

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL EM PACIENTE COM MIELORRADICULOPATIA: RELATO DE CASO EM ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

Occupation therapeutic intervention in patient with Myelorradiculopathy: a case report in mandatory internship

Intervención terapéutica ocupacional en pacient con mielorradiculopatía: reporte de un caso em pasantías obligatorias

Maria Gisele Cavalcanti de Oliveira

<http://orcid.org/0000-0001-5096-0075>

Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Terapia Ocupacional, Recife, PE, Brasil.

Amanda Cavalcanti Belo

<http://orcid.org/0000-0002-4013-3671>

Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Vera Lúcia Dutra Facundes

<http://orcid.org/0000-0002-4188-7475>

Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Terapia Ocupacional, Recife, PE, Brasil.

Resumo

Contextualização: Descreve relato de caso com mielorradiculopatia atendido no ambulatório de Terapia Ocupacional de um hospital universitário em Recife. **Processo de intervenção/acompanhamento:** As intervenções tiveram como objetivos: melhorar funções e habilidades motoras (força, alcance, coordenação motora) necessárias na alimentação e em outras ocupações onde o paciente apresentava dificuldade; e estimular a autoconfiança e a consciência de que o paciente é parte essencial do processo terapêutico. **Análise crítica da prática:** A construção do raciocínio clínico baseada no modelo biopsicossocial favorece a ampliação do olhar para a complexidade do sujeito e percepção de sua evolução. A evolução do caso não foi apenas quantitativa, mas também qualitativa, que pôde ser observada tanto pelo discurso do paciente quanto pela mudança de desempenho ocupacional. **Síntese das considerações:** O estágio obrigatório possibilitou a imersão na prática da Terapia Ocupacional, por meio da construção do raciocínio clínico e intervenção que considera o sujeito como ser integral.

Palavras-chave: Assistência Ambulatorial. Neuropatologia. Terapia Ocupacional.

Abstract

Background: Describes a case report experienced at the Occupational Therapy outpatient clinic of a university hospital in Recife. **Intervention/follow-up process:** The interventions were aimed at: improving motor functions and skills (strength, reach, motor coordination) necessary for eating and in other occupations where the patient had difficulty; and to stimulate self-confidence and awareness that it is an essential part of the therapeutic process. **Critical analysis of practice:** The construction of clinical reasoning based on the biopsychosocial model favors the expansion of the look at the subject's complexity and perception of its evolution. The evolution of the case is not only quantitative, but also qualitative, which could be observed both in the patient's speech and in his change in occupational performance. **Summary of considerations:** The mandatory internship enabled the immersion in the practice of Occupational Therapy, through the construction of clinical reasoning and intervention that considers the subject as an integral being.

Keywords: Ambulatory Care. Neuropathology. Occupational Therapy.

Resumen

Antecedentes: describe un caso clínico vivido en la consulta externa de Terapia Ocupacional de un hospital universitario em Recife. **Proceso de intervención/seguimiento:** Las intervenciones estaban dirigidas a: mejorar las funciones y habilidades motoras (fuerza, alcance, coordinación motora) necesarias para comer y en otras ocupaciones donde el paciente tenía dificultad; y estimular la autoconfianza y la conciencia de que es parte esencial del proceso terapéutico. **Análisis crítico de la práctica:** La construcción del razonamiento clínico a partir del modelo biopsicossocial favorece la ampliación de la mirada sobre la complejidad del sujeto y la percepción de su evolución. La evolución del caso no es solo cuantitativa, sino también cualitativa, lo que se pudo observar tanto en el habla del paciente como en su cambio en el desempeño ocupacional. **Resumen de consideraciones:** La pasantía obligatoria permitió la inmersión en la práctica de la Terapia Ocupacional, mediante la construcción del razonamiento clínico y la intervención que considera al sujeto como un ser integral.

Palabras clave: Atención Ambulatoria. Neuropatología. Terapia Ocupacional.

Como Citar:

Oliveira, M.G.C., Belo, A.C., Barbosa, I.G.N. & Facundes, V.L.D. (2023). Intervenção terapêutica ocupacional em paciente com mielorradiculopatia: relato de caso em estágio obrigatório. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 7(2), 1810-1816. DOI: 10.47222/2526-3544.rbto50168

1. Contextualização:

Descreve relato de caso vivenciado no ambulatório de Terapia Ocupacional, com foco em reabilitação física, de um hospital universitário em Recife/PE. A experiência ocorreu em 9 encontros de 1 hora, durante a realização do estágio obrigatório 1 de uma graduanda em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

2. Processo de Intervenção/acompanhamento:

O estágio supervisionado 1 do curso de Terapia Ocupacional na UFPE conta com carga horária de 420 horas práticas, onde graduandos acompanham diversos campos de atuação da profissão, inclusive os ambulatórios hospitalares. No contexto do presente relato, os pacientes são encaminhados de setores do próprio hospital ou de outros serviços da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). São avaliados e, caso tenham algum prejuízo nas habilidades motoras que dificultem a realização de suas ocupações, são assistidos semanalmente no ambulatório. O processo de intervenção no caso descrito ocorreu com um paciente encaminhado da triagem multidisciplinar, realizada semanalmente pela Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia do próprio hospital.

Durante a anamnese e avaliação, foram coletadas informações que serão apresentadas para melhor compreensão do caso. J.P., sexo masculino, 28 anos, reside no município de Jaboatão dos Guararapes com a mãe, grau de escolaridade Ensino Médio completo, religião católica. Não trabalha, é assistido pelo benefício de Prestação Continuada (BPC) e foi diagnosticado com Mielorradiculopatia e denervação crônica muscular nos miótomos L2, L3, L4, L5 e S1, bilateralmente, além de ter como comorbidades: bexiga neurogênica, Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Com relação às funções e habilidades motoras, observou-se que o paciente tem seu lado direito como dominante, dinamometria 4Kg/F no Membro Superior Direito (MSD) e 21Kg/F no Membro Superior Esquerdo (MSE), além de alteração na Amplitude de Movimento (ADM) em ambos os lados, que dificulta a realização de ocupações como alimentação, escrita, autocuidado e vestir/despir. Com relação à sensibilidade, ele relata dor constante nos Membros Inferiores (MMII) e tronco que influencia diretamente na mobilidade funcional e indiretamente nas ocupações supracitadas.

Quanto às funções mentais e habilidades processuais, no momento da avaliação, o paciente estava consciente, porém com desorientação temporal, hipotímico, relatando sono alterado em decorrência das medicações. Os instrumentos de avaliação utilizados no ambulatório, inclusive no caso em questão, foram: a Medida de Independência Funcional (MIF), Mini Exame de Estado Mental (Mini Mental), Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e o Instrumento de avaliação de qualidade de vida *The World Health Organization Quality of Life* na versão reduzida (WHOQOL-bref). As respectivas pontuações obtidas estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Pontuações/resultados dos instrumentos de avaliação utilizados no ambulatório.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO/RESULTADO
Medida de Independência Funcional (MIF)	79 (dependência modificada - assistência em até 25% da tarefa)
Mini Exame de Estado Mental (Mini Mental)	17 (perda cognitiva moderada)
Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	14 (indica depressão severa)
The World Health Organization Quality of Life - bref (WHOQOL-bref)	físico (1,7 - necessita melhorar)
	psicológico (1,5 - necessita melhorar)
	relações sociais (3,3 - regular)
	meio ambiente (3 - regular)

Fonte: autoras.

A MIF mensura quantitativamente a capacidade do indivíduo para realizar suas atividades básicas diárias. O valor obtido no caso foi 79, indicando que o paciente consegue realizar 75% das atividades sozinho, necessitando de auxílio mínimo para concluí-la. Não significa que isso aconteça em todas as atividades ou em todos os contextos, mas tais informações norteiam o terapeuta ocupacional na construção da intervenção. Já no Mini Mental, que observa funções mentais, obteve-se a pontuação 17, indicando perda cognitiva moderada, de acordo com o nível de escolaridade que J.P possui. Vale ressaltar que esta avaliação apenas rastreia possíveis sinais de comprometimento cognitivo, mas não traz informações detalhadas. O mesmo pode-se dizer a respeito da GDS, com pontuação 14, que não se refere a um diagnóstico de depressão, mas apenas localiza possíveis indícios. Por fim, o Whooolqol-breef mensura o nível de qualidade de vida do paciente, que obteve os resultados "necessita melhorar" e "regular". Pôde-se observar que estes resultados também estavam presentes na entrevista inicial do paciente, que relatou insatisfação com sua qualidade de vida, principalmente por conta das dores.

Além dos dados sócio-demográficos e avaliações padronizadas, foram colhidas informações acerca de dificuldades, potencialidades e expectativas com relação à Terapia Ocupacional, bem como as relações interpessoais e interação com o ambiente onde o paciente vive. J.P. era assíduo e participativo, mesmo com dor ou desânimo, vinha sempre com curiosidade e ansiedade para saber qual seria a proposta do dia e se superar. Questionava as terapeutas quando encontrava dúvidas sobre os objetivos da atividade ou sobre as orientações para o domicílio, além de mostrar-se disposto desde o início a criar vínculo com a equipe. Compartilhou que, esporadicamente, recebe visita e ajuda de um dos irmãos mais velhos, com quem tem conflitos religiosos, decorrentes da divergência de crenças e que é acentuado com o relacionamento homoafetivo do paciente. Além disso, relatou que não faz atividades de lazer, diminuiu

sua volição em decorrência do luto após a morte do irmão mais novo e ainda se sente envergonhado ao frequentar lugares públicos e ouvir comentários negativos.

Plano de intervenção

Após a coleta de informações, foram traçados meta e objetivos a serem trabalhados nas sessões, a partir das demandas trazidas pelo paciente e de acordo com os dados colhidos na avaliação terapêutica ocupacional. Como meta, estipulou-se: Fazer as 3 refeições principais com segurança e tempo adequado. A ocupação alimentação foi escolhida a partir do próprio relato do paciente, que se sentia inseguro ao realizar as refeições e comia rapidamente por conta da dificuldade no braço dominante e por medo de não conseguir realizar toda a atividade de uma vez ou ter crise convulsiva no momento. Os objetivos foram: melhorar funções e habilidades do desempenho motor como: força e ADM dos MMSS, sustentação, alcance, coordenação motora fina, destreza manual, prensão e pinça, que são necessárias não apenas na ocupação em foco (alimentação), mas também nas outras em que J.P apresentava dificuldade. Outro objetivo foi facilitar o processo de criação de vínculo, autoconfiança e autoestima do paciente, para que ele tivesse consciência de que é parte essencial do processo terapêutico e consequentemente se engajasse nas atividades propostas.

Planejamento das atividades

Inicialmente, a atividade proposta foi de avaliação observacional, onde a equipe identificava as dificuldades do paciente ao visualizar a execução da atividade realizada por ele. Assim, identificou-se que a hipotonia e rápida fadiga muscular do membro superior direito, associada à dor constante e generalizada, eram fatores que causavam insegurança e aflição iniciais. Além disso, percebeu-se que os conflitos no relacionamento afetivo ou familiar, alteravam o estado de humor de J.P e consequentemente alterava seu engajamento e capacidade para executar as tarefas. Por isso, era sempre necessária uma escuta ampliada e acolhimento de suas demandas emocionais, para em seguida direcioná-lo para a proposta do dia. Após acolhimento, era perceptível maior engajamento e satisfação na atividade. Com transferências, prensão ou manipulação de objetos, as cinesioatividades aconteciam como forma de trabalhar as habilidades necessárias para alcançar a meta e para inserir orientações e técnicas de conservação de energia que poderiam ajudá-lo na rotina, além de favorecer a percepção de J.P de que, mesmo com limitações, ele poderia ter independência em suas ocupações. Também foram propostas atividades com temáticas natalinas, pois além da proximidade da época, enfeitar a casa era uma atividade significativa para J.P e ele havia deixado de realizar em decorrência de suas limitações. A associação da atividade a recursos sensoriais também foi essencial durante o atendimento, para proporcionar alívio subjetivo da dor e trazer mais conforto ao paciente. Alguns desses recursos foram música (estímulo auditivo) e bacia com água morna e bolas de silicone (estímulo tátil).

Evolução do paciente

Ao chegar no ambulatório, J.P tinha um discurso negativo, poliqueixoso, com ideação suicida. Foi encaminhado para avaliação, mas não conhecia a Terapia Ocupacional e por isso não demonstrava interesse no início das sessões. Ao longo dos encontros e com criação de vínculo, o paciente sentiu-se acolhido e começou a compartilhar outras questões de sua vida que interferiam nos atendimentos. Sempre era perguntado a J.P. seu nível de dor, com a Escala Visual Analógica (EVA), e algumas vezes a dor permanecia igual do início ao fim do atendimento, que geralmente era 8 ou 9. Posteriormente observou-se que os recursos sensoriais influenciavam positivamente e muitas vezes diminuía o valor da EVA, passando de 9/8 para 6/5. Outras vezes, mesmo sem melhora de dor, o paciente relatava satisfação com a atividade, sentimento de felicidade em ter saído de casa e desejo de continuar a terapia. Relatou que sentiu-se motivado a praticar o autocuidado frequentemente, cuidando dos cabelos e das unhas, além de querer voltar a realizar uma atividade significativa que era ornamentar a casa para o natal, mesmo com adaptações. Conseguiu reconhecer seu processo de evolução durante os meses de acompanhamento e demonstrou ter consciência de que fez parte desse processo.

Aprendizado da prática clínica terapêutica ocupacional na graduação

O estágio obrigatório segue um ritmo diferente de exigências do aluno. No contato inicial com o paciente, a estagiária encontrou diversos desafios não só na construção do plano de tratamento, mas na relação entre terapeuta e paciente. Ao perceber que J.P. não possuía apenas demandas funcionais, foi necessário ampliar o olhar para todas as questões que envolviam a individualidade, para colocar em prática as questões aprendidas sobre cuidado integral, ainda nas disciplinas curriculares. As discussões com a equipe de Terapia Ocupacional do hospital foram essenciais para o planejamento das atividades, bem como no manejo do paciente. Ao final da experiência do estágio obrigatório, foi possível perceber não apenas a evolução do paciente, mas também da estagiária, ao sentir mais segurança e apropriação da prática terapêutica ocupacional.

3. Análise crítica da prática

Nas atividades do estágio, inclusive na construção do plano de tratamento, o graduando tem a oportunidade de pensar crítico-reflexivamente sobre as necessidades do paciente e que direcionamento tomar nas intervenções. Essa prática já deve começar nas aulas da graduação, fazendo o aluno problematizar e fazer indagações não só acerca da postura profissional, mas do serviço e do grupo de trabalho. Isso permite crescimento profissional e pessoal ao graduando, além da aquisição de valores éticos e deontológicos (Barba et al, 2012).

Com relação às atividades terapêuticas, Samea (2008) apud Figueiroa et al (2020) afirma que o planejamento das atividades "são instrumentos de intervenção em Terapia Ocupacional". As atividades e ocupações em que os indivíduos estão envolvidos são reflexos da singularidade deles, bem como de suas relações interpessoais, hábitos e papéis ocupacionais. Por isso, o terapeuta ocupacional usa tais recursos como instrumento de habilitação ou reabilitação para as necessidades do sujeito (Figueiredo et

al, 2020). Vale ressaltar que é preciso considerar fatores ambientais, emocionais e atitudinais, pois a atividade sozinha não tem caráter terapêutico, é preciso associá-la à interação entre terapeuta e paciente, que trazem suas expectativas e contribuições para o setting terapêutico (Felix; Lima, 2020).

A postura ativa do graduando durante o percurso do estágio permite uma aprendizagem mais efetiva, além de prepará-lo, na técnica e na postura ética, para o mercado de trabalho (Pastore, 2018). Beutel, Lourenço e Marcolino (2017) trazem em seu trabalho que a supervisão de estágio traz como benefícios ao estudante maior segurança na atuação, aprofundamento dos referenciais teóricos para a efetuação de técnicas e procedimentos no estágio, bem como o compartilhamento de questionamentos e receios com seus supervisores.

A construção do raciocínio clínico baseada no modelo biopsicossocial favorece a ampliação do olhar para a complexidade do sujeito e percepção de sua evolução. Essa evolução não apenas quantitativa, mas também qualitativa, que pode ser trazida tanto pelo discurso do paciente quanto pela sua mudança na autopercepção, no desempenho ocupacional e relação com seu meio. Esses frutos só são possíveis quando se olha além do diagnóstico clínico e limitações encontradas do sujeito. Isso prepara o profissional em formação para o cuidado integral e efetivo (Vasconcelos et al, 2021).

4. Síntese de considerações

O estágio obrigatório possibilitou a imersão na prática da Terapia Ocupacional, por meio da construção do raciocínio clínico e intervenção que considera o sujeito como ser integral, com demandas não apenas físicas, mas biopsicossociais que interferem na satisfação, no desempenho de suas ocupações e merecem atenção do terapeuta ocupacional.

Referências

Barba, P.C.S.D. Silva, R.F. Joaquim, R.H.V.T. Brito, C.M.D. (2012). Formação inovadora em Terapia Ocupacional. *Comunicação saúde educação*, 16(42):829-42.

<https://www.scielo.br/j/icse/a/WHZg6PqbJP7gmVrNg5Fc6gc/?lang=pt&format=pdf>

Beutel, P.S., Lourenço, G.F., Marcolino, T.Q. (2017). Ensino e aprendizagem da prática profissional: o caso dos supervisores de estágio do curso de graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*, 28(1):27-35. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i1p27-35>

Felix, J.B., Lima, A.C.D. (2020). Perspectivas sobre o uso da análise da atividade na Terapia Ocupacional: um estudo com preceptores. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.*, 4(6): 933-949. <http://dx.doi.org/10.47222/2526-3544.rbto35442>

Figueiredo, M.O., Gomes, L.D., Silva, C.R, Martinez, C.M.S. (2020). A ocupação e a atividade humana em terapia ocupacional: revisão de escopo na literatura nacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup*, 28(3):967-982. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1858>

Pastore, M.D.N. (2018). Processos de formação e cenários de ensino-aprendizagem: discussão sobre práticas em saúde e educação em serviço no curso de graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 26(2):431-441. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1072>

Vasconcelos, C.R, Ferreira, A.I.S., Nascimento, M.J.G., Lima, M.M.A., Cavalcanti, M.M.J., Melo, P.V.S. (2021). Modelo biopsicossocial como norteador do raciocínio clínico: relato de experiência. *Revista CIF Brasil*, 13(1):5-19. <https://doi.org/10.4322/CIFBRASIL.2021.003>

Contribuição das autoras: M. G. C. O. foi responsável pela elaboração do texto, coleta de dados, formatação e revisão do texto. A. C. B. foi responsável pela coleta dos dados e orientação do trabalho. V. L. D. F. foi responsável pela orientação do trabalho, análise dos dados e revisão do texto.

Recebido em: 11/02/2022

Aceito em: 19/09/2022

Publicado em: 27/05/2023

Editor: Franciso Nilton Oliveira