

Atenção fisioterapêutica na PRIMEIRA INFÂNCIA – CUIDADOS ATRAVÉS DA HIDROTERAPIA

Thays Fehlberg da Rocha¹
Bibiana da Silveira dos Santos Machado³

RESUMO: Este estudo trata-se apenas dos pacientes com Paralisia Cerebral do projeto de extensão, onde os atendimentos acontecem na Clínica Escola de Fisioterapia da Ulbra as segundas-feiras no horário de 13h30min as 16h. Os atendimentos variam entre 30min e 45min respeitando o limite e disposição de cada paciente.

Paralisia Cerebral é uma desordem do movimento e da postura devido a um defeito ou lesão do cérebro imaturo. A PC não é progressiva e provoca debilitação variável na coordenação da ação muscular, resultando incapacidade da criança em manter posturas e realizar movimentos normais. Quanto ao tipo, pode ser classificada como espástica, atetoide, atáxica, hipotônica e mista, quanto à topografia, pode ser hemiplégica, diplégica e quadriplégica. A GMFCS é capaz de prever o prognóstico da função motora grossa da criança portadora de PC. O estudo ainda encontra-se em andamento, e os resultados apresentados neste resumo são parciais, e compreendem o período de março a agosto de 2016.

PALAVRAS CHAVE: Paralisia Cerebral, Hidroterapia e GMFCS

INTRODUÇÃO

A escala GMFCS (Gross Motor Function Classification System) foi criada buscando uniformizar as avaliações realizadas acerca do grau de comprometimento motor do indivíduo com PC, desde bebê até os doze anos de idade. Essa escala tem sido amplamente aceita e utilizado nas práticas clínicas e nas pesquisas, pois fornece um simples, válido e confiável meio de se classificar um fenômeno complexo, além de ser um instrumento validado para a língua inglesa e apresentar um excelente índice de confiabilidade. A mesma tem por objetivo classificar a função motora grossa da criança com ênfase no movimento de sentar e caminhar por meio de cinco níveis motores presentes em cada uma das quatro faixas etárias (0 a 2, 2 a 4, 4 a 6 e 6 a 12 anos), caracterizando o desempenho motor da criança ao levar em consideração diferentes contextos como casa, escola e espaços comunitários (MORRIS 2004; 2008).

O GMFCS é capaz de prever o prognóstico da função motora grossa da criança com Paralisia Cerebral, pois existe uma tendência de crianças com menores potenciais de desenvolvimento motor atingirem o limite de aquisições mais rapidamente que crianças com maiores potenciais. A classificação da criança em relação ao nível motor

¹ Aluno do curso de fisioterapia bolsista do projeto de extensão atenção comunitária na infância

³ Professora Coordenadora do projeto de Extensão – bibianasilveiras@gmail.com

VIII SALÃO DE EXTENSÃO



do GMFCS permanece estável ao longo do tempo, o que certifica que, além de garantir uma maior uniformidade na classificação da função motora grossa, esse instrumento também colabora com a previsão de um prognóstico para a criança com PC (RESENBAUM 2002; 2000).

Nos últimos anos, a escala tem sido bastante utilizada tanto na prática clínica quanto em pesquisas no Brasil (PFEIFER, SILVA 2009; CHAGAS, DELFILIPO 2008; MANCINI; ALVES 2004).

A adaptação de instrumentos elaborados em outra cultura e outro idioma, sofria apenas uma simples tradução para a língua do país em que seria utilizado ou, no máximo, uma comparação literal dela com a retrotradução. Atualmente diversos autores sugerem que o processo de adaptação transcultural de um instrumento deve seguir passos mais rigorosos, incluindo a avaliação semântica e considerando aspectos do contexto cultural e estilo de vida da população alvo. Assim, considera-se importante que o GMFCS passe por um processo de adaptação transcultural, trazendo benefícios para a população alvo, nesse caso, graduandos, profissionais da área da saúde e pesquisadores que estejam envolvidos no cuidado da criança com PC (REICHENHEIN 2007; BEATO 2000).

METODOLOGIA

Os pacientes participantes com Paralisia Cerebral do projeto no primeiro dia foram avaliados no solo, com informações referentes aos dados da história de cada paciente, e aplicado as escalas de Denver II e GMFCS.

No segundo dia da criança é realizada adaptação ao meio aquático, neste atendimento é solicitado ao responsável que entre junto com seu filho na piscina, para facilitar o processo de adaptação e nos dias seguintes conforme adaptação da criança o responsável não entra mais na água.

Assim que a criança se adapta ao meio aquático é iniciado então a terapia, onde são realizadas condutas específicas e pré-selecionadas para cada paciente respeitando seus objetivos de tratamento. Para a realização das condutas são utilizados como materiais, tapete de E.V.A., brinquedos, prancha flutuadora, step, barras e banco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo encontra-se ainda em andamento, e os resultados apresentados neste resumo são parciais, e compreendem o período de março a agosto de 2016.

Até o momento já passam pelo projeto de extensão 6 crianças com Paralisia Cerebral, totalizando 26 atendimentos.

As avaliações padronizadas realizadas com as crianças devem respeitar um tempo de pelo menos três meses de intervenção para que seja realizado novas reavaliações, desta forma será apresentado aqui somente os dados das primeiras avaliações, já que o período de férias e feriados do calendário acadêmico implicam no número de intervenções.

Das crianças temos três diparéticas e uma hemiparética GMFCS III e II, com atraso no desenvolvimento, caracterizado como alertas na escala de DENVER II.

VIII SALÃO DE EXTENSÃO



O tratamento de portadores de paralisia cerebral na fisioterapia aquática faz com que diminua a ação da gravidade devido o efeito de flutuação do corpo, ou seja, facilita os movimentos que não seriam conseguidos em solo, e proporciona um relaxamento ao paciente. (SOUZA, 2003). Modulando assim o tônus, e conseqüentemente, melhorando as capacidades funcionais do portador de paralisia cerebral. Desta forma, a água tem sido aproveitada recreacionalmente pelas crianças há muitos anos, e a população de crianças com necessidades especiais não constitui exceção. De fato, a água é usada tanto para recreação quanto como uma terapia com as crianças, com resultados surpreendentes. Os melhores resultados ocorrem quando ambas as áreas fundem-se em uma abordagem única no trabalho com crianças de todas as idades (RUOTI; MORRIS; COLE, 2000).

Na tabela 1 está representada as categorias da escala, apontando quantos itens cada criança preencheu como P (Passou) e F (falhou). A categoria que mais apresentou alertas foi Linguagem e a categoria que menos apresentou alertas foi Motor Fino.

Tabela1 – Resultados na escala de DENVER II

Patologia	Idade	Pessoal Social	Motor Fino	Linguagem	Motor Grosseiro	Total
PC	2a 5m	16P 5F	22P 0F	23P 10F	22P 7F	83P 22F
PC	2a 11m	3P 15F	3P 18F	6P 17F	3P 19F	21P 69F
PC	1a 9m	11P 4F	9P 7F	9P 7F	17P 2F	46P 20F
PC	2a 11m	3P 15F	3P 18F	6P 17F	3P 19F	21P 69F

Legenda: NO (Sem Oportunidade); P (Passou); F (Falhou); PC(Paralisia Cerebral)

Na tabela 2 Demonstramos os resultados da escala GMFCS (Gross Motor Function Classification Sistem) dos pacientes portadores de Paralisia Cerebral e que não foram avaliadas com a escala de DENVER II pois têm mais de seis anos de idade.

Tabela 2- Resultado da Escala GMFCS

Idade	GMFCS	Classificação topográfica
7a 8m	III	Diparética
9a	II	Diparética
2a 11m		
2a5m		
1a9m		
2a11m		

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escala de Denver é um instrumento rápido e eficaz para identificar atrasos no desenvolvimento infantil tanto na área motora quanto cognitiva, porém percebe-se a

VIII SALÃO DE EXTENSÃO



importância da utilização de escala mais específica para a patologia PC, visando identificar de forma mais fidedigna a situação motora e sócio-comportamental dos pacientes. Porém ela se mostra confiável para captar os atrasos no desenvolvimento infantil.

A população heterogênea dificulta a apresentação de resultados mais específicos, o trabalho do projeto seguirá avaliando de maneira global, porém será utilizado para cada patologia uma escala específica se houver, otimizando o suporte no tratamento fisioterapêutico na água.

REFERÊNCIAS

- SOUZA, Ângela Maria Costa de (org.). *A criança especial : temas médicos, educativos e sociais*. São Paulo: Roca, 2003.
- RUOTI, R., MORRIS, D., COLE, A. *Reabilitação aquática*, 2000, São Paulo, SP: Manole, 1ª ed
- Pfeifer LI, Silva DBR, Funayama CAR, Santos JL. Classification of cerebral palsy: association between gender, age, motor type, topography and gross motor function. *Arq Neuropsiquiatr*. 2009;67(4):1057-61.
- Morris C. Development of the gross motor function classification system (1997). *Dev Med Child Neurol*. 2008;50(1):5.
- Morris C, Bartlett D. Gross Motor Function Classification System: impact and utility. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46(1):60-5.
- Rosenbaum P, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P, et al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *JAMA*. 2002;288(11):1357-63.
- Mancini MC, Alves ACM, Schaper C, Figueiredo EM, Sampaio RF, Coelho ZA, et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(3):253-60.
- Chagas PSC, Defilipo EC, Lemos RA, Mancini MC, Frônio JS, Carvalho RM. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Fisioter*. 2008;12(5):409-16.
- Reichenhein ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):665-73.
- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of Cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-91.
- Behling O, Law KS. *Translating questionnaires and other research instruments: problems and solutions*. Thousand Oaks: Sage; 2000.
- Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Rev Psiquiatr Clínica*. 1998;25(5):206-13.