

Perfil motor de criança com encefalopatia crônica não progressiva - implicações para a intervenção profissional

^{1,3}J. Ribeiro; ^{2,3}G. Caon, ³T.S. Beltrame*

1. *Fisioterapeuta, Especialista em Desenvolvimento Infantil, UDESC*

2. *Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Pediátrica, UDESC*

3. *Laboratório de Desenvolvimento e Aprendizagem Motora-LADAP/CEFID/UDESC*

Rua Pascoal Simone, 358, Bairro Coqueiros, Florianópolis/SC 88080-350 - e-mail: bthais@terra.com.br

Resumo. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil motor de uma criança com encefalopatia crônica não progressiva do tipo atetose distônica. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo estudo de caso, tendo como sujeito de estudo uma criança do sexo feminino, com 5 anos de idade. Método: O perfil motor foi traçado a partir da avaliação da função motora ampla com o Gross Motor Function Measure (GMFM-88) e uma Ficha de Avaliação Fisioterapêutica. Dados referentes a história pré, peri e pós natal foram obtidos através de consulta ao prontuário da paciente. Resultados: A criança apresenta histórico peri-natal de aspiração meconial, com índices de Apgar no primeiro e quinto minutos menor que oito. Quanto ao padrão motor, esta apresenta um padrão típico ao descrito por Bobath e Bobath (1978) como característico de crianças com atetose distônica, com escore total obtido pelo GMFM de 6,5%, representando um escore inferior ao encontrado em outros estudos realizados, mesmo com o mesmo diagnóstico clínico e fisioterapêutico. Conclusões: Diante do importante comprometimento motor do caso em estudo, é pertinente enfatizar a importância da intervenção terapêutica individualizada e efetiva na busca constante pelo aprimoramento da qualidade de vida da paciente.

Palavras-chave: perfil motor, paralisia cerebral, avaliação, GMFM

1. Introdução

A Encefalopatia crônica não progressiva, também conhecida como Paralisia Cerebral (PC), é uma entidade nosológica conseqüente a uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional, com manifestações predominantemente sensoriomotoras, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária¹. Estes distúrbios se caracterizam pela falta de controle sobre os movimentos, por modificações adaptativas do comprimento muscular e em alguns casos, chegando a resultar em deformidades ósseas^{2,3,4,5}.

A incidência em países desenvolvidos tem variado de 1,5 a 5,9/1.000 nascidos vivos. Não existe pesquisa específica e oficial no Brasil a respeito da incidência de portadores de deficiências física, sensorial ou mental. Porém, segundo pesquisador, surgem no Brasil, 17.000 novos casos de PC ao ano^{6,7}, e caracteriza-se pelo

desenvolvimento motor de ritmo mais lento e curso anormal das crianças acometidas. Em casos graves o desenvolvimento pode ser completamente sustado logo em um estágio inicial. Além disso, enquanto as alterações no desenvolvimento de padrões motores de crianças normais são mais rápidas e significativas até a idade de 5 anos, as alterações nas atividades funcionais de uma criança com PC são retardadas; todas as crianças com PC atingem os seus marcos mais tarde do que as crianças normais, e isto independe da inteligência e grau de comportamento¹.

O comprometimento neuromotor na PC pode envolver partes distintas do corpo, resultando em classificações topográficas específicas (quadriplegia, hemiplegia e diplegia). quanto nas alterações clínicas do tono muscular e no tipo de desordem do movimento podendo produzir o tipo espástico, discinético ou atetóide, atáxico, hipotônico e misto³. Quanto a gravidade, o comprometimento neuromotor pode ser caracterizado como leve, moderado ou severo, baseado no meio de locomoção da criança^{4,8}.

A fim de proporcionar tratamento mais eficiente crianças acometidos pela PC, é imprescindível a realização de avaliações específicas para amplo conhecimento do perfil motor individualizado. Para tanto, o uso de instrumentos validados na avaliação de crianças com PC confere melhor subsídio à determinação de objetivos e conduta fisioterapêutica, além de permitir o acompanhamento sistemático e o delineamento do prognóstico motor diante de cada caso específico ⁶.

O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil motor, com enfoque na motricidade ampla, de uma criança com 5 anos de idade, com encefalopatia crônica não progressiva a fim de proporcionar subsídio a intervenção profissional, através da utilização de instrumentos que permitam a confecção de um diagnóstico cinético funcional a fim de monitorar o desenvolvimento diante das intervenções motoras.

2. Material e Métodos

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa do tipo estudo de caso, realizada em uma Escola de Educação Especial de Florianópolis - SC sendo o sujeito do estudo uma criança do sexo feminino, nascida no dia 10/08/99, iniciais A. S. O. com Diagnóstico de Encefalopatia Crônica não Progressiva ou Paralisia Cerebral e diagnóstico fisioterapêutico de quadriplegia espástica com atetose distônica.

O perfil motor foi traçado a partir da avaliação da função motora ampla com o Gross Motor Function Measure (GMFM-88) e uma Ficha de Avaliação Fisioterapêutica. Dados referentes a história pré, peri e pós natal foram obtidos através de consulta ao prontuário escolar da aluna.

O Gross Motor Function Measure (GMFM-88) é um instrumento de observação padronizado que foi criado para medir a mudança que ocorre, com o passar do tempo na função motora grossa das crianças com PC. É uma avaliação com 88 testes baseada em critérios que mensuram a função motora em cinco dimensões: Deitar e rolar, sentar, engatinhar e ajoelhar, em pé, andar, correr e pular onde cada item é pontuado numa escala de zero a quatro pontos e o escore total é calculado pela média dos escores das cinco dimensões⁶. Os procedimentos de aplicação seguiram as instruções do Manual ^{6,9}.

Através da Ficha de Avaliação Fisioterapêutica, a qual foi delineada para este estudo, foram mensurados e observados os seguintes aspectos: dados gerais de identificação, histórico, alterações associadas, a dependência ou independência nas

atividades de locomoção, higiene pessoal, vestuário e alimentação¹⁰. No exame físico geral, percebe-se o modo pelo qual a criança chegou na sala de fisioterapia, a utilização ou não de órteses, grau de compreensão, tipo de tônus, presença de encurtamentos, contraturas ou deformidades, coordenação e presença de reflexos. Também constitui tópico da Ficha de Avaliação Fisioterapêutica a observação de atividades posturais ¹: em supino, prono, sentado, gato, joelhos, semi-joelho, em pé e marcha, com identificação do Diagnóstico Clínico e Diagnóstico Fisioterapêutico.

3. Resultados

Caracterização do caso

Na pesquisa de prontuário da aluna de iniciais A S.O. nasceu no dia 10/08/99 foi possível obter as informações descritas na Tabela 1:

Tabela 1: Histórico pré-, peri- e pós-natal

Gravidez	Desejada
Tipo de Parto	Normal com indução, por 13 horas
Índice de Apgar	1º. Minuto: 02 5º. Minuto: 05
Idade Gestacional	41 semanas
DADOS ANTROPOMÉTRICOS AO NASCIMENTO	
Peso	3.280 Kg
Comprimento	56 cm
Perímetro Cefálico	25,5 cm
INTERCORRÊNCIAS NEONATAIS	
Aspiração Meconial	Internação em UTI Neonatal (20 dias)
Uso de Ventilação Mecânica (2 dias)	Infecção Pulmonar
Crises convulsivas	Não
AMAMENTAÇÃO NEONATAL	
Por Gavagem	Dificuldades na Sucção

No referente ao índice de Apgar, dados já encontrados em crianças com PC em uma investigação realizada por pesquisadores⁹ revelaram que 5,6% de crianças com PC apresentam um valor de 2 no primeiro minuto e 2,8% um de 5 no quinto minuto, percentuais nos quais enquadra-se a paciente em estudo. Referente ao peso ao nascimento, a média é de 2.714 gramas em crianças com PC, com picos entre 3.000 e 3.500 nos nascidos a termo como é o caso da aluna em estudo, apresentando, portanto, peso normal ao nascimento ⁹.

Quanto a intercorrências neonatais, numa revisão dos fatores de risco presentes em 250 casos de crianças com PC, pesquisadores ⁹ revelaram incidência de mecônio no líquido amniótico em 19,6% dos casos. A presença de mecônio, por si só,

é indicador de sofrimento fetal e sua aspiração, no caso em estudo, constituiu fator agravante para sua morbidade. A permanência em UTI ⁹ é comum em crianças com PC.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo de crianças com PC é difícil falar de características diretamente derivadas da lesão cerebral, no entanto, pesquisas evidenciam que atraso no desenvolvimento cognitivo se associa em 50% dos casos de PC, mas geralmente a menos que existam distúrbios associados como a deficiência mental ou outros, as anomalias ou atrasos que podem ser observados são uma conseqüência de déficit motor que altera as possíveis experiências da criança tanto em relação ao mundo físico como social ^{9,12}. No caso da aluna em estudo, esta apresenta boa compreensão, respondendo aos estímulos e solicitações impostas pelos demais, embora apresentasse importante distúrbio da linguagem caracterizando afasia.

São característicos os distúrbios da fala e da linguagem em crianças com PC, com grande probabilidade de ocorrência, atingindo 75% desta população. Estes distúrbios motores dos órgãos bucofonatórios afetam outras funções além da fala, como a mastigação, a deglutição o controle da saliva ou a respiração como é o caso da paciente que apresenta sialorréia, afasia e alterações respiratórias ¹².

Conforme a avaliação Fisioterapêutica observou-se que a aluna em estudo apresenta diagnóstico Clínico de Encefalopatia Crônica não Progressiva/ Paralisia Cerebral e como diagnóstico Fisioterapêutico de quadriplegia espástica com atetose distônica.

Quanto a atividades de vida diária, a aluna é totalmente dependente nas atividades de locomoção higiene pessoal vestiário e alimentação. Estes dados vêm ao encontro do entendimento de dados encontrados por outros pesquisadores ⁴. Ao investigar o desempenho de atividades funcionais de crianças com paralisia cerebral pesquisadores evidenciaram que além das deficiências neuromotoras, a paralisia cerebral pode resultar em incapacidade, ou seja, limitações no desempenho de atividades e tarefas do cotidiano da criança ⁴.

No Exame Físico Geral observou-se que a aluna faz uso de dispositivo de locomoção (cadeira de rodas), não utiliza órteses. Seu tônus foi classificado como distônico e apresenta persistência de reflexos primitivos. Não apresenta encurtamentos contraturas ou deformidades.

Os resultados da avaliação realizada pelo GMFM, expostos na Tabela 2, quando comparados com a tabela de estudos de validação do GMFM feita

pesquisador onde o escore obtido por crianças com PC do Tipo Quadriplegia Atetóide é muito superior ao encontrado neste estudo, denotam importante comprometimento motor da criança ¹³. Este instrumento foi utilizado por estudiosos da área de neuropediatria ¹⁴ para avaliar uma criança com PC do tipo atetóide e Paralisia Braquial Obstétrica e os resultados obtidos demonstraram uma pontuação bastante diferenciada do sujeito deste estudo o que nos faz inferir que uma mesma classificação de PC, embora apresente características comuns, pode revelar características psicomotoras peculiares, o que implica em uma atuação fisioterapêutica igualmente diferenciada.

Tabela 2: Dados obtidos pela GMFM.

Dimensões	Data da Avaliação: 16/11/2004 Idade: 5 anos 3 meses	Idade: 4 anos e 10 meses (Moura et al; 2004)
A. Deitar e rolar	8%	88,23%
B. Sentar	5%	85,00%
C. Engatinhar e ajoelhar	0	69,04%
D. Em pé	0	82,05%
E. Andar, correr e pular	0	61,11%
Score Total	2,5%	77,08%

4. Conclusão

Quanto ao perfil motor da criança investigada, constatou-se neste estudo que a mesma apresenta um padrão motor diferenciado de outras crianças com paralisia cerebral, apresentando menores escores nas dimensões do GMFM quando comparado com outro estudos. A criança realizou apenas atividades das dimensões A e B (deitar e rolar, sentar) atingindo um escore total de 2,6% e apresentou postura típica adotada pela criança com PC tipo atetóide conforme apresentado em literatura¹.

Diante do importante acometimento motor do caso em estudo evidenciando nesta avaliação, cabe ressaltar a importância da intervenção profissional individualizada e efetiva no sentido de buscar constante qualidade de vida do paciente. Também cabe ressaltar a necessidade dos profissionais envolvidos no processo de Habilitação e Reabilitação Motora, fazerem uso de instrumentação e procedimentos validados cientificamente, que se completem na caracterização quali e quantitativa do perfil motor, em sua avaliação motora, de forma a tornar mais empírica (baseada em dados) sua atuação. Ademais, a peculiaridade de cada caso de PC e sua "resposta" à reabilitação motora pode ser documentada de forma longitudinal, podendo delinear o prognóstico de cada um e, assim,

implicar em modificações na conduta fisioterapêutica, sempre em busca da efetivação prática das potencialidades do indivíduo.

6. Referências

1. Bobath B, Bobath B. Atividade postural reflexa anormal causada por lesões cerebrais. 2. ed. São Paulo : Manole, 1978.
2. Gregório CSB, Pinheiro ECT, Campos DEO, Alfaro EJ. Evolução neuromotora de um recém-nascido pré-termo e a correção com os fatores perinatais. *Fisioterapia Brasil*. v. 3 n. 4 junho/agosto 2002, p. 250-255.
3. Levitt S. O tratamento da Paralisia Cerebral e do Retardo Motor. São Paulo, Ed Manole, 2001.
4. Mancini MC, Fiúza PM, Rebelo JM, Magalhães L, Lívia C, Coelo ZAC, Paixão ML, Gontijo APB, Fonseca ST. Comparação do Desempenho de Atividades Funcionais em Crianças com Desenvolvimento Normal e Crianças com Paralisia Cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. v.60 n.2B, 2002.
5. Silva RK. A neuroplasticidade no desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral. *Temas sobre Desenvolvimento*. v. 9, n.53, p.62-69, 2000.
6. Rosenbaun PL, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P, Woddd E, Bartlett DJ, Galuppi BE. Prognosis for Gross Motor Function in Cerebral Palsy. *JAMA*. v.288, n.11, p.1357-1363, 2002.
7. Rotta NT. Paralisia Cerebral, novas perspectivas terapêuticas. *J Pediatr (Rio J)* 2002; 78 (Supl.1): S48-S54: cerebral palsy, neurology, pediatrics, spasticity.
8. Neves LF. A abordagem da criança portadora de Paralisia Cerebral. In: Kudo AM et al. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria* São Paulo: Sarvier;1994.
9. Bonvicine C; Quibáo, EF, Silva PN, Asa SKPA. Aquisição do controle de cabeça em lactentes nascidos a termo e pré-termo. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2005; 12 (2): 45-50.
10. Kudo A.M *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria* São Paulo: Sarvier, 1994.
11. Brigas-Grande A.; Luque AF; Alfaro CG; Chacón MB, González MT, Toldán JMD. Parálisis cerebral infantil: estudio de 250 casos. *Revista Neurologia*, 2002;35(9) p-812-817.
12. Basil C. Os alunos com Paralisia Cerebral: desenvolvimento e educação. In: Cool C; Palacios J; Marchesi A. *Necessidades educativas especiais e aprendizagem escolas* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
13. Russell D, Rosembaum P, Growlando C, Lane M; Plews N, Magavin H, Caoman D, Jarvis S. *Administration and soring*. In: *Gross Motor Function Meassure*. Manual McMasterUniversity: Toronto; 1993.
14. Moura EW. Makita LM, Oliveira MC. Utilização do PEDI e GMFM no planejamento de tratamento de crianças com Paralisia Cerebral do tipo atetóide e paralisia Braquial obstétrica. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.13, n.73, p. 46-1, 2004.