
TERAPIA OCUPACIONAL

E LESÃO MEDULAR:

RELATO DE INTERVENÇÃO

PRECOCE

ANDREZA APARECIDA POLIA, **MYRIAN GUILHARDE**

Resumo: este trabalho teve por objetivo investigar a atuação precoce da terapia ocupacional no indivíduo com lesão medular. Como metodologia, foi realizada uma exposição teórica sobre o trauma raquimedular e feita uma entrevista com pacientes atendidos no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo. Em se tratando dos resultados, foi possível ver que a demora para iniciar o tratamento se deveu a diversos fatores e que, após a intervenção terapêutica ocupacional, os pacientes apontam ganhos, admitindo suas limitações físicas, porém valorizando suas possibilidades.

Palavras-chave: lesão medular, intervenção terapêutica ocupacional, reabilitação

Entre as patologias que, hoje em dia, mais frequentemente acometem os indivíduos, deixando seqüelas permanentes, encontramos o Traumatismo Raquimedular (TRM). Esse tipo de patologia tem sido alvo de reportagens na imprensa (Globo Repórter em maio/2004 e jan./2005, Globo News em maio/2004, revista *scientific american* junho/2004, *O Estado de São Paulo* set./2005, revista *Época* em set./2004 e março/2005, entre outras), em

virtude especialmente de pesquisas das células-tronco e de sua relação com a lesão medular. A incidência tem aumentado a cada década e, embora no Brasil, de acordo com Barros (2004), ainda não haja dados epidemiológicos que possam comprovar este aumento, existem estatísticas americanas apontando 11.000 novos casos por ano (SCHIMITZ *apud* SALVADOR; TARNHOVI, 2004).

Diferentemente do que acontece em outras patologias, o indivíduo que é vítima de um TRM, na maioria das vezes, não tem conhecimento das conseqüências práticas no seu dia-a-dia, fato que pode levar a uma demora na procura de tratamentos de reabilitação e à diminuição das possibilidades de um melhor prognóstico. “O traumatismo raquimedular (TRM) é um insulto traumático da medula que pode resultar em alterações das funções motoras, sensoriais e autonômicas normais” (DELISA; GANS, 2002).

De acordo com Casalis (2003, p. 41), este tipo de lesão pode ser

[...] Considerada uma das mais graves e devastadoras síndromes incapacitantes que podem atingir o ser humano e, de acordo com esta autora, o processo de reabilitação é o caminho que facilita e estimula o lesado medular a reaprender a controlar suas funções perdidas e a obter a maior independência possível.

Este artigo se propõe a fazer uma exposição teórica sobre o TRM, com ênfase no tratamento da terapia ocupacional oferecido no Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (Crer), partindo do significado, para os pacientes, do processo de reabilitação nesta área e da importância/necessidade de uma intervenção precoce.

AS CAUSAS DO TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

As causas do traumatismo raquimedular podem ser didaticamente divididas, segundo Tarico (2001), em:

- congênitas (são as anomalias associadas às falhas de desenvolvimento de estruturas medianas da medula espinhal. Podem ser classificadas como malformações abertas ou fechadas);
- traumáticas (são as lesões causadas por eventos catastróficos, cujas causas mais freqüentes são os acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo ou quedas de altura);

- degenerativas (por exemplo, a espondilose cervical degenerativa que consiste no comprometimento dos discos intervertebrais, ossos e articulações da coluna cervical);
- tumorais (lesões na medula decorrentes de tumores oriundos do sistema nervoso central ou mesmo de tecidos adjacentes que comprimem os tratos ou causam isquemia por compressão vascular, por exemplo, os osteossarcomas, os hemangiomas, entre outros);
- infecciosas (que acometem sobretudo pacientes imunossuprimidos. A via mais comum de contágio são a hematogênica ou também as infecções adjacentes, como a osteomielite ou as meningites);
- doenças neurológicas ou sistêmicas (são doenças que podem acometer a medula espinhal, como, por exemplo, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica e doenças reumáticas);
- e doenças vasculares (são as patologias traumáticas ou degenerativas da coluna vertebral que levam a uma compressão vascular, isquemias medulares decorrentes de cirurgias na aorta ou até mesmo de patologias vasculares medulares).

CLASSIFICAÇÃO DA LESÃO MEDULAR

De acordo com a American Spinal Injury Association (Asia), a classificação da lesão medular é motora e sensitiva, ou seja, para identificar o nível motor são utilizados os músculos-chave e para identificar o nível sensitivo, os pontos-chave. Quando a lesão se localiza na região cervical da medula, a seqüela é a tetraplegia (comprometimento dos membros superiores, tronco e membros inferiores) e, quando se localiza na região torácica, lombar ou sacral, a seqüela é a paraplegia (comprometimento de tronco e/ou membros inferiores).

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS

Existem complicações que estão associadas a lesão medular e podem provocar limitações no desenvolvimento da reabilitação, restringindo as evoluções do paciente. É fundamental o conhecimento dessas complicações tanto pelos profissionais de reabilitação quanto pelos pacientes e pelas suas famílias. Elas

podem ser alterações respiratórias, trombose venosa profunda, úlceras de pressão (conhecidas como escaras), hipotensão ortostática, alterações na regulação térmica, ossificação heterotópica, espasticidade e automatismos medulares, disfunção vésico-intestinal e disreflexia autonômica.

Além das disfunções citadas, existem também complicações psicológicas decorrentes do TRM. Segundo Kóvac (1997, p.), nas deficiências adquiridas, podem ocorrer nos indivíduos “mudanças corporais, desfiguramento, alterações na potencialidade de realização do sujeito na vida pessoal e profissional, podendo implicar situações semelhantes ao processo de perda por morte”. Lianza *et al.* (2001) classificam o comportamento do lesado medular em quatro fases:

- Primeira fase ou fase do choque – nesta fase, existe um estado de confusão em que o paciente ainda não compreende/percebe o que de fato aconteceu, as funções psíquicas ficam congeladas.
- Segunda fase ou fase da negação – neste estágio, o paciente começa a perceber sua situação, porém de maneira inadequada/distorcida, por ainda não ter condições de aceitá-la.

[...] durante estas duas primeiras fases, a equipe desempenha a parte mais ativa dentro do processo de reabilitação, devendo tomar decisões firmes, já que, dadas as condições do paciente, este não pode reagir de forma dinâmica por não existir motivação alguma (LIANZA et al., 2001, p. 321).

- Terceira fase ou fase do reconhecimento – o paciente, neste momento, inicia a tomada de consciência da sua real condição. A evidência da paralisia de algumas partes de seu corpo, juntamente com outras disfunções associadas aliadas ao fato de o indivíduo provavelmente frequentar um centro de reabilitação e, desta maneira, observar as seqüelas de outros indivíduos, podem provocar sentimentos de desamparo e ansiedade, conduzindo-o a um estado depressivo.
- Quarta fase ou fase de adaptação – nesta etapa, o indivíduo reconhece a importância do processo de reabilitação, inicia sua reintegração social e também passa a aceitar as limitações decorrentes da paralisia.

TRATAMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA REABILITAÇÃO DO LESADO MEDULAR

O tratamento terapêutico ocupacional do indivíduo que sofreu uma lesão medular é específico e de acordo com o nível da lesão. O prognóstico funcional do lesado medular é determinado em especial pelo grau de preservação sensitivomotora. A seguir, estão os objetivos elencados por Sauron (2001), de acordo com os níveis neurológicos, e o que deverá ser trabalhado em cada um deles.

- Nível neurológico C5:
 - mobilização passiva dos membros superiores, com ênfase nos exercícios de alongamento dos músculos bíceps e deltóide;
 - posicionamento adequado dos membros superiores tanto no leito quanto na cadeira de rodas, ou seja, devem-se evitar a abdução dos ombros, a flexão dos cotovelos e a supinação dos antebraços;
 - confecção de adaptações e treino para seu uso;
 - treino da preensão bimanual de objetos leves sempre que for possível;
 - fortalecimento muscular do deltóide com exercícios isométricos e isotônicos;
 - orientação ao paciente e aos familiares sobre a possibilidade de reconstrução cirúrgica do movimento de extensão de cotovelo, com indicações dos passos do pré-operatório, das contra-indicações no pós-operatório e dos ganhos possíveis.
- Nível neurológico C6:
 - mobilização passiva dos membros superiores, com ênfase no alongamento do bíceps e do deltóide;
 - orientação e posicionamento correto dos membros superiores, evitando-se a flexão dos cotovelos com o uso de estabilizadores;
 - fortalecimento com exercícios isométricos e isotônicos dos músculos bíceps, deltóide, braquiorradial e extensor radial do carpo, músculos importantes para uma possível reconstrução cirúrgica funcional;

- treino da tenodese (a extensão do punho facilita o fechamento da mão, ao passo que a flexão do punho propicia sua abertura);
 - treino da preensão fina (embora esta seja rudimentar);
 - confecção e treino do uso de adaptações;
 - orientação ao paciente e a seus familiares sobre a possibilidade de reconstrução cirúrgica do movimento de extensão do cotovelo, explicando a situação do paciente no pré e no pós-operatório e os ganhos reais a serem obtidos com este procedimento.
- Nível neurológico C7:
 - mobilização dos membros superiores, com ênfase nos exercícios de alongamento dos extensores extrínsecos dos dedos com o punho estabilizado na posição neutra;
 - posicionamento das mãos com órteses preservando seu aspecto de concha;
 - fortalecimento da musculatura preservada, com ênfase especial no tríceps, que é um músculo fundamental para as atividades de *push-up* e transferência;
 - treinamento das atividades de vida diária, confeccionando as adaptações necessárias para sua realização.
 - Nível neurológico C8:
 - fortalecimento da musculatura preservada, com ênfase na musculatura intrínseca para o treino de habilidades funcionais e destreza;
 - treino de atividades da vida diária.

Nos demais níveis de lesão, ou seja, de T1 até L2, o paciente apresentará menor necessidade de tratamento terapêutico ocupacional, porém ainda precisará deste tipo de reabilitação. Ela, de maneira geral, consistirá no fortalecimento muscular global, no treino de equilíbrio de tronco, na estimulação proprioceptiva, no treino de transferências, no treino de atividades da vida diária (vestir e lavar os MMII durante o banho são as dificuldades mais relatadas pelos pacientes do Crer) e de vida prática, além do desenvolvimento de atividades de socialização e reintegração.

A prescrição e a adequação da cadeira de rodas, bem como o seu treino, também são trabalhos do terapeuta ocupacional e fazem parte do tratamento de pacientes com qualquer nível de lesão.

No Crer, além de todos estes procedimentos supracitados, no tratamento de terapia ocupacional, os pacientes também podem participar da cozinha terapêutica, que é um grupo destinado ao treino de atividades culinárias e à socialização entre os pacientes e seus familiares e/ou acompanhantes.

Neistadt e Crepeau (2002, p. 633) resumem o trabalho da terapia ocupacional com o lesado medular da seguinte maneira:

A função do profissional de cuidados intensivos e hospitalar é manter as AM passiva e ativa, fortalecer a função motora restante, fornecer o posicionamento correto na cadeira de rodas e no leito para preservar as funções respiratórias e cutânea, e avaliar a necessidade de equipamento e métodos de adaptação, para possibilitar que o cliente funcione da forma mais independente possível.

ABORDAGEM PRÁTICA

Com o objetivo de investigar o tratamento da terapia ocupacional no que se refere à intervenção precoce do indivíduo com lesão, foi feita uma entrevista com dez indivíduos que se encontravam em processo de reabilitação terapêutico ocupacional no Crer. Esses indivíduos foram selecionados com base nos seguintes critérios:

- estar vinculado ao serviço de reabilitação do Crer no período de dezembro de 2004 a março de 2005;
- apresentar como diagnóstico a lesão medular independente da causa;
- estar em atendimento no setor de terapia ocupacional com a terapeuta ocupacional responsável por esta pesquisa;
- ter 18 anos de idade ou mais;
- autorizar a realização/gravação da entrevista e a publicação dos dados coletados.

No Quadro 1, encontra-se o modelo da entrevista:

Quadro 1: Modelo da Entrevista

Nome Completo:
Data de Nascimento:
1- A sua lesão foi decorrente de quê? (acidente automobilístico, projétil de arma de fogo, mergulho em águas rasas etc.).
2- Qual a seqüela? (paraplegia/tetraplegia).
3- Quanto tempo após a lesão você iniciou o tratamento de reabilitação em terapia ocupacional?
4- Quais as conquistas que você obteve com a terapia ocupacional?
5- Você foi acometido por algum tipo de contratura ou deformidade? Se a resposta for sim, onde se localizam (ombro, cotovelo, punho etc.)?
6- Quais as informações que você tinha sobre reabilitação quando ocorreu a lesão? E a sua família?
7- Você acha importante iniciar o processo de reabilitação logo após a lesão? Por quê?

Durante a aplicação da entrevista, os sujeitos entrevistados foram orientados a emitir suas opiniões sem nenhum tipo de restrição, e a escolha de um modelo de questionário aberto favoreceu este comportamento.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Descreveremos, na seqüência, os resultados obtidos com as entrevistas e sua análise. Optamos por descrever as perguntas em uma ordem diferente de colocação, somente com finalidade didática.

Quanto ao Gênero e Quanto à Faixa Etária

Dos dez sujeitos entrevistados, 80% pertenciam ao sexo masculino e 20% eram do sexo feminino, o que vem apenas confirmar as informações apresentadas nas bibliografias consultadas, por exemplo, em Delisa e Gans (2002) que afirmam que os TRMs ocorrem sobretudo em adultos jovens, com mais da metade ocorrendo em pessoas de 16 a 30 anos de idade. O sexo masculino é responsável por cerca de 80% dos casos.

De acordo com Teixeira *et al.* (2003), a população mais afetada é a jovem e do sexo masculino. Um levantamento estatístico

realizado pela equipe de lesão medular da AACD no ano de 2000 mostra que a média de idade dessa população é de trinta anos, sendo que 80% correspondem ao sexo masculino.

A alta incidência no sexo masculino está diretamente relacionada às causas do TRM. Os homens estão mais expostos aos acidentes automobilísticos e também mais envolvidos em acidentes com arma de fogo e em mergulhos em água rasa.

Com relação aos acidentes automobilísticos, os dados do Detran-GO (2005) demonstram que 81,9% são cometidos por condutores do sexo masculino.

Quanto às Causas da Lesão

Com relação às causas do TRM, a literatura descreve diferentes porcentagens e incidências. Contudo, Teixeira *et al.* (2003) afirmam que ferimentos por projétil de arma de fogo são 45% das causas mais freqüentes, seguindo-se os acidentes de transporte (automóvel, motocicleta, bicicleta, atropelamento etc.) com 30%, as quedas (13%), o mergulho em águas rasas (10%) e outros traumatismos (2%).

Lianza *et al.* (2001) dizem que 80% das causas do TRM são traumáticas, ou seja, provocadas por ferimentos de projétil de arma de fogo, por acidentes automobilísticos, esportes e quedas, ao passo que 20% são decorrentes de causas não-traumáticas, entre as quais eles apontam os tumores, as doenças infecciosas, vasculares ou degenerativas.

Para Delisa e Gans (2002, p. 1328), “lesões traumáticas são mais comuns em pessoas com menos de 40 anos de idade, ao passo que lesões não-traumáticas podem ser mais comuns em pessoas acima de 40 anos”. Ainda para estes autores, entre as lesões traumáticas, existem quatro causas principais: acidentes automobilísticos (44,5%), quedas (18,1%), atos de violência (16,6%) e lesões esportivas (12,7%).

Segundo os entrevistados, as causas mais freqüentes do TRM são as seguintes:

- mergulho em água rasa: 40%;
- acidente com projétil de arma de fogo: 20%;
- doenças (tumor): 20%;
- acidente automobilístico: 20%.

Estes resultados confirmam que as lesões traumáticas são a maior causa, perfazendo um total de 80% das causas entre os indivíduos entrevistados.

Analisando o contexto geográfico de Goiânia, podemos inferir que a causa mais freqüentemente apontada, o mergulho em água rasa, pode estar diretamente relacionada à quantidade de cachoeiras existentes na região, que podem ser a opção de lazer preferida da população desta cidade.

Quanto ao Tipo de Seqüela Adquirida

Os clientes com lesões abaixo de C8 ou T1 apresentarão o uso pleno de seus membros superiores e serão considerados portadores de paraplegia. Os clientes com lesões acima deste nível exibirão comprometimento na função de seus membros superiores e serão considerados portadores de quadriplegia (NEISTADT; CREPEAU, 2002).

Diante da referência da citação anterior, a estatística encontrada entre os pacientes entrevistados mostrou que 30% apresentam como seqüela a paraplegia e 70% apresentam a tetraplegia. De acordo com Hoppenfeldo (1985), tetraplegia ou quadriplegia significam, ambas, paralisia dos quatro membros.

Ortigara (2003) afirmou ainda que:

De todas as lesões traumáticas da coluna vertebral, aproximadamente 55% ocorrem na coluna cervical, 15% na coluna torácica, 15% na coluna tóraco lombar e 15% na coluna lombossacra. Além disso, 5% das vítimas de trauma cranioencefálico apresentam lesão em coluna vertebral concomitante. Estima-se que o número de tetraplégicos nos EUA seja de 200 mil. A média de idade é de 25 anos e a idade mais comum 19 anos, 55% dos lesados têm comprometimento de tetraplegia, e, entre esses, 82 são do sexo masculino.

A coluna vertebral apresenta graus variados de vulnerabilidade às lesões. Algumas áreas são mais suscetíveis a elas. Em razão de sua elevada mobilidade e pouca estabilidade, essas áreas são as situadas entre C5, C7, T12 e L2. Entre os mecanismos da lesão

medular, o que pode estar mais relacionado com o mergulho em água rasa é o mecanismo de compressão vertical, que ocorre quando uma força severa é aplicada no alto da cabeça e dos quadris, sendo a lamina vertebral fraturada e o núcleo pulposo é forçado para dentro do corpo vertebral que explode os ligamentos não são lesados e os fragmentos do corpo vertebral não são responsáveis pelo fator primário da lesão nervosa. Quando ocorre uma obstrução no canal raquidiano maior que 75%, segue-se uma lesão neurológica. Este tipo de mecanismo acomete a coluna cervical e lombar (AGUIAR;CARVALHO, 2003).

Quanto à Demora dos Pacientes para Iniciar o Atendimento de Reabilitação no Setor de Terapia Ocupacional

- 30% do total de pacientes levaram até três meses a partir da data do trauma;
- 20% demoraram até um ano após o trauma e
- 50% demoraram mais de um ano.

Entre os relatos, tivemos o de um paciente que demorou seis anos para iniciar o processo de reabilitação na terapia ocupacional e em outras terapias.

Considerando a literatura, podemos colocar a importância de uma abordagem precoce do lesado medular, como aponta Casalis (*apud* TEIXEIRA *et al.*, 2003, p. 433):

A disfunção de diversos aparelhos e sistemas, secundária às alterações motoras, sensitivas e autonômicas decorrentes da lesão medular, pode provocar sérias complicações que, quando não prevenidas ou precocemente detectadas, podem ocasionar graves limitações e até mesmo levar o paciente à morte.

No caso da terapia ocupacional, a intervenção na fase aguda (choque medular) de pacientes que tiveram lesão medular

*deve-se dar logo após a admissão do paciente na unidade de terapia intensiva [...], e enfatizar a orientação, seja à equipe de enfermagem seja aos familiares, quanto ao posicionamento correto dos membros superiores, especialmente em pacientes com lesão cervical (TEIXEIRA *et al.*, 2003, p. 433).*

O que podemos constatar é que a maioria dos pacientes entrevistados demorou mais de três meses para iniciar este processo de reabilitação. Diante disso, eles e seus familiares tornaram-se reféns de sua patologia e das conseqüências da evolução dessa patologia.

Quanto às Informações que a Família e o Indivíduo Tinham da Reabilitação Quando Ocorreu a Lesão

O contato com o processo de reabilitação ou com as informações sobre lesão medular, suas complicações, seqüelas etc. se faz presente, na maioria das vezes, apenas na vida de indivíduos que se defrontam com esta situação. Caso contrário, como mostraremos pelos relatos e pelas estatísticas encontradas, não existe informação alguma a respeito deste assunto, e esta desinformação permanece para alguns indivíduos, muitas vezes, durante o processo de reabilitação. Este fato pode ser atribuído a diversas causas: a falta de contato com informações que não estão relacionadas ao cotidiano de pessoas sem o problema, a menos que se tenha alguém próximo que foi “vítima” de um TRM; o choque inicial do sujeito e de sua família que, no primeiro momento, se preocupam com a sobrevivência do indivíduo após ter sofrido o trauma; a necessidade, em muitos casos, de intervenção cirúrgica e, em decorrência desta, muitas vezes, o indivíduo pode permanecer internado no hospital geral por algum tempo; a distância entre a cidade de origem/residência do sujeito e do centro de reabilitação. Vejam-se os seguintes depoimentos:

[...] a gente chegou aqui tanto eu como minha esposa sem saber nada, nada mesmo, não tinha habilidade com nada, não sabia nada (M.J.S., 27 anos, tetraplégico).

Antes do acidente nenhuma informação e depois a única coisa que diziam pra gente é que não ia mais andar. Depois que veio aqui pro Crer que começou a receber informação (D.P.S. J, 24 anos, tetraplégico).

Não tinha nenhuma informação, depois o doutor falou que eu ia só sentar (F.E.A.S., 48 anos, tetraplégico).

Todos os sujeitos entrevistados relatam que nem eles nem suas famílias tinham algum tipo de informação sobre TRM antes de serem acometidos por esse problema, e 70% disseram também que, durante o período em que estiveram internados em hospitais gerais, continuaram sem receber informações sobre, por exemplo, a necessidade de se submeterem a um tratamento de reabilitação.

Estes relatos nos fazem refletir sobre a existência, ainda, de uma precariedade de informações sobre o TRM, o que é preocupante, pois a prevenção, por exemplo, mediante campanhas seria a forma mais eficaz de se tratar esta patologia.

Quanto às Conquistas no Processo de Reabilitação com a Terapia Ocupacional

Todos os pacientes entrevistados relataram que houve ganhos no processo de reabilitação na terapia ocupacional. Eles foram enumerados conforme consta a seguir:

- ganho de função manual;
- independência na realização das atividades de vida diária e de vida prática (alimentação, higiene pessoal, vestuário, escrita, digitação, pintura);
- reinserção no mercado de trabalho, tanto na função que já exercia quanto em novas funções;
- independência na realização das transferências e na locomoção em cadeira de rodas.

Seguem-se alguns relatos com relação aos ganhos obtidos no setor de terapia ocupacional:

Eu achava que um aleijado – hoje não chamo mais de aleijado- nunca mais podia trabalhar, mas depois que a Dra. Perguntou o que eu queria fazer, foi que eu pensei que talvez pudesse trabalhar de novo (F.E.A.S., 48 anos, tetraplégico).

Meus braço não fazia nada quando eu cheguei aqui, depois dos exercícios e dos aparelhos (adaptações) eu consegui fazer um monte de coisas sozinho, quase tudo (D.P.S. J, 24 anos, tetraplégico).

A Dra. fez um adaptador para que eu pudesse voltar a costurar, e olha que eu achava que isto era impossível (H.R.O.M., 44 anos tetraplégica).

A minha cadeira de rodas foi feita para mim, eles tiraram as medidas e ela veio do meu tamanho. Daí quando ela chegou eu fiquei até emocionado e com medo, queria empinar como eu via os outros fazendo mais achava que ia cair. Depois de dois meses eu já subia até meio fio, acredita? (F.P.S., 22 anos, paraplégico).

Quanto à Presença de Contraturas e Deformidades

Os pacientes (30%) que iniciaram o processo de reabilitação na terapia ocupacional, em tempo inferior ou igual a três meses, não desenvolveram nenhum tipo de contratura. Os 20% que demoraram até um ano para entrar em tratamento desenvolveram contraturas em flexão de cotovelo, e os 50% restantes que demoraram mais de um ano já apresentavam contraturas e/ou deformidades em articulação do ombro, cotovelo, punho e/ou articulações interfalangeanas.

Essas estatísticas mostram que é fundamental o início rápido do tratamento e que um processo de reabilitação tardio impede consideravelmente a aquisição de independência e autonomia na realização das atividades de vida diária. Impede, muitas vezes, até mesmo o uso de adaptações e restringe as possibilidades reais de ganhos funcionais.

Quanto à Importância de se Iniciar o Tratamento Terapêutico Ocupacional Logo Após a Lesão

Foi consenso entre os sujeitos que o início precoce do tratamento de reabilitação na terapia ocupacional traria benefícios e poderia evitar o agravamento das seqüelas. Foram considerados os seguintes fatores para esse início precoce:

- a possibilidade de obter a independência mais rapidamente;
- a oportunidade de conviver com outras pessoas que têm o mesmo problema e assim começar mais rapidamente o processo de reabilitação;

- a possibilidade de evitar o aparecimento de contraturas e conseqüentes deformidades;
- a possibilidade de independência na locomoção de cadeira de rodas, mais rápido;
- a convivência mais fácil com as seqüelas, pelo fato de estar cercado ‘por iguais’.

CONCLUSÃO

Durante a aplicação das entrevistas, conforme os pacientes foram expressando suas opiniões, ficaram muito presentes para nós o valor e a necessidade da circulação das informações sobre a lesão medular, as suas possíveis causas, conseqüências (sobretudo no que se refere às seqüelas), a necessidade de campanhas que realmente envolvam a população na prevenção dos acidentes (tanto automobilísticos quanto de mergulho) e, também, as potencialidades de um indivíduo usuário de cadeira de rodas.

O preconceito acerca do que um cadeirante consegue ou não realizar ainda é grande e reflete a tendência geral de ‘olhar’ o que está faltando e não o que se pode fazer.

Com relação ao trabalho da terapia ocupacional, foi possível demonstrar o quanto ele é eficaz e necessário. Não se pode esquecer que é um trabalho que faz parte do processo de reabilitação e que deve ser realizado juntamente com os outros membros da equipe: fisioterapeutas, musicoterapeutas, arteterapeutas, educadores físicos, psicólogos, médicos e enfermeiros. A atuação conjunta de todos estes profissionais promove integralmente a reabilitação e a readaptação de um indivíduo que teve uma lesão medular.

Referências

- BARROS, M. N. *Manual do cuidador do lesado medular*. Goiânia: [s.n.], 2004.
- CASALIS, M. E. P. Lesão medular. In: TEIXEIRA, É.; SAURON, F. N.; OLIVEIRA, M. C. de. et al. *Terapia ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca, 2003. p. 41-61.
- DELISA, J. A. et al. *Tratado de medicina de reabilitação princípios e prática*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002.

HOPPENFELDO, S. *Neurologia para ortopedistas guia e diagnóstico para níveis neurológicos*. [S.l]: Cultura, 1985.

KOVACS, M. J. Deficiência adquirida e qualidade de vida possibilidades de intervenção psicológica. In: BECKER, E. et al. *Deficiência: alternativas de intovenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

LANZA, R.; ROSENTHAL, N. O desafio das células-tronco. *Scientific American Brasil*, ano 3, n. 26, jul. 2004.

LIANZA, S. et al. A lesão medular. In: LIANZA, S. *Medicina de reabilitação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 299-322.

NEISTADT, E. et al. *Willard e spakman terapia ocupacional*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SAURON, F. N. Terapia ocupacional. In: GREVE, J. M. D'A. et al. *Diagnóstico e tratamento da lesão de medula espinal*. São Paulo: Roca, 2001. p. 1-8.

SEGATTO, C.; TERMERO, M. Sobre a guerra das células-tronco. *Revista Época*, n. 335, p. 100-109, 2004.

TARICO, M. A. Etiologia das lesões medulares In: GREVE, J. M. D'A. et al. *Diagnóstico e tratamento da lesão de medula espinal*. São Paulo: Roca, 2001. p. 1-8.

TEIXEIRA, É. et al. *Terapia ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca, 2003.

AGUIAR, L. V.; CARVALHO, S. P. de. *Eficácia da corrente excitomotora no fortalecimento muscular dos membros superiores em um paciente vítima de TRM: relato de caso*. Disponível em: <www.ucg.br/fisio/monografia/40.PDF>. Acesso em: 2003.

SITE: <Cryopraxis.com.br/materiais.htm>. Acesso em: 24 nov. 2005.

ORTIGARA. *JBM, Jornal Brasileiro de Medicina*, v. 85 n. 3, set. 2003. Disponível em: <www.ucg.br/fisio/monografia/40.PDF>. Acesso em: [2006].

SALVADOR, L. A.; TARNHOVI. Disponível em: <<http://www.fisioweb.com.br>>. Acesso em: 2004.

GLOBO REPÓRTER, maio 2004, jan. 2005.

Abstract: this work had for objective to investigate the precocious performance of the occupational therapy next to the individual with spinal cord injured people. Methodology: an exposition theoretical on the trauma was carried through to raquimedular and applied an interview with patients who had been taken care of in the Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique

Santillo. Results: It was possible to detect that the delay to initiate the treatment if must the diverse factors, however after the occupational therapeutical intervention, the patients point profits admitting its physical limitations, however valuing its possibilities.

Key words: spinal cord injury, occupational therapeutic intervention, rehabilitation

ANDREZA APARECIDA POLIA

Mestranda em Educação Brasileira pela Universidade Federal de Goiás. Especialista em Educação Especial pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Docente no curso de graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Católica de Goiás. Aprimorada em Hospital Geral pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo, São José do Rio Preto. Terapeuta Ocupacional do Crer. *E-mail: andrezapolia@hotmail.com*

MYRIAN GUILHARDE

Terapeuta ocupacional na Escola Objetivo da Vida.