

Caracterização de Crianças com Paralisia Cerebral Atendidas no NAMI, em Fortaleza- Ceará

Characterization of Cerebral Palsy Children Attended at NAMI, in Fortaleza-Ceará

Vera Lúcia Montenegro de Albuquerque¹

Tatiana Sales Nogueira²

Resumo

A Paralisia Cerebral é uma condição causada por uma lesão não progressiva no encéfalo imaturo. Clinicamente, caracteriza-se por distúrbios de tônus, postura e movimento, podendo estar associada a outros distúrbios. Foram selecionadas 28 crianças portadoras de Paralisia Cerebral, tratadas no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), por equipe multidisciplinar. Realizou-se o acompanhamento semanal dessas crianças e de seus tratamentos associados à análise dos prontuários e entrevistas com os membros da equipe e com as mães das crianças. Os principais resultados foram: 100% das crianças apresentaram distúrbios associados; 71,43% das famílias dessas crianças têm renda mensal em torno de 1 a 2 salários mínimos; todas as mães relataram não terem realizado planejamento familiar, das quais 17,85% tentaram interromper a gravidez por meio de comprimidos abortivos; a causa mais encontrada da Paralisia Cerebral foi anóxia neonatal (25%); apenas 17,85% das crianças iniciaram o tratamento na idade adequada; 17,85% estão em atividade escolar. A precária condição sócio-econômica dessas crianças influencia negativamente no prognóstico da Paralisia Cerebral, pois as crianças têm acesso mais difícil a instituições de saúde, dificultando o diagnóstico e o tratamento precoce.

Palavras-chaves: Paralisia Cerebral; Distúrbios Associados; Anóxia Neonatal.

Abstract

The cerebral palsy is a condition caused by a non-progressive lesion in an immature encephalon. Clinically it is characterized by tonus disorders, posture and movements and can also be associated to other disturbance. Twenty-eight children with cerebral palsy were selected and treated by multidisciplinary group at "Núcleo de Atenção Médica Integrada" (NAMI). These children have had a weekly attendance besides their treatments associated to the analysis of the records and interviews with the members of the group and also with the children's mothers. The mainly results were: 100% of the children presented associated disturbance; 71,43% of these children's families have a monthly income about one or two minimal wages; all of the mothers related that they haven't had any kind of family planning, which 17,85% have tried to interrupt the pregnancy using abortive pills; the mostly found cause in cerebral palsy was neonatal anoxia (25%); only 17,85% of the children have begun the treatment at a proper age; 17,85% are developing school activities. The poor socio-economical condition of these children interfere negatively in the prognostic of the cerebral palsy, because such children are hard put to access health institutions, making the diagnosis and the early intervention difficult.

Keywords: Cerebral Palsy; Associated Disturbance; Neonatal Anoxia.

Introdução

A Paralisia Cerebral (PC) é um grupo de distúrbios causados por lesão ou má formação do cérebro imaturo, em ocasião pré, peri ou pós-natal. Foi descrita em 1853 por Little (apud Leitão, 1983) como *uma enfermidade do recém nascido, caracterizada por rigidez muscular mais pronunciada nos membros inferiores*.

O termo "Paralisia Cerebral" assim denominado por Temple Fay, Winthrop Phelps e Karel Bobath (apud Leitão, 1983) tornou-se clássico, porém não é o mais adequado, já que o cérebro não se encontra paralisado, mas sim impossibilitado de comandar a função motora, daí o déficit motor e a não coordenação. É mais oportuno denominá-la "Doença Motora de Origem Cerebral" (DMOC), como já é conhecida internacionalmente.

A lesão cerebral não é progressiva, porém o quadro clínico fica mais evidenciado com o tempo. O comprometimento neurológico é freqüentemente difuso, causando alterações em muitas funções desempenhadas pelo cérebro, tais como fala, visão, audição, percepção, emoções e funções intelectuais.

1. Professora Titular do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR E-mail vera@unifor.br

2. Aluna (concludente) do Curso de Fisioterapia da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e bolsista do Conselho Nacional de Pesquisa CNPq.

Havendo alteração do desenvolvimento da motricidade dos Órgãos Fono-Artilatorios (OFAs), as crianças com PC apresentarão dificuldades na alimentação e, por conseguinte, dificuldades na comunicação verbal, uma vez que a alimentação prepara os OFAs para a fala.

As crianças com deficiências visuais terão pouca ou nenhuma estimulação visual, prejudicando, assim, a aquisição e controles de tarefas que dependem da visão.

Se a psicomotricidade e o comportamento emocional e social forem comprometidos, haverá um desenvolvimento global atrasado, que pode ser confundido com deficiência cognitiva, gerando uma imagem preconceituosa sobre suas capacidades. Muitos portadores de PC possuem a inteligência normal, embora não consigam expressá-la adequadamente devido às dificuldades de linguagem, sendo interpretadas erroneamente como deficientes mentais.

Quando o *deficit* mental ocorre, pode ser em consequência da lesão original ou secundária ao *deficit* motor. O desenvolvimento intelectual pode ser comprometido pela incapacidade de adquirir experiências de aprendizagem normais, pois a criança não consegue mover-se normalmente e explorar o ambiente.

O comprometimento neurológico causa alterações em muitas funções desempenhadas pelo cérebro, acarretando geralmente um atraso global que poderá ser confundido com uma deficiência cognitiva por apresentar problemas de aprendizagem. Neste caso, a criança necessitará do acompanhamento de especialistas (Brandão, 1992), tais como fisioterapeutas (Shepherd, 1996; Fischinger, 1984), educadores, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e neuropediatras (Menkes, 1984) para, através de recursos apropriados, fazer sua integração em escolas regulares.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo

acompanhar o tratamento realizado por uma equipe multidisciplinar analisando os resultados obtidos.

Metodologia

No período de setembro de 1998 a setembro de 2000 realizou-se um o estudo em crianças portadoras de Paralisia Cerebral tratadas no NAMI (Núcleo de Atenção Médica Integrada) por profissionais das áreas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, nos turnos da manhã e da tarde. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa com estudo de caso.

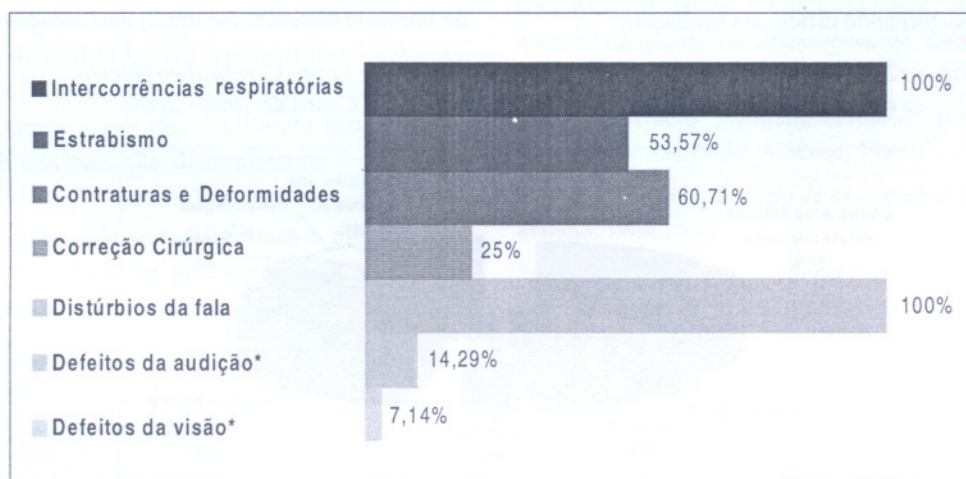
Realizado o levantamento dos casos, através da verificação dos prontuários, foram selecionadas vinte e oito (28) crianças portadoras de PC, na faixa etária de seis (6) meses a dez (10) anos. As demais não foram incluídas no estudo por não se enquadrarem nos padrões da pesquisa (desistência do tratamento, baixa assiduidade, diagnóstico duvidoso ou incorreto). Os menores de 3 anos foram observados no setor de Estimulação Precoce, tratados por equipe multidisciplinar, enquanto os demais foram observados em tratamentos específicos.

Durante esse período, foi realizado acompanhamento semanal dessas crianças e de seus respectivos tratamentos, associados à análise de seus prontuários, entrevistas semi-estruturadas com os membros da equipe multidisciplinar e com as mães das crianças.

Discussão dos Resultados

Todas as crianças acompanhadas apresentaram atraso do desenvolvimento neuro-psicomotor (DNP). Uma vez que o desenvolvimento da criança se dá de modo global, suas funções neurosensoriais e motoras devem estar íntegras. Quando uma ou mais funções estiverem comprometidas, a criança poderá apresentar DNP prejudicado.

Figura 1: Gráfico relativo aos distúrbios associados em crianças portadoras de Paralisia Cerebral no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI. Fortaleza, Ceará de 1898 - 2000.



Pesquisados os distúrbios associados à Paralisia Cerebral, constatou-se que:

- No que diz respeito aos defeitos da visão, 7,14% das crianças apresentaram tais defeitos (em diferentes tipos e graus). No entanto, não se pode afirmar que as demais não tenham algum *deficit*, uma vez que a maioria não foi submetida a exames específicos.

- Em relação aos defeitos auditivos, 14,29% apresentaram tais defeitos, não significando, porém, que o restante não tenha *deficit* auditivo, em virtude das mesmas não terem realizado exames específicos da capacidade auditiva. Todas as crianças apresentaram distúrbios da fala, nos mais diferentes tipos e graus. Em relação a contraturas do tecido conjuntivo e deformidades, observou-se que 60,71% das crianças apresentaram tais distúrbios, das quais 25% submeteram-se à correção cirúrgica. 53,57% das crianças apresentaram estrabismo, principalmente devido ao precário controle do globo ocular.

- Todas as crianças já apresentaram intercorrências respiratórias. Infelizmente, a maioria das mães não soube quantificar nem classificar as complicações pulmonares. Mas sabe-se que quanto maior for a seqüela motora, mais propensa a criança fica a ter problemas pulmonares, principalmente as pneumonias. Muitas das complicações respiratórias foram evitadas ou amenizadas graças ao trabalho da Fisioterapia Respiratória e as orientações dadas aos pais ou responsáveis.

- As deficiências em relação à cognição e à percepção foram observadas na maioria dos casos, sendo mais acentuada de acordo com a gravidade da lesão neurológica. É difícil avaliar a inteligência de uma criança portadora de Paralisia Cerebral, pois o retardo do desenvolvimento intelectual tanto pode ser um defeito primário, como pode ser secundárias as deficiências motoras e sensoriais, que reduzem as oportunidades de aprendizagem. No entanto, muitos portadores de PC possuem a inteligência normal, sendo interpretados erroneamente como deficientes mentais devido às dificuldades de comunicação. Assim, a análise da capacidade cognitiva assume, muitas vezes, um caráter subjetivo, tornando difícil sua avaliação.

Em relação à renda familiar mensal (RFM), observamos que: 39,28% possuem RFM de um (1) salário mínimo; 32,14% possuem RFM de dois (2) salários mínimos; 21,43% possuem RFM, em média, de três (3) salários mínimos; 7,14% possuem RFM entre quatro (4) e cinco (5) salários mínimos.

No que diz respeito à escolaridade, pode-se afirmar que:

- em relação aos pais: 10,71% não freqüentaram escola; 42,86% têm 1º grau incompleto; 14,29% concluíram o 1º grau; 10,71% concluíram o 2º grau; 21,43% das mães entrevistadas não souberam informar o nível de escolaridade dos pais das crianças; e em relação às mães: 7,14% das mães não freqüentaram escola; 53,57% têm 1º grau incompleto; 17,85% concluíram o 1º grau; 14,28% têm 2º grau incompleto; 3,57% concluíram o 2º grau; 3,57% têm nível superior incompleto.

Ao observarmos a RFM e o nível de escolaridade dos pais e das mães dessas crianças, fica evidente o precário nível sócio-econômico dessas famílias, fator esse que dificulta o processo de reabilitação das crianças portadoras de Paralisia Cerebral.

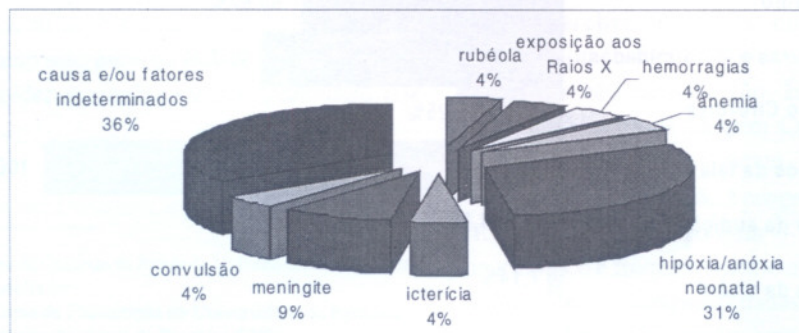
Todas as mães entrevistadas mostraram-se satisfeitas com as melhoras das crianças perante o tratamento, e as expectativas mais encontradas foram: 17,85% esperavam que a criança ficasse o mais independente possível nas atividades da vida diária; 7,14% esperavam que a criança falasse; 60,71% esperavam que a criança andasse; 14,28% esperavam que a criança melhorasse a marcha.

A principal expectativa dessas mães é que seus filhos possam andar. Isso é justificado pelo fato da marcha tornar a criança mais independente e a mãe menos sobrecarregada.

Todas as mães relataram não terem planejado a gravidez, das quais 60,71% aceitaram a gravidez; 21,42% aceitaram a gravidez, embora insatisfeitas; 17,85% não aceitaram a gravidez e tentaram interrompê-la por meio de comprimidos abortivos. Fica evidente, portanto, a falta de planejamento familiar.

Existem diversos fatores que, atuando isoladamente ou em conjunto, são capazes de provocar lesão cerebral, seja em ocasião pré, peri ou pós-natal. Os possíveis fatores causadores de Paralisia Cerebral (figura 2) encontrados foram:

Figura 2: Gráfico relativo aos fatores desencadeadores de Lesão Cerebral no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI. Fortaleza, Ceará de 1998 - 2000.

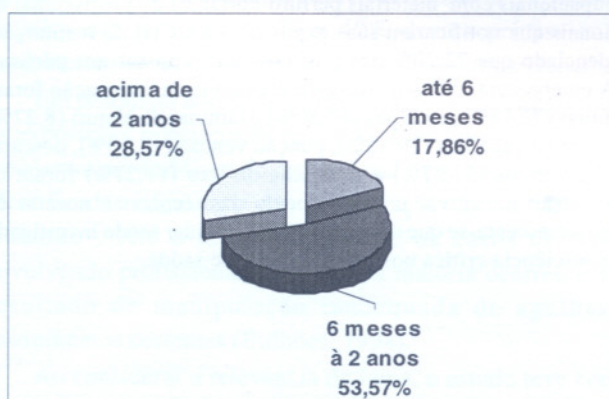


- Pré-natais: ingestão de drogas abortivas (17,85%); rubéola (3,57%); exposição aos raios-X (3,57%); anemia grave (3,57%);

- Perinatais: hipóxia/anóxia neonatal (25%), icterícia neonatal (3,57%);

- Pós-natais: meningite (7,14%); crise convulsiva (3,57%); 28,57% das mães não souberam informar a causa ou possíveis fatores causadores da Paralisia Cerebral.

Figura 3: Gráfico relativo à idade de início do tratamento dos atendimentos no Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI. Fortaleza, Ceará de 1998 - 2000.



A respeito da idade em que as crianças iniciaram o tratamento (figura 3), verificou-se que apenas 17,85% iniciaram o tratamento com até seis meses de idade (idade máxima para que o tratamento seja considerado precoce); 53,57% iniciaram até dois anos de idade (idade em que se completa o desenvolvimento funcional da motricidade); 28,57% iniciaram o tratamento a partir de dois anos de idade.

Em relação à atividade escolar das crianças: apenas 17,85% das crianças estão em atividade escolar, sendo 7,14% matriculadas no maternal, 3,57% no jardim I, 3,57% na alfabetização e 3,57% cursando a 2ª série do 1º grau; 25% das mães demonstraram interesse em colocar os filhos na escola, mas alegaram dificuldade em encontrarem escolas, principalmente escolas especiais; 17,85% só pretendem colocar os filhos para estudar caso eles melhorem seus quadros clínicos; 39,28% dos pais não demonstraram interesse no assunto.

Diversos fatores externos dificultam a melhora das crianças. Os mais evidenciados pela equipe foram, de modo geral: carência de estimulação essencial; pais relapsos ou

superprotetores; baixa assiduidade ao tratamento; início do tratamento numa fase tardia; classe econômica desfavorável (sendo esse o fator mais evidenciado pela equipe).

Conclusão

Todas as crianças da pesquisa apresentaram outros comprometimentos, além do desenvolvimento anormal da motricidade, contribuindo para um desenvolvimento global atrasado.

A precária condição sócio-econômica dessas crianças influencia consideravelmente no prognóstico da Paralisia Cerebral, pois, devido a esse fator, as crianças têm acesso mais difícil a instituições de saúde pública, dificultando o diagnóstico e o tratamento multidisciplinar precoce.

Sabe-se que algumas das complicações poderiam ter sido evitadas ou, ao menos, amenizadas se todos os pacientes tivessem iniciado o tratamento mais rapidamente, proporcionando um desenvolvimento neuro-psicomotor mais adequado.

A equipe multidisciplinar mostrou-se de fundamental importância no tratamento dessas crianças, atuando na intervenção precoce, na reabilitação e na manutenção da clínica da criança portadora de Paralisia Cerebral.

Referências

- BOBOTH, Karel. Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.
- BRANDÃO, S. Bases do tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral (ou dismotria cerebral ontogenética). São Paulo: Menmon, 1992.
- FISCHINGER, B. S. Considerações sobre a paralisia cerebral na fisioterapia. São Paulo: Panamed, 1984.
- FLEHMIG, I. Desenvolvimento normal e seus desvios no lactente: diagnóstico e tratamento precoce até o 18º mês. São Paulo: Atheneu, 1999.
- KNOBLOCH, Hilda; PASSAMANICK, Benjamim. Gesell e Amatruda diagnóstico do desenvolvimento. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1990.
- LEITÃO, Araújo. Paralisia cerebral: diagnóstico, terapia e reabilitação. São Paulo: Atheneu, 1983.
- MENKES, Jonh H. Tratado de neuropediatria. 2. ed. São Paulo: Manole, 1984.
- SHEPHERD, R. Fisioterapia em pediatria. 3. ed. São Paulo: Ed. Santos, 1996.