



ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM UM PACIENTE COM DEFICIT PERCEPTUAL: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Viviana Furlanetto Manduca Schneider^a, Caren Molon^b, Tânia Rudnicki^c, Renata D`Agostini Nicolini-Panisson^d

^a Acadêmica egressa do curso de Psicologia e membro do Projeto de Pesquisa em Reabilitação; Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG); vivifurlanetto_m@hotmail.com

^b Acadêmica do Projeto de Pesquisa em Reabilitação do curso de Fisioterapia; Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG); ca.luana@hotmail.com

^c Psicóloga Doutora em Psicologia. Professora nos Cursos de Graduação e Pós-graduação em Psicologia no Centro Universitário da Serra Gaúcha – FSG. Endereço eletrônico: tania.rudnicki@gmail.com

^d Professora Doutora e Coordenadora do Projeto de Pesquisa em Reabilitação, do Curso de Fisioterapia; Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG); renata.panison@fsg.br

Informações de Submissão

Autor Correspondente Renata D`Agostini Nicolini-Panisson, renata.panison@fsg.br; endereço: Rua Os Dezoito do Forte, 2366 Curso de Fisioterapia- Caxias do Sul - RS - CEP: 95020-472

Palavras-chave:

Meningite; Transtornos de Percepção; Fisioterapia; Psicologia.

Resumo

Introdução: Distúrbios dos gânglios da base acarretam em manifestações clínicas desafiadoras para a equipe de reabilitação. Os déficits perceptuais, descritos na literatura como os sintomas que não são diretamente visíveis, são difíceis de serem reconhecidos e requerem tratamento interdisciplinar específico. **Metodologia:** Trata-se de um relato de uma experiência clínica de uma intervenção interdisciplinar realizada de março de 2016 a dezembro de 2017 com fisioterapia e psicologia em um paciente com déficit perceptual, com lesão nos gânglios da base, como consequência de uma meningite. **Objetivos:** Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo relatar o caso clínico de uma intervenção interdisciplinar com fisioterapia e psicologia em um paciente com déficit perceptual, com lesão nos gânglios da base, como consequência de uma meningite. **Resultados:** A atuação interdisciplinar da fisioterapia e psicologia promoveu resultados positivos na reabilitação do paciente relatado.

1 INTRODUÇÃO

Distúrbios dos gânglios da base acarretam em manifestações clínicas desafiadoras para a equipe de reabilitação. Os déficits perceptuais, descritos na literatura como os sintomas que não são diretamente visíveis, são difíceis de serem reconhecidos e requerem tratamento interdisciplinar específico.

Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo relatar a experiência de uma intervenção interdisciplinar com fisioterapia e psicologia em um paciente com déficit perceptual, com lesão nos gânglios da base, como consequência de uma meningite.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os gânglios da base são responsáveis pela execução de padrões de atividade motora, controle cognitivo das sequências de padrões motores e também auxiliam na cronologia e gradação da intensidade de movimentos. As manifestações clínicas de lesões dos gânglios da base podem ser classificadas em síndrome hipocinética (bradicinesia, hipertonía plástica, tremor de repouso de baixa frequência e elevada amplitude, e instabilidade postural) ou síndrome hiperkinética (coréia, balismo, distonia e atetose) (GODEIRO JÚNIOR, FELÍCIO e PRADO, 2006). Os circuitos entre córtex, gânglios da base e o tálamo são importantes para os mecanismos corticais complexos de percepção, estimulação e cognição (PAWLOWSKI et al., 2013).

O déficit perceptual é caracterizado como uma alteração de percepção de um corpo inteiro, e não apenas uma metade. Dentre as possíveis manifestações clínicas, podemos encontrar: hipertonía, hiperatividade e reações excessivamente rápidas à estímulos, explicações não convincentes para tarefas fracassadas, entre outras. (DAVIES, 2008). Diversas lesões neurológicas podem levar a lesões nos gânglios da base, principais estruturas cerebrais responsáveis pelos déficits perceptuais. Entre elas, destaca-se nesta pesquisa as meningites.

As meningites são descritas como inflamação nas meninges, podem ocorrer por causa viral ou bacteriana (mais severa). (DORSETT, LIANG, 2016). O padrão ouro de diagnóstico desta patologia é através do exame do fluido cerebrospinal, através da punção lombar. (MCGILL, et al., 2016). A fisiopatologia da meningite bacteriana ainda tem muitos aspectos a serem observados, porém, existem quatro processos básicos para a aquisição da doença: colonização, invasão da bactéria na corrente sanguínea, sobrevivência da mesma na corrente sanguínea e entrada no espaço subaracnóideo. A posterior inflamação e consequências

nerológicas são causadas por uma combinação de fatores bacterianos e hospedeiro. (MCGILL, et al., 2016). Pode-se observar como sequelas da meningite associadas à lesão de gânglios da base: bradicinesia, ataxia e disartria. (SCOTT, HASAL, GOEZ, 2012). Além destas, pode-se apresentar perda do membro, sepse, empiema subdural, distúrbios do sono, hidrocefalia, convulsões e demais sequelas neurológicas. (MCGILL et al., 2016).

No Brasil, no período de 2007 à 2013 foram diagnosticadas 155.703 casos de meningite. Durante este período pode-se observar uma queda na taxa de diagnósticos e também da mortalidade pela patologia. A doença também apresenta alta incidência em adultos da faixa etária de 20 à 59 anos, No início da fase adulta a incidência tende a aumentar pois se finda o prazo de imunização da vacina, e no período da senilidade a aquisição da patologia se dá à diminuição do sistema imunológico. Porém, a faixa etária que ainda predomina é a infância. (RODRIGUES, 2015). A fisioterapia nos déficits perceptuais envolve o treino do planejamento motor, com o uso de pistas externas, desenvolvimento de estratégias para resolução de problemas. Entretanto, estes pacientes apresentam alterações emocionais associadas e a interação com a equipe da psicologia é fundamental.

A Psicologia atua nas diversas situações onde existem interações pessoais e no tratamento de questões que envolvem as relações, nas mais variadas áreas de atividades. Psicólogos oferecem seus serviços no apoio aos pacientes com sequelas físicas e emocionais que passaram por procedimentos médicos, especialmente aqueles que sofreram algum tipo de trauma ou se encontram no pré-operatório ou pós-operatório (MARINHO; FIORELLI, 2005). Os autores seguem trazendo que o fisioterapeuta pode identificar situações capazes de propiciar determinadas lesões e indicar medidas que previnam ou que corrijam. A conjugação de técnicas psicoterapêuticas e fisioterapêuticas contribuem para auxílio mútuo dos resultados. O trabalho em conjunto entre fisioterapeuta e psicólogo possibilita criar um clima imensamente satisfatório do ponto de vista do bem-estar físico e mental. As técnicas psicológicas enriquecem o trabalho, proporcionando às pessoas, dentro dos seus limites, praticarem e desenvolverem a criatividade e ou aumentarem a capacidade de conviver com períodos de monotonia.

Os profissionais de Psicologia e Fisioterapia são solicitados a intervir em locais como, casas de repouso, clínicas geriátrica, clínicas de dor entre outros. As limitações desses pacientes são geralmente descritas pela presença de transtornos mentais, físicos, dificuldade

de adesão aos tratamentos, assim se fazendo necessária a presença de ambos os profissionais (MARINHO; FIORELLI, 2005)

A relação terapêutica é peça fundamental para obtenção do resultado almejado pela psicoterapia. Ao iniciar um atendimento psicológico, o paciente chega repleto de medos, angústias, com muito receio de demonstrar suas atitudes, pois não sabe o que vai encontrar ali. O psicoterapeuta, neste momento, deve se apresentar de forma empática, o mais acolhedor possível, para que, a parti daí se estabeleça o início da relação (SILVARES; GONGORA, 1998).

Shinohara (2000), ressalta que o trabalho colaborativo da relação psicoterapêutica facilita na aplicação de técnicas que poderão vir a serem utilizadas no decorrer dos atendimentos psicoterápicos. A autora afirma ainda que a relação terapêutica permite o desenvolvimento de relações interpessoais mais saudáveis.

Sabe-se que teorias e técnicas são necessários para se ter sucesso na psicoterapia, mas não é o suficiente, torna-se preciso que o terapeuta tenha habilidades em levar o cliente a participar do processo terapêutico como um todo e isso ocorrerá através de um bom relacionamento. Para isso, é importante que o terapeuta invista, desde o início do processo, na formação de uma relação terapêutica bem estabelecida (KOHLEMBERG; TSAI, 2001).

Sendo assim, a partir de uma relação terapêutica estabelecida é possível dar início a inclusão das técnicas. Para Beck (2013), em suas experiências clínicas foi possível verificar que o que se evidenciava nas doenças psiquiátricas como a depressão e a ansiedade advinham de transtornos dos pensamentos. E assim, seus pensamentos refletiam em suas interpretações, e então apontando essas interpretações distorcidas e auxiliando a formular novas possibilidades foi possível ter uma redução dos sintomas. Desta forma se deu o treinamento para auxiliar na melhora dos sintomas. Com o avanço das pesquisas a terapia cognitiva se estendeu para muitos outros tipos de transtornos como os crônicos, psíquicos e também em transtornos que necessitam de medicação como bipolar e esquizofrenia (BECK, 2013).

Em todas as formas de terapia cognitiva que foram derivadas do modelo Beck, o procedimento baseia-se tanto em uma criação cognitiva de um transtorno específico como em sua aplicação à compreensão do paciente individual. O terapeuta busca, de inúmeras formas, produzir mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente, tendo em vista promover mudança emocional e comportamental duradoura (BECK, 2013).

Ao invés de investigar questões internas ou a personalidade, a Terapia Comportamental tem como objetivo intervir diretamente no comportamento e no ambiente onde esse ocorre. Após a averiguação das causas do problema e qual a sua extensão, poderá ser feita a escolha das técnicas mais apropriada para o caso do cliente, respeitando suas características e sua realidade. (GIMARÃES, 2001)

O psicólogo avalia como o paciente está enfrentando a situação de doença e tratamento, quais seus recursos de enfrentamento disponíveis, a existência de comprometimentos emocionais advindos da doença orgânica, as condições para enfrentamento da doença, reabilitação e o prognóstico. É comum a existência de quadros depressivos devido a diversos fatores, como o grau de dependência a que os pacientes estão submetidos e à mudança de papéis que experimentam, entre outros (WRIGHT *et al*, 2012).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) prevê um relacionamento colaborativo entre terapeuta e paciente. Envolve este último para que ele se torne ativo no processo, dando ênfase ao respeito e as opiniões relatadas. Isso se torna um trabalho em equipe e desta forma se faz essencial pedir opinião e *feedback* regularmente. As conversas abertas sobre suas relações com os demais procedimentos e equipes que envolvem o tratamento, como por exemplo, visita a médicos, fisioterapeutas, utilização de medicamentos, entre outros, são fundamentais (WRIGHT *et al*, 2012).

O paciente pode interpretar sua doença de várias formas. Desse modo, a maneira como ele entende pode fazer com que surjam as crenças e pensamentos disfuncionais. Diante disso, ao identificar o modelo explicativo do paciente para sua doença, o profissional poderá compreender quais os significados atribuídos. Desta forma, o auxiliará a desenvolver uma visão mais realista quanto a sua saúde, através de questionamento socrático e também confeccionando cartão de enfrentamento (WRIGHT *et al*, 2012).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de uma experiência de uma intervenção interdisciplinar realizada no Centro Integrado de Saúde do Centro Universitário da Serra Gaúcha, no período de março de 2016 a dezembro de 2017 com fisioterapia e psicologia em um paciente com déficit perceptual, com lesão nos gânglios da base, como consequência de uma meningite.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relato de Caso

O paciente apresentou meningite por causa não identificada, em 2008, ficando internado 22 dias na UTI e 11 dias no quarto, após alta hospitalar, permaneceu acamado por um ano e após este período começou a usar cadeira de rodas para locomoção. Atualmente, apresenta déficit perceptual, marcha independente em terrenos regulares e ambientes conhecidos, marcha com auxílio de terceiros em ambientes novos e irregulares, ataxia em membros superiores, mais intensa em membro esquerdo, tremores de ação, boa amplitude de movimentos e força muscular, déficit de equilíbrio estático e dinâmico. No âmbito psicológico observou-se que o paciente apresentava um comportamento ansiogênico, baixa adesão ao tratamento fisioterapêutico, vínculo não estabelecido e pensamentos disfuncionais. O período de intervenção contou com duas seções semanais de fisioterapia, sendo uma aquática e outra solo e uma sessão semanal de atendimento psicológico baseado na Teoria Cognitivo-Comportamental. Ainda, a acadêmica da psicologia estava presente durante todos os atendimentos da fisioterapia e desta forma a atuação interdisciplinar foi reforçada.

Na fisioterapia os principais objetivos foram melhorar seu equilíbrio, promover estabilização central, melhorar marcha, melhorar coordenação motora, estimular o planejamento motor, cognitivo e a resolução de problemas, reduzir ataxia, promovendo maior independência e qualidade de vida ao paciente. (OLIVEIRA, FREITAS, 2006). O tratamento fisioterapêutico realizado no paciente foi baseado no Conceito Bobath, desafiando o paciente a resolver problemas com relação ao seu planejamento motor, trabalhando sua atenção ao obstáculo, tentando elaborar uma estratégia motora e aprimorando assim seu equilíbrio, controle de core e atividade motora. Como as atividades também eram realizadas na fisioterapia aquática, foram utilizadas condutas dos Métodos Halliwick, Bad Ragaz e Ai-Chi para adquirir os objetivos descritos acima.

Após a atuação interdisciplinar, foi possível observar melhora gradual da sua recuperação, passando a demonstrar maior confiança e se engajando nas atividades propostas, alcançando assim a adesão ao tratamento, através de um vínculo positivo com os profissionais. As mudanças cognitivas serviram de base para as modificações emocionais e comportamentais, proporcionando-lhe maior bem-estar psicológico. O paciente apresentava mais segurança para realizar o seu controle motor, conseguiu realizar atividades que não eram

possíveis antes, como deambular sem auxílio de terceiros em ambientes irregulares, dirigir e ser mais independente nas suas atividades de vida diária.

Na psicologia a relação terapêutica é peça fundamental, pois ao iniciar um atendimento psicológico, o paciente chega repleto de medos e ansiedades, com muito receio de demonstrar suas atitudes, talvez por não saber o que vai encontrar ali. O profissional, neste momento, deve se apresentar de forma empática, o mais acolhedor possível, para que a partir daí se estabeleça o início de uma relação satisfatória (SILVARES, GONGORA, 1998).

Uma das maiores dificuldades do doente crônico é a adesão ao tratamento. Esta se relaciona ao paciente cumprir a orientação do profissional da saúde. Podendo estar relacionada ao estilo de vida, utilização de medicamentos, medidas preventivas entre outros (STRAUB, 2014). Desta forma, através da interação interdisciplinar da fisioterapia e psicologia e da compreensão do caso em estudo, se observam contribuições, a partir de uma relação terapêutica satisfatória e do estabelecimento de um vínculo fortalecido, auxiliando o paciente na sua reabilitação fisioterapêutica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento interdisciplinar permite que um profissional acompanhe o trabalho do outro. É uma ótima oportunidade para que haja um considerável aprendizado sobre áreas de saberes diferentes. As decisões quanto às intervenções terapêuticas são tomadas em conjunto, levando em conta todos os aspectos do indivíduo, fortalecendo dessa forma as tomadas de decisão.

Foi possível verificar neste caso que o paciente evoluiu de forma significativa em várias áreas de sua vida, sendo a adesão ao tratamento alcançada. O trabalho em equipe e o uso da TCC, que atua através do trabalho colaborativo do paciente, foram de fundamental relevância. Através de um vínculo bastante forte, ambos profissionais se mostraram de forma empática e bastante acolhedores. O paciente alcançou os pensamentos disfuncionais que o mobilizavam durante os atendimentos fisioterapêuticos, e aos poucos, foram sendo trabalhados e alterados por pensamentos mais adaptativos, que o conduziram ao alcance de seus objetivos. Em conjunto com as técnicas de questionamento socrático, reforço positivo e treinamento motivacional.

Importante fator observado no atendimento foi a mudança no comportamento do paciente. Mostrou-se cada vez mais envolvido nas tomadas de decisões relativas à sua reabilitação, avaliando mais efetivamente o desenvolvimento das atividades.

Desta forma, conclui-se que o trabalho interdisciplinar apresentado neste relato de caso foi imprescindível para o alcance dos resultados observados. Após esta experiência clínica esta atuação interdisciplinar tornou-se permanente no setor de fisioterapia aquática do Centro Integrado de Saúde do Centro Universitário da Serra Gaúcha.

6 REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva – comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DAVIES, Patricia M. **Hemiplegia- Tratamento para pacientes após AVC e outras lesões cerebrais**. 2ª ed. 2008. Barueri- SP.

DORSETT, M.; STEPHEN. L. Diagnosis and Treatment os Central Nervous System Infections in the Eemergency Departament. **Emergency Medicine Clinics of North America**. v. 34, n. 4, p. 917-942, 2016.

GODEIRO JÚNIOR, C. O.; FELÍCIO, A. C.; PRADO, G. F. Sistema Extrapiramidal: Anatomia e Síndromes Clínicas. **Rev Neurocienc**, v.14, n. 1, p.048-051, 2006.

GUIMARÃES, Suely Sales. **Técnicas Cognitivas e Comportamentais**. In: RANGÉ, Bernard (Org.). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria**. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

KOHLNBERG, Robert J. & TSAI, Mavis. **Psicoterapia analítica funcional: criando relações terapêuticas intensas e curativas**. Santo André: ESETec, 2001.

MCGILL, F., HEYDERMAN, R. F.; PANAGIOTOU, P.; TUNKEL, A. R.; SOLOMON, T. Acute bacterial meningitis in adults. **The Lancet**, v. 388, n. 10063, p. 3036-3047, 2017.

MARINHO, Ana Paula; FIORELLI, José Osmir. **Psicologia na Fisioterapia**. Atheneu: São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, A. P. R.; FREITAS, A. M. Efeitos da intervenção fisioterapêutica nas habilidades funcionais e no equilíbrio de uma paciente com ataxia espinocerebelar: estudo de caso. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 13, n. 3, p. 53-59, 2006.

PAWLOWSKI, J.; ROSA, H. L. R. S. da; FONSECA, J. M. da; SILVA, R. B. da; AMBRÓSIO, E. G.; SOUZA, G. M. B. Avaliação da Memória de Pacientes com Lesão em

Núcleos da Base e Tálamo Pós-AVC. **Psicologia em Pesquisa**, v.7, n. 1, p. 79-88, Janeiro-Junho de 2013.

RODRIGUES, E. M. B.; **MENINGITE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA NO BRASIL NOS ANOS DE 2007 A 2013**. Brasília, UniCEUB, 2015. Centro Universitário De Brasília Faculdade De Ciências Da Educação E Saúde Graduação Em Biomedicina. 2015.

SCOTT, O.; HASAL. S.; GOEZ, H. Basal Ganglia Injury With Extrapramidal Presentation: A Complication of Meningococcal Meningitis. **Journal of Child Neurology**. v. 28, n. 11, p. 1489-1492, 2013.

SHINOHARA, Helene. **Relação terapêutica: o que sabemos sobre ela?** In: KERBAUY, Rachel Rodrigues (Org.). **Sobre comportamento e cognição: psicologia comportamental e cognitiva: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico**. Santo André: 2000. p.229-233.

SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos & GONGORA, Maura Alves Nunes. **Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças**. São Paulo: EDICON, 1998.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da Saúde: Uma abordagem biopsicossocial**. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

WRIGHT, J. H., *et al.* **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento para sessões breves: Guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2012.