

## RELATO DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO PÓS TRAUMATISMO CRÂNIOENCEFÁLICO EM JOVEM MOTOCICLISTA NO MUNICÍPIO DE MINEIROS GOIÁS NO ANO DE 2012

Noeli Pagani<sup>1</sup>, Fernando Júnio Salvador<sup>2</sup>; Camila Melo Araujo de Moura<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Mineirense (FAMA), Mestre em Ciências da Saúde (UnB), Mineiros-GO

<sup>2</sup>Fisioterapeuta, Faculdade Mineirense (FAMA)

<sup>3</sup>Nutricionista, Mestre em Ciência dos Alimentos (UFG), Brasília-DF

## RESUMO

O Brasil vem se destacando como um dos países com maior incidência de acidentes motociclístico, devido principalmente ao aumento da frota de veículos. O presente estudo teve como objetivo avaliar o estado clínico do paciente durante o tratamento fisioterapêutico, visando os aspectos clínicos de um traumatismo crânioencefálico e sua reinserção pós-acidente. Trata-se de um relato de caso de caráter retrospectivo realizado através de uma amostra de conveniência, que foi realizado no município de Mineiros-GO, no serviço de Fisioterapia que acontece no âmbito domiciliar no estágio curricular de PSF da Faculdade FAMA. Os dados foram coletados no arquivo morto da Policlínica-FAMA e transcritos em uma ficha para assim evitar interpretações. Foram realizadas cinquenta e oito sessões de fisioterapia domiciliar, o paciente apresentava-se confuso, agitado, não coordenava os movimentos, pouco colaborativo, não tinha marcha e também não permanecia sentado por tempo prolongado. Paciente durante o primeiro mês utilizou colar cervical. O mesmo apresentou melhora após a terceira sessão, sua recuperação foi gradativa e devido a este fato o tratamento foi progredindo. Sendo assim, a fisioterapia teve a função de diminuir os riscos e as complicações e acelerou a sua alta fisioterapêutica. Assim o mesmo foi recolocado no âmbito social em que vivia e reinserido em suas AVDs e em seu ambiente de trabalho.

**Palavras chaves:** TCE, Acidentes de Trânsito, Saúde Pública.

## ABSTRACT

The Brazil has been standing out as one of the countries with the highest incidence of motorcycle accidents, mainly due to the increase of the fleet of vehicles. The objective of the present study was to assess the clinical status of the patient during the physiotherapeutic treatment, aiming at the clinical aspects of a traumatism brain and their reintegration postaccident. This is a case report of retrospective character carried out by means of a convenience sample, which was conducted in the municipality of Mineiros-GO, in the Department of Physiotherapy that happens in the domiciliary in curricular training of PSF of the Faculty FAMA. The data were collected in the archive file of the Polyclinic-FAMA and transcribed in a connector to avoid interpretations. There were fifty-eight sessions of physical therapy at home, the patient was confused, agitated, not coordinated movements, little collaborative, had no gear is also not remained seated for a long time. Patient during the first month we used cervical collars. The same showed improvement after the third session, its recovery was gradual and due to this fact the treatment was progressing. Thus, the physical therapy had the function of reducing the risks and complications and accelerated its high physiotherapy. Thus, the same was placed back in the social context in which he lived, and reinserted into their AVDs and in your work environment.

**Key Words:** TCE, traffic accidents, public health.

## INTRODUÇÃO

Atualmente tem se falado muito em acidentes de trânsito e suas vítimas. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o “acidente é todo acontecimento acidental que determina uma lesão reconhecível e constitui, atualmente, importante problema de saúde pública pela sua incidência e repercussões” [1].

O Brasil encontra-se entre os líderes no mundo em acidentes de trânsito, isso é reflexo da grande quantidade de veículos no tráfego, da desordem do trânsito, da carência geral de policiamento, das condições dos veículos, da conduta dos usuários e da impunidade dos transgressores. Observa-se, nos últimos anos, um aumento crescente no número de acidentes envolvendo motocicletas, veículo este que vem ganhando, cada vez mais, a aceitação da população, por ser um veículo ágil, econômico e de preço acessível [2]. O trânsito no Brasil é considerado um dos mais perigosos do mundo, apresentando índice de um acidente para cada lote de 410 veículos em circulação, enquanto esse índice na Suécia é de um para 21.400 veículos [3].

Resultados de estudos realizados anteriormente têm mostrado que a proporção de feridos em acidentes de motocicleta é bem maior que naqueles envolvidos em acidentes de trânsito com outro veículo a motor. Além disso, os motociclistas e pedestres destacam-se como as vítimas mais graves dos acidentes de trânsito [2].

Uma vez que estes usuários estão mais suscetíveis aos acidentes e apresentam um dos traumas mais frequentes em pacientes hospitalizados se dá pelo traumatismo crânioencefálico (TCE), que consiste em uma agredção ao cérebro, causado por uma força externa, que pode produzir uma lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo [4]. Entre as diversas causas do traumatismo crânioencefálico (TCE), as principais podem ser agrupadas entre os acidentes com meios de transporte, agressões físicas (com ou sem o uso de armas) e as quedas [5,6]. Em função das morbidades e incapacidades geradas, há um alto custo com a recuperação, além de muitas vezes comprometer a qualidade de vida das vítimas e de seus familiares [4,7]. A fisioterapia é de grande importância para tratamento de vítimas de traumatismo crânio encefálico, seu tratamento deve ser de forma global, visando assim, o alcance do grau de funcionalidade esperado para cada nível cognitivo e prognóstico, estabelecendo a reinserção social destes indivíduos [8]. Esta pesquisa visa proporcionar dados que possam contribuir para o tratamento e para a prevenção dos neurotraumas, causados por TCE relacionados com acidentes

motociclísticos, no Município de Mineiros - GO. Foram preponderantes as razões pessoais para a escolha deste tema, tendo em vista ser de interesse dos pesquisadores.

Assim, a finalidade deste estudo consiste em descrever os aspectos clínicos e o procedimento de tratamento fisioterapêutico em um jovem acometido por traumatismo crânioencefálico, atendido no Programa de Saúde da Família (PSF). O presente estudo teve como objetivo avaliar o estado clínico do paciente durante o tratamento fisioterapêutico, visando os aspectos clínicos de um traumatismo crânioencefálico e sua reinserção pós-acidente.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil, no decorrer dos anos, foi crescendo e se destacando entre os campeões mundiais de acidentes de trânsito. Isso ocorre devido ao grande número de veículos em circulação, má organização de trânsito, deficiência geral de fiscalização, más condições dos veículos, falta de instrução e mau comportamento dos usuários e da impunidade dos infratores. Nas últimas décadas, nos acidentes de trânsito, houve um aumento gradativo em seu número e em torno de motocicletas, o próprio veículo que vem ganhando, cada vez mais, a aprovação dos brasileiros [2].

O crescente aumento do número de veículos da frota de motocicletas como meio de trabalho, por ser ágil, econômico e de custo reduzido, também tem sido um fator que contribui para a manutenção das elevadas taxas de acidentes de trânsito [9].

A vulnerabilidade do usuário de moto tem sido demonstrada pelo número de acidentes envolvendo esse tipo de veículo. No impacto dos acidentes de motocicleta, com frequência há ocorrência de um choque desigual com veículos de maior porte. Por outro lado, há que se considerar que o motociclista não tem a estrutura do veículo para protegê-lo, absorvendo toda a energia do impacto e sendo comumente projetado à distância. Pelas próprias características do veículo, os motociclistas, muitas vezes jovens e em idade produtiva, estão constantemente propensos e sujeitos a adquirirem lesões que podem provocar a morte ou mesmo limitar, temporária ou definitivamente, o desenvolvimento de suas atividades diárias, com sério comprometimento no retorno a sua produtividade [9].

Dos acidentes envolvendo motocicletas, Oliveira [2] descreve que este tipo de veículo representa para a grande parte dos motociclistas liberdade, emoção, adrenalina, aventura e desafios. Dessa forma, seus condutores cultuam como ato heróico e transgressão das leis de trânsito, correndo riscos, superando desafios, como forma de buscar o prazer de viver perigosamente.

O predomínio de homens entre as vítimas que não morreram ou que foram a óbito por lesões decorrentes de acidentes de trânsito, inclusive entre crianças, ilustra muito bem o efeito dos padrões sócio-culturais, cristalizados na noção de gênero, sobre este perfil, pois, a princípio, parece não haver fator biológico que explique a maior predisposição masculina em morrer por esse tipo de lesão [3].

Foi a partir de 1682 que o traumatismo cranioencefálico (TCE) começou a ser descrito como importante fator de óbito em suas vítimas, tomando proporções cada vez maiores com a evolução da humanidade, até atingir os atuais índices de morbidade e mortalidade. Atualmente, os traumas mecânicos são a quarta causa de morte nos Estados Unidos e a principal causa de óbito entre 1 e 45 anos, sendo o TCE responsável por cerca de 40% destes óbitos, e pela maioria das mortes precoces em traumatizados graves. Aproximadamente, 37% dos pacientes admitidos em uma Unidade de Emergência são vítimas de trauma mecânico, onde o sucesso no atendimento e evolução destes doentes difere de acordo com o tipo de trauma e população atingida [11].

## Consequências do Trauma

As lesões decorrentes dos eventos traumáticos resultam, frequentemente, em deficiências e incapacidades temporárias ou permanentes, que interferem na capacidade de as vítimas sobreviventes cumprirem tarefas que delas são esperadas, assim como na qualidade de suas vidas [2]. Os comprometimentos específicos nos componentes de desempenho, tais como as sequelas físicas motoras (hemiparesia, espasticidade, desordens de equilíbrio e coordenação, alterações sensitivas e sensoriais, distúrbios da fala, linguagem e deglutição) e sequelas cognitivas (habilidades de pensamento como: atenção, organização, planejamento, tomada de decisões e resolução de problemas, noções de julgamento e segurança, raciocínio, percepção de seus limites e déficits de memória remota e recente) estão diretamente relacionados com a localização das lesões [13].

Segundo Souza [20], os distúrbios adquiridos após um TCE interferem na capacidade do indivíduo em desempenhar funções e cumprir papéis que dele são esperados. Johnston [21] afirma que as disfunções cognitivas e comportamentais são importantes indicadores da incapacidade após o trauma. Limitações da função motora podem afetar as atividades da vida diária (AVD) e a inclusão na comunidade desses indivíduos. Sua satisfação está associada ao retorno à produtividade, o que é de grande importância, um tratamento logo após o trauma, pois está claramente ligado ao retorno à produtividade.

## Tratamento Fisioterapêutico

O tratamento do TCE avançou em muitos aspectos. A implementação de sistemas de rápido transporte e o advento de centros específicos de atendimento contribuiu para a redução da morbimortalidade desses pacientes [6,15]. Muitos esforços têm sido despendidos para minimizar o impacto social do TCE, visando melhorar a prevenção, o atendimento pré-hospitalar, o tratamento intra-hospitalar e a reabilitação desses pacientes [16].

A fisioterapia é de extrema importância para o tratamento dessas vítimas, o qual é realizado em dois momentos: inicial ou intra-hospitalar e tardio ou ambulatorial. O tratamento inicial focaliza-se em salvar imediatamente a vida do paciente, verificando a permeabilidade das vias aéreas, assistindo a ventilação e a circulação corpórea do mesmo, visando à estabilização do paciente. O tratamento tardio consiste na detecção mais precoce das complicações neurológicas e na sua reabilitação, favorecendo o retorno do paciente à sociedade [6].

Dando continuidade à reabilitação iniciada no ambiente hospitalar, após a alta são estabelecidas estratégias de recuperação para pacientes com TCE, que enfatizam o uso de técnicas com a finalidade de estimular as funções perceptivas afetadas pela lesão, baseada no princípio de recuperação do sistema nervoso central e a estimulação de novas conexões neuronais para o restabelecimento da função. O tratamento vai variar de acordo com as manifestações apresentadas pelo paciente [17]. De acordo com Scherer [10], as pessoas vítimas de TCE podem apresentar dificuldades na marcha, instabilidade postural, déficits de coordenação, função e controle motor, espasticidade e encurtamentos. A restauração da marcha é um dos principais objetivos da reabilitação destes pacientes, sendo que para tal tarefa, é necessário controle postural, equilíbrio e coordenação suficientes para permitir uma deambulação segura, com o mínimo de risco de quedas.

Além dos comprometimentos motores citados, os indivíduos que sofreram TCE podem apresentar alterações neuropsicológicas, que constituem um dos principais fatores que determinam o futuro dessas vítimas de TCE, pois condiciona de forma notável, tanto o grau de independência funcional alcançado e retorno ao trabalho, como também o estabelecimento de relações familiares e sociais satisfatórias [4]. Trata-se de um tratamento bem planejado, levando em consideração que o paciente desfrute de uma melhor qualidade de vida possível, em termos de bem-estar geral e controle das complicações secundárias, ao mesmo tempo proporcionando ao paciente a retomada das atividades mais próximas possíveis de sua independência.

## Reabilitação do Paciente com TCE em um Programa de Saúde da Família (PSF)

Na década de 90, foi criado o Programa de Saúde da Família – PSF, propondo um sistema de atenção familiar, com um modelo assistencial baseado na prevenção, promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, rompendo os estigmas dos planejamentos em saúde voltados, tradicionalmente, para a cura das doenças e recuperação da saúde [18].

O tempo de tratamento após trauma, em que a vítima é avaliada, é relacionado com as consequências pós-traumáticas, à medida que a recuperação do trauma é um processo dinâmico, dependente do tempo, com evolução relativamente prolongada [4].

## Retorno do Paciente a Produtividade

O retorno à produtividade contribui de forma decisiva para melhorar a integração social das vítimas de trauma, e é objetivo básico das ações de recuperação de um evento traumático, particularmente quando se considera o ônus individual e social do trauma [9]. A atividade produtiva, além de proporcionar equilíbrio econômico, desempenha um papel fundamental no processo de reabilitação como fonte de satisfação pessoal e autoestima, como elemento essencial para aquisição e manutenção das relações sociais e como componente fundamental para determinar o nível de influência do indivíduo entre os membros de seu grupo social [9]. Uma das principais metas da recuperação consiste em retornar o indivíduo a sua atividade anterior, isto é, retorno ao emprego, à escola ou às atividades domésticas ou outra relevante [19]. De modo geral, os estudos que analisam as causas externas, em seus principais aspectos epidemiológicas, abordam o problema sob o aspecto da morbimortalidade e/ou demanda dos serviços hospitalares, mas são escassas as referências quanto ao retorno à produtividade após o evento.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um relato de caso de caráter retrospectivo realizado através de uma amostra de conveniência. O estudo foi realizado durante o estágio do curso de fisioterapia na área de Programa Saúde da Família (PSF), no período de Fevereiro à Junho de 2013, sendo totalizadas cinquenta e oito sessões. Os dados foram coletados no arquivo morto da Policlínica-FAMA. Obteve aprovação pelo Comitê em Ética e Pesquisa CEP-FESURV na data de 10/04/2013 com o parecer nº009/2013 (ANEXO A). Foram transcritos os dados do prontuário em uma ficha, visando a evitar más interpretações. Para manter a confiabilidade, todos os registros na ficha foram realizados por um único pesquisador, sendo este acadêmico responsável da pesquisa.

Para embasamento, foi realizada uma revisão bibliográfica em livros, artigos publicados em periódicos, documentos institucionais visando aprofundar o conhecimento e buscar contribuições para elaboração dos instrumentos de coleta de dados para a pesquisa de campo.

## Apresentação do Caso

Para tanto, foram coletados dados do prontuário clínico do participante, em que a avaliação foi composta por dados de identificação, queixa principal, história da moléstia atual, dados vitais e inspeção geral. O tratamento fisioterapêutico teve como objetivo principal manter integridade articular, evitar deformidades, ganho da amplitude de movimento, ganho de força muscular global, deambulação, marcha correta, ganho de equilíbrio. Como diagnóstico cinético-funcional observou-se fraqueza muscular em MMII esquerdo.

Paciente L.A.M, 17 anos, solteiro, sexo masculino, vítima de acidente motociclístico, com diagnóstico de TCE. Foi encaminhado para a fisioterapia e avaliado em 07 de fevereiro de 2012. Na avaliação foram encontrados os seguintes dados vitais: PA:120/80mmHg, FC:89 bpm, FR:19 rpm, temperatura: 36°C, os dados vitais não apresentaram alterações significantes durante todo o tratamento, o único dado que sofreu maior alteração durante todo o tratamento foi a frequência respiratória que ficou com média de 16 rpm. Na inspeção geral foi localizada cicatriz em ombro direito (decorrente do acidente), sono agitado, hipotonia em MMII com diminuição da amplitude de movimento.

O paciente sofreu o acidente no dia 10 do mês de janeiro de 2012, em uma via urbana no município de Mineiros-GO, pilotava em alta velocidade, usava o capacete de forma incorreta, teve uma colisão com outro veículo. Foi encaminhado a um hospital de Santa Helena-GO, o mesmo encontrava-se em coma induzido, segundo informações de familiares. Permaneceu internado por 28 dias, sendo 02 dias em CTI em Mineiros e 04 dias na UTI e 22 dias na enfermaria.

Ao retornar à cidade de origem, no dia seguinte ao seu retorno, deu início à fisioterapia domiciliar, este se apresentava confuso, agitado, não coordenava os movimentos, pouco colaborativo, não tinha marcha e também não permanecia sentado por tempo prolongado. O tratamento iniciou com uma avaliação detalhada da parte músculo esquelética, orientações gerais para os cuidadores e para o paciente. Como este se encontrava muito confuso e agitado, não respeitava as orientações da família. A fisioterapeuta responsável fez uma tabela de horários com as atividades do dia-a-dia, como horários de banho, refeições, posicionamento sentado. Esta tabela ficava fixada na cabeceira da cama do paciente e era só assim respeitada por ele.

O paciente, durante o primeiro mês, utilizou colar cervical, devido fratura na C7 durante a colisão. Logo nas primeiras sessões foi feita imobilização com esparadrapo em pé esquerdo, mantendo este em posição neutra, pois o paciente apresentava hipofunção de tibial anterior. Foram realizados cinquenta e oito sessões de fisioterapia distribuídas na seguinte forma: nas três primeiras semanas cinco sessões semanais, da quarta à décima semana três sessões semanais, da décima à vigésima semana duas sessões semanais, com duração de 50 minutos, no período de fevereiro a junho de 2012. No primeiro mês foram realizados exercícios de alongamento global, exceto de cervical, rolar na cama, mudança de postura de deitado para sentado, exercícios de dorsiflexão bilateral e também equilíbrio.

Da quinta à décima semana de tratamento iniciaram-se com mobilizações articulares nas principais articulações, Posteriormente, foi realizado alongamento de MMSS (tríceps, bíceps, abdutores e adutores de braço, peitoral maior e menor, flexores e extensores de punho) com series de 1x20. Alongamento de MMII (flexores e extensores de quadril, quadríceps, tríceps sural, sóleo, gastrocnêmio, isquiotibiais) com series de 1x20. O paciente tinha dificuldade de realizar os alongamentos, então foram realizados passivo, ativo assistido e ativo. O fortalecimento destes grupos musculares era realizado inicialmente passivo, posteriormente ativo assistido ou ativo sem carga. Da décima a décima quinta semana iniciou uma bateria de fortalecimentos: adutores de coxa com bola de 20 cm de diâmetro macia, de abdutores de coxa sem peso, isquiotibiais, quadríceps, tríceps sural com carga de 1 kg, em seguida foi aumentado gradativamente até chegar à carga de 4 kg, rotadores internos e externos de ombro e inversores e eversores de tornozelo com elástico, todos com series de 3x15. Além dos alongamentos e fortalecimentos foi realizado a uma série de exercícios pendulares de ombro, elevação de ombro, adução de ombro contra resistência e flexão e extensão de ombro contra resistência, todos com series de 3x20 repetições. Devido à colisão, ocorreu a uma luxação de ombro com rotação de clavícula ocorrendo um desalinhamento desta articulação. Da décima sexta à vigésima semana foram iniciados exercícios de ponte no solo, treino de marcha e equilíbrio: rampa e escada com obstáculos sem carga e com carga de 1 kg, exercícios de agachamento com series de 3x15 e rotação de tronco com series de 3x20. No final foram iniciados exercícios pliométricos (salto com joelho alto, saltos em uma perna, pulos na caixa, pulos laterais).

## RESULTADOS

Foi possível observar que houve uma melhora gradativa durante todo o tratamento no padrão respiratório e motor, no primeiro mês foi mais lento devido ao paciente estar com colar cervical. Em relação aos resultados alcançados, estando o paciente assistido pelos familiares e pela fisioterapia, seguindo as orientações devidas, foi muito favorável, foi possível observar no final desse estudo de caso a melhora da frequência respiratória, melhora na postura, deambulação, força muscular e equilíbrio. A recuperação do paciente ocorreu de forma satisfatória e gradativa, a cada sessão havia um ganho e junto a isso incremento no tratamento.

## DISCUSSÃO

Segundo relatos de vários autores, lesão mais frequentes em vítimas de TCE são fraturas nas extremidades durante um acidente com motocicleta, sendo a cabeça comprometida em menor frequência, pois o mesmo, está mais protegido por equipamentos de segurança, sendo os membros inferiores e superiores as regiões corpóreas mais susceptíveis e gravemente lesadas [2,3,22,24,25].

O que pode explicar o grau da lesão, visto que ficou constatado que o paciente utilizava o equipamento de segurança de forma inadequada. Em nosso estudo a vítima sofreu TCE, que ocasionou uma hipotonia em MMII esquerdo, o mesmo realizou o uso de bota imobilizadora para restabelecer a função, decorrente de uma sequela do acidente, o que levou a um menor tempo de tratamento fisioterapêutico para restabelecimento das funções, além de uma luxação de ombro ocasionado devido a colisão. Santos [22] observou que 301 dessas vítimas eram condutores da motocicleta, e 20,7% sofreram traumatismo crânioencefálico e 52,07% não utilizavam capacete no momento do acidente. Para os motociclistas, os membros são justamente as regiões mais desprotegidas, uma vez que o equipamento de segurança utilizado oferece proteção somente à região da cabeça. No Japão, autores concluíram, por meio de estudo realizado com registro de necropsia de motociclistas, que o uso efetivo do capacete reduziu, de forma significativa, a gravidade das lesões de cabeça e pescoço, mas não teve nenhum efeito na gravidade total das lesões em outras partes do corpo [26]. Contribuindo com a nossa pesquisa, pois no momento do trauma a vítima estava com o capacete mal colocado, o impacto ocasionou com que o mesmo saísse da cabeça da vítima e veio a ficar metros de distância do mesmo devido a colisão, levando a complicações de fraturas de C7 e a um TCE.

Em relação à faixa etária, diversas pesquisas nacionais afirmam que cerca de 70% das vítimas de acidentes de trânsito têm idade entre 10 e 39 anos, por conseguinte, pertencentes ao

grupo de adolescentes e adultos jovens [3]. Também em Teresina-PI são os jovens os mais afetados pelos acidentes de trânsito, 74,4% dos condutores acidentados pertenciam à faixa etária de 15 a 34 anos [22]. Corroborando com os achados em nossa pesquisa onde o participante era do gênero masculino e menor de idade, estando em sua fase produtiva. As mesmas se perpetuam em nossa sociedade e terminam a conduzir a altas taxas de morbimortalidade em adultos jovens do sexo masculino, no auge de suas capacidades, acarretando prejuízos econômicos consideráveis à nação [22]. Neste estudo, a vítima sofreu fratura da sétima vértebra cervical ocasionada pelo mau uso do capacete; devido à fratura cervical o paciente teve que realizar o uso do colar cervical durante o primeiro mês de tratamento fisioterapêutico o que dificultou as condutas e uma melhora na evolução, uma das causas da dificuldade pode ter sido que o paciente se apresentava inquieto, confuso e não coordenava os movimentos.

Estudos obtidos por diversos autores ao caracterizarem o perfil epidemiológico das vítimas de acidentes motociclísticos, na pesquisa pode-se averiguar que o sexo masculino predominou em relação ao sexo feminino, possivelmente estes resultados ocorreram porque existe um maior número de motoristas do sexo masculino, além disso, outros fatores também são associados como o comportamento agressivo deste e o consumo abusivo de álcool. Quando se refere ao tempo de internação, a maioria permaneceu de 3 a 15 dias internada. [2,3,22,24,25]. No presente estudo, a vítima permaneceu internada por 28 dias, o que diverge da pesquisa de Sado [24]. Em outro estudo analisou o tempo médio de internação na UTI de pacientes traumatizados foi de 17 dias em média, em nosso estudo a vítima ficou 2 dias em CTI e 4 dias em UTI não sendo semelhante ao estudo [27]. Os efeitos deletérios no leito, a lesão deve ter sido menos grave e portanto menos permanência na UTI, isto de fato deve ter facilitado a recuperação do paciente em questão, ter iniciado a fisioterapia precoce e contato diário com familiares auxiliou na sua recuperação.

Incluir os estudos sobre atendimento precoce em UTI. Benefícios e implicações. Pode relatar que a frequência que foi realizada no estudo foi baixa devido às lesões cerebrais o traumatizado pode apresentar um comportamento infantil, dificuldades na fala e linguagem. É comum a existência de alterações emocionais e de estado de ânimo como a depressão. As atividades recreativas são frequentemente alteradas, o paciente apresenta dificuldade para reintegrar-se [12]. Discordando da nossa pesquisa, o mesmo não teve dificuldades de reintegração.

Nesta pesquisa, a avaliação e o tratamento foram de forma imediata no ambiente hospitalar, diminuindo assim futuras seqüelas decorrentes do trauma. Pesquisas prévias, assim como as observações clínicas têm sugerido substancial melhora durante o primeiro ano, sobretudo

durante os primeiros seis meses, havendo após esse período a estabilização do processo de recuperação. Portanto, o período de seis meses após trauma tem sido recomendado como marco inicial para avaliar as consequências em vítimas sobreviventes [4].

Quanto ao retorno à produtividade, o paciente do nosso estudo teve um tempo menor de recuperação baseado nos achados da literatura. Isso porque o tratamento foi de início imediato no ambiente hospitalar mesmo não sendo diário e sua continuidade ocorreu sem pausa diante disso, pode-se inferir uma melhor e mais rápida reinserção ao mercado de trabalho. De acordo com Silva [7], tempo decorrido entre o trauma e o início da reabilitação parece estar associado ao retorno à produtividade, o que é um achado constante na literatura. Observou-se ainda benefícios no processo de reabilitação do paciente decorrentes das orientações do fisioterapeuta que eram fixadas na cabeceira da cama e assim respeitadas por ele, isso o auxiliou e estimulou as funções neurológicas e psicológicas do paciente, na medida em que o mesmo foi incluindo na rotina familiar de forma mais apropriada, o que levou a um tratamento precoce e eficaz.

Para tanto, nosso estudo demonstra limitações devido à pequena amostra e falta de relatos semelhantes a respeito na literatura, mas pode ser de grande valor para o embasamento científico por se tratar de um estudo pioneiro no município de Mineiros-GO.

## CONCLUSÃO

Após avaliar o estado clínico do paciente, observou-se que o mesmo fazia o uso de colar cervical no primeiro mês, e se apresentava confuso, agitado e não coordenava seus movimentos, se o tratamento não tivesse iniciado precocemente o paciente estaria susceptível a piora no quadro. Dentre as condutas realizadas estão: mobilizações articulares, alongamentos globais e específicos, fortalecimento ativo assistido e ativos, treino de equilíbrio e marcha e exercícios pliométricos, entre outros.

Sendo assim, a fisioterapia teve a função de minimizar as complicações com protocolos específicos para este traumatizado e acelerou a sua alta fisioterapêutica. Assim, o mesmo foi recolocado no âmbito social em que vivia anteriormente, foi reinserido em suas AVDs e em seu ambiente de trabalho.

Frente ao quadro apresentado pelo paciente e pelo tempo de tratamento fisioterapêutico realizado, pôde-se concluir com este estudo de caso, que a fisioterapia domiciliar inserida no PSF é de fundamental importância em pacientes restrito ao domicílio principalmente quando estes estão

acamados, dependentes e com baixa renda familiar. Devido ao fato do paciente não ter realizado o tratamento diário no ambiente hospitalar pode ter tido um atraso em seu tratamento.

Precisa-se de mais pesquisas explanando sobre o assunto, assim como também mais trabalhos sobre conscientização sobre problemas provenientes de um acidente de trânsito, pois o mesmo foi um trabalho pioneiro na região.

## REFERÊNCIAS

1. Cardoso J, Salvaro MS, Medeiros IS, Soratto MT, Zanini MTB, Schwalm MT et al. Acidente de trânsito com trama: os desafios da violência urbana. Anais III Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente; Niterói. Rio de Janeiro. 2012.
2. Oliveira NLB, Sousa RMC. Diagnóstico de lesões e qualidade de vida de motociclistas, vítimas de acidentes de trânsito. Rev. latinoam. enferm. 2003;11(6): 749-756.
3. Bastos YGL, Andrade SM, Soares DA. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do sul do Brasil, 1997/2000. Cad. Saúde Pública. 2005;21(3):815-822.
4. Hora EC, Sousa RMC. Os efeitos das alterações comportamentais das vítimas de trauma crânioencefálico para o cuidador familiar. Rev. latinoam. enferm. 2005;13(1):93-98.
5. Melo JRT, Oliveira Filho J, Silva RA, Moreira Júnior ED. Fatores preditivos do prognóstico em vítimas de trauma crânioencefálico. Arquivo de neuropsiquiatria. 2005;63(4):1054-1057.
6. Pereira CU, Duarte GC, Santos EAS. Avaliação epidemiológica do traumatismo crânioencefálico no interior do estado de Sergipe. Arquivo Brasileiro de Neurocirurgia. 2006;25(1):8-16.
7. Silva CB, Brasil ABS, Bonilha DB, Masson L, Ferreira MS. Retorno à produtividade após reabilitação de pacientes deambuladores vítimas de trauma crânioencefálico. Fisioterapia e Pesquisa. 2008.
8. Sugawara AT, Jorge LL, Fen CH, Imamura M, Hsing WT. A importância do tratamento das síndromes dolorosas no traumatismo crânioencefálico. Acta Fisiátr. 2004;11(1): 34-38.
9. Oliveira NLB, Sousa RMC. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. Acta Pal Enferm. 2006;19(3):284-289.
10. Scherer M. gait rehabilitation with body weight-supported treadmill training for a blast injury survivor with traumatic brain injury. Brain Injury. 2007;21(1):93-100.
11. Melo JRT, Silva RA, Moreira JRED. Características dos pacientes com trauma crânio encefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. Arquivo de neuropsiquiatria. 2004.
12. Junqué C, Bruna O, Mataró M. Traumatismo crânioencefálico: uma abordagem da neuropsicologia e fonoaudiologia. São Paulo: livraria santos:2001.

13. Pierine C, Gaspar TL, Toldra RC. Abordagem terapêutica ocupacional na fase hospitalar e ambulatório de um jovem vítima de trauma crânio encefálico. Anais IX Enc. Latin. Am.de Inic. Cient. 2006.
14. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. São Paulo: Atheneu; 2005.
15. Saback LMP, Almeida ML, Andrade W. Trauma cranioencefálico e síndrome do desconforto respiratório agudo: como ventilar? Rev. bras. de ter. intensiva. 2007;19(1):44-52.
16. Dantas Filho VP, Falcão AL, Sardinha LA, Facure JJ, Araújo S, Terzi RG. Aspectos técnicos da monitorização da pressão intracraniana pelo método subaracnóideo no traumatismo crânio-encefálico grave. Arq Neuropsiquiatr. 2001;59(4):895-900.
17. Peña MG, Cabeza AS. Alteraciones perceptivas y prácticas em pacientes com traumatismo cranioencefálico: relevância em lãs actividades de la vida diária. Revista de Neurologia.2004;25(1):775-784.
18. Nobre FSS, Gomes RP. A importância da inserção dos profissionais de fisioterapia e de educação física no programa de saúde da família. cinergis. 2005;6(2):7-24.
19. Mackenzie EJ, Siegel JH, Shapiro S, Moody M, Smith RT. functional recovery and medical costs of trauma: an analysis by type and severity of injury. J trauma.1988;28(3):281297.
20. Souza RM, Koizumi MS. vítimas de trauma cranioencefálico e seu retorno a produtividade após 6 meses e 1 ano. rev esc enf univ. 1999;33(3): 313-321.
21. Johnston MV, Goverover Y, Dijkers M. community activities and individual satisfaction with them: quality of life in the first year after traumatic brain injury.arch phys med rehabil. 2005;86(5):735-745.
22. Santos AMR, Moura MEB, Nunes BMVT, Leal CFS, Teles JBM. Perfil das vítimas de trauma por acidente de moto atendidas em um serviço público de emergência. Cad. Saúde Pública. 2008;24(8):1927-1938.
23. Sarkar SMD, Peek C, Kraus JF. Fatal injuries in motorcycle riders according to helmet use. J Trama. 1995;38(1):242-245.
24. Sado MJ, Moraes FD, Viana FP. Caracterização das vítimas por acidentes motociclísticos internadas no hospital de urgências de Goiânia. Revista Movimenta. 2009;2(2):49-53.
25. Andrade LM, Lima MA, Silva CHC, Caetano JA. Acidente de motocicleta: características das vítimas e dos acidentes em hospital de Fortaleza-CE, Brasil. Rev. Rene. 2009;10(4):5259.
26. Hitosugi M, Takatsu A, Shigeta A. Injuries of motorcyclists and bicyclists examined at autopsy. Am J Forensic Med Pathol.1999;20(3):251-255.
27. Feitosa DS, Freitas MC, Silveira RE. Traumatismo crânio-encefálico: diagnósticos de enfermagem a vítimas atendidas em UTI. Revista Eletrônica de Enfermagem.2004;06(2):223233.