesões medulares e acidentes vasculares cerebrais. Os doentes

do Centro de Reabilitação do Norte utilizam maioritariamente baclofeno, tizanidina e, com menor frequência, o tiocolquicosido. O baclofeno é um agonista do GABA nos receptores GABAB e atua diminuindo a transmissão nervosa ao nível da espinal medula, assim como dos centros nervosos mais altos. Inibe a libertação dos aminoácidos excitatórios glutamato e aspartato, reduzindo o tônus muscular e mesmo a dor nos doentes com espasticidade. Demonstra a mesma eficácia que o diazepam mas produz menor efeito sedativo. Existem relatos na literatura de aumento da atividade convulsiva em doentes epiléticos. Em casos de espasticidade mais severa, este fármaco pode ser ministrado através de bomba intratecal. Aconselha-se que a suspensão da terapêutica com baclofeno seja feita gradualmente.

A tizanidina é um agonista dos receptores α -2 adrenérgicos. Ensaios laboratoriais e clínicos indicam que a tizanidina reforça a inibição pré e pós-sináptica na espinal medula, diminuindo a contração muscular patologicamente elevada.

Para além das substâncias referidas, o diazepam, tal como outras benzodiazepinas, facilita a ação do GABA no SNC e tem, por isso, uma ação bastante importante na redução da espasticidade. Porém, produz um efeito sedativo na maioria dos doentes nas doses necessárias para reduzir o tônus muscular.

Laxantes e Purgantes

Os laxantes são medicamentos que promovem a defecação e são usados em situações de obstipação.

A obstipação caracteriza-se por um conjunto de sintomas como a dificuldade em defecar, padrões de defecção por frequentes ou pela sensação de evacuação incompleta. Nestes casos, pode existir obstipação real ou obstipação por iatrogenia. Neste último caso, deve optar-se pela suspensão do fármaco causador da obstipação, sempre que possível. São exemplo de causa iatrogénica o carbonato de cálcio, o sulfato ferroso e os antidepressores tricíclicos.

No que respeita à obstipação real, o tratamento pode ser abordado de diferentes formas. Uma primeira abordagem deve incidir sobre a dieta, fazendo a associação de fibras hidrossolúveis a um regime de hidratação mais rigoroso.

Em casos de obstipação mais severa e prolongada, deve então optar-se por fármacos laxantes que se agrupam em

Emolientes, Laxantes de contato e Laxantes osmóticos.

Os emolientes têm efeito sobre a mucosa do intestino, alterando a sua permeabilidade. Concretamente a parafina líquida pode interferir com a absorção das vitaminas lipossolúveis e é desaconselhada a sua utilização em doentes com alterações do esvaziamento esofágico e gástrico, para evitar o risco de aspiração.

Quanto aos laxantes de contato, o Centro de Reabilitação do Norte dispõe de sene, bisacodilo, citrato de sódio + laurilsulfoacetato de sódio e picossulfato de sódio. Estes fármacos induzem o peristaltismo do cólon e demonstram bons índices de segurança em casos de utilização por longos períodos.

O bisacodilo e o picossulfato de sódio são pró-fármacos que, após hidrólise pelas bactérias do cólon e pelas enzimas da mucosa do intestino, são transformados no metabolito ativo com propriedades antiabsortivas e secretoras. São normalmente utilizados em situações de mais agudas de obstipação. Alguns estudos referem que na utilização de supositórios é aconselhada a aplicação cerca de 30 min após o pequeno-almoço, de modo a sincronizar e potenciar a ação do fármaco com o reflexo gastro-cólico. Há também evidência de que o picossulfato de sódio melhora não só a frequência de dejeção e a consistência fecal mas também outros sintomas como a facilidade em defecar, sem queixas significativas de dor abdominal.

Atualmente, não há indicações de que os laxantes de contato prejudiquem o sistema nervoso entérico.

Do conjunto de laxantes osmóticos de que o Centro de Reabilitação do Norte dispõe, a lactulose e o macrogol são os de maior expressão. Uma vez ingerida, a lactulose não é absorvida pelo trato gastrointestinal, chegando ao cólon praticamente inalterada, onde é metabolizado pelas bactérias. A acidificação do meio, que ocorre na degradação da lactulose, desencadeia os mecanismos responsáveis pela sua ação na obstipação. A acidificação do conteúdo intestinal e o aumento da pressão osmótica causam um afluxo de líquidos para o interior do cólon, que resulta no aumento e amolecimento do bolo fecal, acelerando, dessa forma, o trânsito intestinal.

Referências Bibliográficas

1. Acler M et al. "A double blind placebo RCT to investigate the effects of serotonergic

modulation on brain excitability and motor recovery in stroke patients. J Neurol, 2009; 256; pag 1152-1158.

2. Apple DF Jr."Spinal Cord Injury Rehabilitation.In RothmanRH, Simeone FA (eds)" The Spine. Philadelphia, WB Saunders, 1998, pag. 1225-1246.

3. Berecki-Gisolf J et al. "Use of antidepressant medication after road traffic injury". Injury - Int J Care Injured, Feb 2015.

4. Bharucha Adil E. et al. "American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation" Gastroenterology 2013, pag. 218 – 238.

5. Guimarães S. et al. "Terapêutica Medicamentosa e Suas Bases Farmacológicas" 5ª edição. Porto Editora, 2006.

6. Katsunaka Mikami et al., "Effect of antidepressants on the course of disability following stroke", Am J Geriatr Psychiatry. Dec 2011 pag. 1007-1015

7. Maynard FM et al. "Epidemiology of spasticity following traumatic Spinal cord injury. Arch Phys Med Rehab 71, pag. 566-569.



Medicina social

