

TERAPIA OCUPACIONAL NA REEDUCAÇÃO MOTORA APÓS TRANSFERÊNCIA DE TENDÃO NA LESÃO DOS NERVOS ULNAR E MEDIANO

Lúcia Helena S. Camargo Marciano

INTRODUÇÃO

A transferência de tendão é indicada para substituir a função de um músculo paralisado, com o propósito de restaurar tal função. Para isto, existem certas condições que devem estar presentes antes que os tendões possam ser transferidos com sucesso, tais como: mobilidade articular completa, treinamento do músculo escolhido para a transferência, em sua função específica, e ter força adequada para desempenhar a função desejada.

Após um músculo extrínseco ser transferido para ocupar a função de um intrínseco, o paciente deve recuperar o controle motor mediante um programa de reeducação motora. O tratamento é sujeito a muitas variáveis, como tipo de transferência e tolerância do paciente ao tratamento. Alguns necessitam de pouca orientação para fazerem a transferência funcionar; outros, no entanto, requerem mais orientação, porque fatores como ansiedade, déficit no controle motor voluntário e padrões compensatórios fixos (aprendidos após a lesão) limitam sua capacidade para ativar o movimento da transferência⁵. Por esta razão, a terapia da mão antes da transferência de tendão, e após ela, é muito importante e deve ser individualizada, de acordo com as necessidades e as capacidades do paciente.

REEDUCAÇÃO MOTORA

Após a cirurgia, a mão é imobilizada em aparelho gessado por três semanas, tempo necessário para que a cicatrização dos tendões suturados suporte o início das atividades motoras. Portanto, a reeducação motora inicia-se na 4ª semana após a cirurgia.

O programa inicial consiste em orientar o paciente a ativar a transferência, lembrando o movimento de contração isolada, realizado no pré-operatório, obtendo a posição intrínseca ou de oposição do polegar. Além dos exercícios passivos e ativos, são incluídas no programa de reeducação pós-operatória, atividades funcionais que ajudarão na recuperação da amplitude de movimento, força muscular, coordenação e automatização da transferência⁴.

No pós operatório, à medida que a atividade é repetida, o paciente aprende a usar a transferência. Quando deixar de ter controle consciente de todas as fases da atividade executada, estará formado o engrama, que representa a organização neurológica de um padrão pré-programado de atividade muscular. Uma vez formado, todas as vezes que ele for acionado, produzirá o mesmo padrão³.

O treino de habilidades inicia-se com o intento de preensão, que antecederá a fase de preensão. Caso o paciente esteja utilizando a transferência corretamente, na 6ª semana será estimulado a pegar e a soltar objetos que exigem preensões média e fina (Fig.1). Objetos que exigem preensão grossa, não serão oferecidos nas primeiras semanas, para que não ocorra um estiramento da musculatura transferida, pois a cicatrização completa do tendão suturado ocorre em torno de 6 semanas.

Os movimentos executados, nesta fase, devem ser simples e lentos, para que o paciente possa se conscientizar de todos os componentes da ação. Esse deverá ter freqüentes períodos de repouso, pois à medida que a fadiga ocorre, a capacidade de se concentrar na atividade treinada diminui e, como consequência, começam a ocorrer erros.

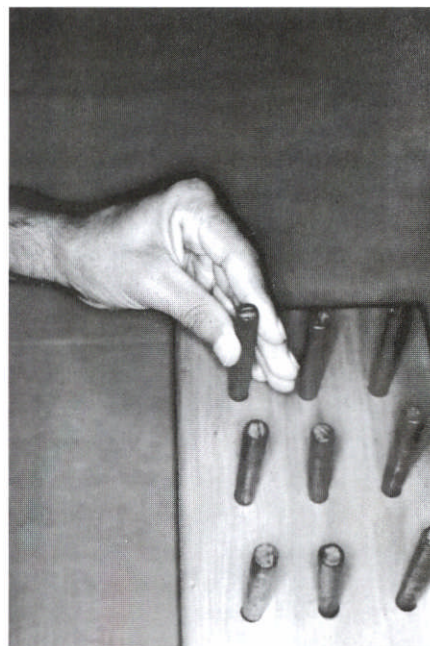


Fig. 1 - Intento de preensão, posicionando os dedos de acordo com a função das transferências, como se fosse pegar um objeto.

Na 7ª semana após a cirurgia, inicia-se uma bateria de atividades de manipulação, com o objetivo de recuperar o controle motor e desenvolver habilidades motoras, ao mesmo tempo que o uso correto da transferência é estimulado. Nesta etapa do processo de reeducação, podem-se utilizar atividades que exigem movimentos digitais puros, com pouco deslocamento manual, como encaixes com diversos grau de dificuldade, recortes a dedo; picado com punção; parafusar porcas e tampas de diversos tamanho; dobradura; enfiar clipe em um pedaço de papel (começar utilizando um clipe grande e papel grosso e ir diminuindo o tamanho do papel e do clipe); rasgar pedaço de fita adesiva (utilizá-la para colar dois pedaços de papel); enfiar contas em fio de náilon Fig.2). A indicação das atividades propostas será analisada e selecionada de acordo com a idade, sexo e cultura dos pacientes.



Fig. 2 - Recorte a dedo para fortalecer o músculo transferido, desenvolver habilidades motoras e automatizar o novo padrão de movimento.

Os treinos da coordenação manual, agilidade e força são indispensáveis para a aquisição de habilidades para atividades: vestir-se, alimentar-se, escrever, utilizar utensílios além de outras — manipulativas - essenciais no cotidiano do paciente.

Na 8ª semana, o treinamento abrange as atividades de vestuário, alimentação e escrita. Em relação às de vestuário, o treino compreende manipulação de botões, colchetes, zíperes, laços, fivelas. A manipulação de botões inicia-se com o maior e, à medida que se desenvolve mais habilidade, passa-se ao manuseio de botões de tamanho médio e pequeno (Fig.3). O mesmo procedimento ocorre em relação ao manuseio de colchetes. Abrir o zíper é mais fácil que fechá-lo, e essa habilidade pode ser utilizada como introdução ao manuseio do zíper. A preensão para manusear o zíper pode ser insuficiente. Neste caso, é preciso adaptar o fecho, aumentando a área de apoio. Com a melhora da função, a preensão normal é restabelecida.

Na alimentação, treina-se a manipulação de talheres, xícara e copo (Fig.4). O paciente será treinado a manipular a colher e o garfo, transferindo, inicialmente, substâncias de um recipiente para outro, depois levando os talheres até à boca. Quanto ao manuseio da faca, o treino será iniciado solicitando-se ao paciente que corte ali-

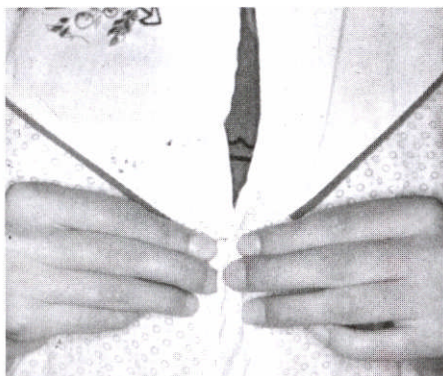


Fig. 3 - Manuseio de botões para fortalecer o músculo transferido, desenvolver habilidades motoras nas atividades de vestuário e automatizar o novo padrão de movimento.

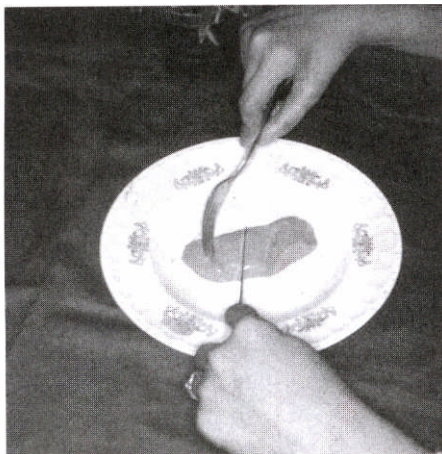


Fig. 4 - Manuseio de talheres para fortalecer o músculo transferido, desenvolver habilidades motoras nas atividades de alimentação e automatizar o novo padrão de movimento.

mentos macios. Quando tiver desenvolvido um bom controle com a faca, serão introduzidos alimentos mais difíceis de cortar. Em relação ao manuseio da xícara e copo, o paciente será treinado a levá-los, inicialmente vazios, até à boca. Após conseguir isto, será orientado a repetir o treino, utilizando líquidos no interior do recipiente.

O treino da escrita compreende exercícios gráficos, desenho e pintura (Fig.5). Conforme a coordenação dinâmica manual se desenvolve, o paciente é estimulado a escrever cartas aos seus familiares como parte do treinamento.

A habilidade para executar um movimento requer a ação de diversos grupos musculares, atuando em papéis diferentes, coordenados de tal forma que ocorra um desempenho habilidoso com o mínimo de esforço.

A coordenação é auxiliada pelo sentido cinestésico do tato e pela visão². A correção do padrão preensor, quando há o déficit sensitivo, não devolve ao paciente a mesma destreza e agilidade que tinha antes da lesão. Com o déficit sensitivo, as atividades de vida diária e as de trabalho não serão executadas com a mesma precisão e velocidade, pois ele não tem a informação consciente e subconsciente sobre o seu desempenho. Segundo ABREU¹, a mão desprovida de sensibilidade é uma "mão cega". Estas dificuldades podem ser minimizadas estimulando-se o paciente a substituir a percepção do tato pela visão, aspecto trabalhado durante o desenvolvimento do programa de reeducação motora.

Apesar de a cirurgia reparadora e reeducação motora mudarem o padrão preensor, o paciente que não pratica as técnicas de prevenção de incapacidades estará sujeito ao agravamento de suas deformidades. Desta forma, é imprescindível que, em programa cirúrgico, ele tenha assimilado os conhecimentos e as técnicas de prevenção de incapacidades.



Fig. 5 - Treino da escrita para desenvolver a coordenação dinâmica manual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ABREU, L.B. A mão na comunicação, no gesto, na mímica, nas artes e na suplência de órgãos dos sentidos. In: **Pronto atendimento de acidentados de mão: considerações gerais, normas de atendimento**. São Paulo: Imesp, 1993. P 39 — 43
- 2 HOLLE, B. Desenvolvimento motor na criança. In: **Desenvolvimento motor na criança normal e retardada**. São Paulo: Manole, 1979.
- 3 KOTTKE, E. Exercício terapêutico para desenvolvimento da coordenação neuromuscular. In: Kottke, F., Lehmann, J. E **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. São Paulo: Manóie, 1994. P. 439-465.
- 4 MARCIANO, L. II. S. C., BACCARELLI, R. Terapia Ocupacional em cirurgia de mão. In: **Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase**. Greenville: ALM, 1997. P 257-265.
- 5 TOTH, S. Therapist's management of tendon transfers. **Hand clinics**. v. 2, n.1, p.239-246, 1986.