

DIA MUNDIAL DA MEMÓRIA DAS VÍTIMAS DAS ESTRADAS

A vida depois dos traumatismos cranianos

ENTREVISTA COM
MANUELA GUERREIRO

Manuela Guerreiro, especializada em neuropsicologia e investigadora de um laboratório de estudos de linguagem, alerta para a pouca valorização a todos os níveis das dificuldades de atenção, de memória ou mudanças de comportamento – queixas frequentes dos traumatizados de crânio, muitos deles vítimas de acidentes de viação.

Por Sofia Rodrigues (texto) e Carlos Lopes (foto)

Fazer um traumatismo craniano num acidente de viação é muito frequente. Mesmo com uma lesão ligeira, o doente pode passar a ter dificuldades de atenção, de memorizar informação nova ou pode mudar bruscamente o seu comportamento. Alguns ficam apáticos, outros ficam desinibidos. A família, muitas vezes, simplesmente só consegue dizer que a vítima ficou diferente. Manuela Guerreiro, psicóloga que trabalha na área da neuropsicologia, faz o diagnóstico e terapia a estes doentes e diz que as queixas são pouco valorizadas por todos: amigos, família, companhias de seguro e entidades oficiais.

O laboratório de estudos de linguagem da Faculdade de Medicina de Lisboa, onde Manuela Guerreiro é investigadora, recebe cerca de 100 traumatizados de crânio por ano, num universo anual de mil doentes com lesões cerebrais com outras origens. Doutorada em ciências biomédicas na Faculdade de Medicina de Lisboa, Manuela Guerreiro, 52 anos, considera que “as companhias de seguros ou outras entidades deveriam dar respostas económicas às famílias”.

A psicóloga, que também atende estes doentes numa clínica privada, denuncia a falta de “estruturas polivalentes” para estimular os pacientes a vários níveis. O trabalho da neuropsicologia desenvolve-se ainda num plano muito nebuloso. “O cérebro é ainda um grande mistério. “Ainda estamos na idade da pedra.”

PÚBLICO – Quais são as queixas mais comuns dos doentes que sofreram traumatismos de crânio?

MANUELA GUERREIRO – Depende da lesão. Temos traumatismos “minor”, portanto, de pequenos défices, até situações de demência pós-traumática.



O reconhecimento destes défices pelas companhias de seguros é muito complicado, particularmente se a pessoa estiver bem fisicamente.

Nos traumatismos menos graves, as queixas mais frequentes são os defeitos de atenção, as dificuldades em concentrar-se e algumas dificuldades de memória, de retenção de informação nova. Também podem existir alterações de comportamento, que variam entre o sujeito que fica apático até ao que fica agitado, desinibido, com reacções

inadequadas em termos sociais, e comportamentos de alguma agressividade e irritabilidade.

Em relação ao défice de memória ou de atenção, em que é que isso pode afectar o dia-a-dia do doente?

Uma pessoa que conduz máquinas e fica com defeito de atenção, se calhar, não é a melhor tarefa a desempenhar. Um advogado com um defeito de linguagem, como é que pode argumentar um processo em tribunal?

Este tipo de problemas, aparentemente simples, pode afectar muito a vida das pessoas?

Sim, muda muito. E mesmo ao nível de casa, a família queixa-se que o doente ficou diferente. Os que ficam mais apáticos deixam de sair e isolam-se. Os mais activos, os amigos afastam-se para ver se ele não os deixa ficar mal em qualquer lado. O reconhecimento destes défices pelas companhias de seguros é muito complicado, particularmente se a pessoa estiver bem fisicamente.

A aceitação destas deficiências é difícil mesmo socialmente...

Sim, na própria família, nos amigos. As companhias [de seguros] às vezes não percebem por que é que as pessoas têm este tipo de queixas. Mas a pessoa tem dificuldades em estar em sítios com muita gente, ou em conversar com três pessoas ao mesmo tempo.

Mesmo a nível médico, é difícil valorizar estas questões?

Sim, porque não se vêem. Não há nenhum exame objectivo. A TAC [Tomografia Axial Computorizada] mostra a estrutura do cérebro, mas não como é que a pessoa funciona. Tentamos objectivar as queixas através da avaliação neuropsicológica, mas não tem o peso de outros exames.

“Não voltamos a dar às pessoas o que perderam”

Para os técnicos, trabalhar com pessoas que sofrem perdas cognitivas é uma tarefa ingrata, porque o melhor que se consegue é limitar os estragos. Nunca há uma recuperação das capacidades perdidas.

Pode explicar como é que trabalha o laboratório de estudos de linguagem?

Trabalhamos com doentes com lesão cerebral, sejam crianças, adultos ou idosos. Podem ser tumores, acidentes vasculares, traumatizados de crânio, doenças degenerativas, e sempre

que há suspeita de deterioração cognitiva. Fazemos predominantemente diagnóstico. Temos terapia da fala e estamos a tentar abrir à terapia cognitiva em geral para dar resposta à reabilitação. Não gosto de lhe chamar reabilitação. É um termo que não corresponde à realidade, porque não vamos voltar a dar às pessoas o que perderam. Vamos tentar que elas usem outros recursos para funcionar melhor no dia-a-dia e ter uma melhor qualidade de vida.

Quando diz que estão a tentar dar uma resposta de terapia cognitiva é trabalhar a nível da memória...

Do raciocínio lógico, para que as pessoas consigam operacionalizar as suas capacidades. As pessoas com demência nas fases iniciais podem melhorar o seu funcionamento. É claro que a demência é uma situação progressiva, a pessoa vai perdendo as suas capacidades. Às vezes, há uma certa frustração do técnico que trabalha com estas perdas

cognitivas. Porque a tendência daquela pessoa não será uma recuperação, mas sim uma perda. O que tentamos fazer é que perca o menos possível e que saiba lidar com as suas capacidades ainda operantes. Nos traumatizados de crânio, em muitos casos, a situação é melhor, porque são doentes que tendem a recuperar. Depende da lesão, mas essa recuperação espontânea pode ser potencializada com estimulação cognitiva. Para o técnico é mais gratificante porque sente que há melhoria. ■ S.R.



No entanto, estes defeitos podem incapacitar o doente para trabalhar, ainda que temporariamente. O que, para certas famílias, de baixos rendimentos, pode ser dramático.

Sim. A primeira questão é que as companhias de seguros ou outras entidades deveriam dar respostas económicas às famílias. Estou a lembrar-me de um caso concreto. Um casal com trinta e poucos anos, com dois filhos pequeninos: a mulher teve de ficar em casa para cuidar do marido, que sofreu um acidente, e tirou os filhos do colégio. Vivía da ajuda da família. A companhia de seguros ia pagando as consultas, mas o processo demorou cinco anos até ficar resolvido. O tempo que as coisas demoram faz-me muita confusão.

E, entretanto, as famílias não têm estruturas de apoio...

É a própria família que geralmente se ajuda. Em termos oficiais não há resposta. Outra falta é a de estruturas polivalentes onde as pessoas pudessem ser estimuladas para serem reintegradas no local de trabalho. Existe Alcoitão, que tem terapias ocupacionais e terapia da fala e um ou dois centros, mas não dão resposta.

Então, ou o doente tem capacidade financeira para fazer terapia a nível particular ou...

Ou fica sem nada. A nível particular, há clínicas e consultórios, mas a maior parte destes doentes são politraumatizados. Ou seja, muitas vezes, para além dos defeitos cognitivos, têm defeitos motores. O ideal era estarem num sítio onde estas valências passem a estar integradas, de maneira a que se faça a reabilitação da pessoa no seu todo, quer físico quer psicológico, quer cognitivo.

Os traumatizados de crânio são muito jovens...

Sim, na casa dos trinta anos. Têm vidas totalmente interrompidas e modificadas. Há muito mais divórcios na população de traumatismos de crânio do que na população em geral porque as mudanças de comportamento levam a que o outro cônjuge não consiga manter a situação. Há vários estudos que mostram isso. E também há estudos que mostram que comportamentos de alguma delinquência são muito mais frequentes nas pessoas que tiveram traumatismo de crânio, mesmo na infância.

Há doentes que ficam irre-

Há muito mais divórcios na população de traumatismos de crânio do que na população em geral porque as mudanças de comportamento levam a que o outro cônjuge não consiga manter a situação.

mediavelmente perdidos? Ou é raro?

Não é raro. Não sei qual é a percentagem, mas há muitos. Esses casos mais graves não são conflituosos e aparecem menos, a não ser quando é pedida uma avaliação pelo tribunal.

Têm-lhe chegado muitos casos irreversíveis?

As lesões cerebrais, em si, são irreversíveis. A função que está perdida pode ser melhorada. Não sabemos muito bem como é que funciona esse potencial de recuperação em termos do cérebro, mas pensa-se que a função será melhorada à custa de áreas que estão intactas perto da que está lesada. É como se as áreas vizinhas soubessem o que se passava ao lado e conseguissem também elas fazer aquela função, obviamente que não com a eficácia da área principal. Ou pensa-se que pode haver uma recuperação através do funcionamento do hemisfério contra-lateral. Isto significa que se a lesão for no hemisfério direito do cérebro, a área homóloga do lado esquerdo também pode ajudar para recuperar a função.

Apesar das dúvidas, porque é que é importante fazer terapia?

Porque pode ajudar as pessoas a funcionar melhor e porque tem um papel quase psico-terapêutico em que os doentes e a família sentem que estão a fazer qualquer coisa quando não há mais nada a fazer.

Quanto tempo pode demorar a recuperação?

A tendência do traumatizado de crânio, a não ser que as lesões tenham destruído todo o cérebro, é de recuperar em dois ou três anos. Depois do coma

(se fez coma), depois de sair do hospital, os primeiros meses têm sempre melhor recuperação. Vai diminuindo de intensidade ao longo do tempo, durante dois ou três anos. Às vezes mais. Há doentes que ao fim de cinco anos a família ainda nota recuperação, mas não significa que cheguem ao ponto que eram inicialmente. Não voltam a ser exactamente como eram, a não ser os traumatismos muito ligeiros.

Que tipo de terapia faz nos casos de falta de memória, défice de atenção?

Em primeiro lugar, o doente tem que ter a chamada caracterização neuropsicológica. Depois estabelece-se um plano de intervenção, em função das dificuldades e potenciais e da estrutura familiar do doente. Uma queixa frequente é a evocação de nomes próprios. Faz-se técnicas de estimulação com fotografias, pede-se ao doente para fazer associações do nome com características físicas das pessoas. As técnicas de visualização de imagem também são muito usadas: treinar a criação de imagens para a informação que se ouve para depois poder apontar. Com um defeito de memória, ensina-se a escrever tudo e aprender a consultar o livro. Ensina-se a planejar.

Na alteração de comportamento do doente, a recuperação é mais difícil?

Sim. A intervenção tem de ser feita mais ao nível da família, para que perceba que o comportamento não é por vontade do doente. É como se tivesse o braço partido. Porque o doente acha que está igual ao que era. É mais difícil o doente reconhecer as mudanças comportamentais do que os defeitos cognitivos. Na família, passa-se ao contrário: valoriza mais as mudanças no comportamento.

Apesar de todas as evoluções, o cérebro ainda é um grande mistério, não é?

Ainda estamos na idade da pedra. Apesar dos desenvolvimentos que teve nas últimas décadas, estamos numa fase muito inicial do conhecimento do cérebro. Houve uma grande contribuição das técnicas de imagem. Grande parte do conhecimento que se tem a mais agora do cérebro não é do estudo do cérebro em si, mas pela informação que as novas tecnologias nos têm dado. Falta imenso para desbravar. ■

Liga contra o Trauma apela à construção de memoriais em todo o país

Mais de 25 organizações e figuras públicas unem-se para combater as consequências da sinistralidade

A Estrada Viva – Liga contra o Trauma, uma rede informal de 25 associações e diversas figuras públicas, vai inaugurar hoje, em Évora, um memorial em nome das vítimas das estradas. A recém-criada entidade apela à população para seguir o exemplo em todo o país, colocando uma “vara” em locais públicos das diferentes localidades para assinalar o Dia Mundial da Memória das Vítimas das Estradas, que se celebra hoje. Na serra do Marão, a Associação de Utilizadores do IP4 acende 220 velas, uma por cada das vítimas mortais ocorridas naquela via desde 1993.

O memorial em Évora começa com a colocação simbólica das primeiras “varas” pelos agrupamentos de escuteiros da região e continuará a ser construída pela população ao longo do dia. A “vara” pode ser um ramo de uma árvore ou uma cana, semelhante aos andarilhos usados pelos caminheiros, ou pode ser até o cabo de uma vassoura. Cada cidadão pode personalizar a sua “vara” de forma a prestar homenagem ao seu familiar, amigo ou conhecido — ou mesmo desconhecido — vítima da estrada.

A construção do memorial em Évora, que se pode repetir em todo o país, é uma das iniciativas promovidas pela Liga contra o Trauma para assinalar o Dia Mundial da Memória, que há três anos se celebra em Portugal. As atividades, centradas naquela cidade alentejana, incluem ainda a simulação de capotamento e travagem brusca e uma sessão sobre estratégias de segurança rodoviária.

A celebração do Dia da Memória é a primeira iniciativa organizada em conjunto pela Liga contra o Trauma, uma rede informal de organizações e personalidades preocupadas com as consequências trágicas da sinistralidade em Portugal. Fazem parte da Liga não só



entidades como a Associação dos Cidadãos, Auto-mobilizados e dos Utilizadores do IP4, a sociedade portuguesa de trauma, o Grupo de Trauma do Hospital de S. João e outras organizações tão diversas como Associação Nacional dos Treinadores de Futebol, Associação de Pilotos de Automóvel, Associação Portuguesa de Psicologia e Associação Portuguesa de Famílias Numerosas.

No total são 25 entidades. Nos últimos dias, têm aderido figuras públicas como a apresentadora televisiva Bárbara Guimarães, o treinador de futebol Rui Águas, o cantor Rui Veloso e os pilotos de automóvel Pedro Couceiro, Pedro Lamy e Luís Ramalho.

Entre outros objectivos, a criação da Liga contra o Trauma visa alertar as autoridades públicas para a premência de agir de forma articulada e eficaz aos vários níveis dos processos traumáticos, bem como promover a investigação e formação académica de profissionais na área do tratamento do trauma. ■ S.R.

Vítimas mortais de acidentes baixam 16 por cento em 2004

Este ano, até 14 de Novembro, já morreram nas estradas portuguesas 1001 pessoas, o que representa uma redução de 16 por cento face ao período homólogo de 2003. Os feridos graves (15 por cento) e ligeiros (7,6 por cento) também diminuíram, segundo as estatísticas oficiais. O secretário de Estado da Administração Interna, Nuno Magalhães, atribui esta descida a uma melhor articulação entre as várias instâncias do Estado e o poder local e maior eficácia na fiscalização.

Os acidentes de viação provocaram este ano (até 14 de Novembro) 3510 feridos graves, menos 15 por cento face a 2003 em igual período. Os feridos leves diminuíram para 41.098, o que representa uma quebra de 7,6 em período homólogo, de acordo com as estatísticas da Direcção-Geral de Viação.

Para Nuno Magalhães, a redução do número de vítimas da sinistralidade rodoviária deve-se “à maior articulação entre as várias instâncias do Estado, o poder local e organizações não governamentais”, bem como aos “melhores meios das forças de segurança, que permitiram uma maior eficácia da fiscalização”. O secretário de Estado sublinha ainda o papel mobilizador

do Plano Nacional de Prevenção Rodoviária (PNPR) e da comunicação social. “Foi possível pôr a sinistralidade na agenda política e mediática”, disse ao PÚBLICO.

Nuno Magalhães rebate o argumento de que a redução do número de vítimas da sinistralidade se deva à descida do consumo de combustível, já que este ano esse consumo aumentou três por cento. Por outro lado, sublinha, aconteceu o Euro 2004, que implicou “a vinda de muitas pessoas para as estradas portuguesas”.

O secretário de Estado considera que a redução do número de vítimas mortais e de feridos graves é sustentada. Mesmo em França, que no ano passado conseguiu uma redução histórica de 22 por cento dos mortos, este ano já só alcançou 9 por cento, acrescenta o governante.

Nuno Magalhães está convencido de que a meta traçada pelo PNPR — de reduzir 50 por cento dos mortos nas estradas até 2010 — será alcançável, tendo em conta os actuais números. “A 15 de Novembro de 2004, em comparação com a média de 1998, 1999 e 2000, temos uma redução de 34 por cento dos mortos e de 47 por cento dos feridos graves”, afirmou. ■ S.R.

ACIDENTES POUCO APOIO PARA VÍTIMAS DE TRAUMATISMOS CRANIANOS

Os traumatismos cranianos são lesões muito frequentes entre as vítimas de acidentes de viação. Um problema que, mesmo em casos ligeiros, pode afectar decisivamente a vida dos doentes, alterando a sua capacidade para trabalhar ou até a sua personalidade. Sociedade e instituições muitas vezes desvalorizam estas queixas. O Dia Mundial da Memória das Vítimas das Estradas assinala-se hoje em todo o país. **P26/27**