

Artigo original

O acesso de crianças com paralisia cerebral à fisioterapia

Access of children with cerebral palsy to physical therapy

Cristiane Mattos de Oliveira, M.Sc.*, Alexandra Prufer de Q. C. Araújo**

*Fisioterapeuta, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, UFRJ, **Neuropediatra, Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Resumo

Objetivo: Estudar a idade de acesso à reabilitação (fisioterapia motora) e discutir possíveis fatores relacionados a esta acessibilidade. **Método:** Estudo retrospectivo transversal de série de casos composto por uma amostra de conveniência de 38 crianças, de 2 a 5 anos de idade, com diagnóstico de Disfunção Neuromotora (DNM), em acompanhamento no Setor de Neurologia de um Hospital Universitário no período de 2000 a 2002. **Resultados:** Apenas 6 crianças iniciaram a fisioterapia motora até os 6 meses de vida (17,6%), apesar da maioria (92,1%) apresentar registro de fatores perinatais de risco em prontuário. O acesso à reabilitação foi mais precoce nos casos de acometimento mais difuso (razão de prevalência de 1,35 (0,23 < RP < 8,10)). **Conclusão:** O acesso à reabilitação de pacientes com DNM ocorre tardiamente. Dentre outros fatores, dificuldades no reconhecimento dos sinais precoces da DNM e dificuldades no acesso aos centros de reabilitação podem estar relacionados à demora do início da terapia.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, fisioterapia, paralisia cerebral, centros de reabilitação.

Abstract

Objective: To study the age of access to rehabilitation (physical therapy) and discuss the possible factors related to this accessibility. **Methods:** Retrospective sectional case series, of a convenience sample of 38 children, aged 2 to 5 years, diagnosed as cerebral palsy and followed at the neurology section of a University Hospital from 2000 to 2002. **Results:** Only 6 children began physical therapy before the age of 6 months of life (17.6 %), although the majority had registered perinatal risk factors (92.1 %). Access to therapy was earlier in children with more diffuse involvement (prevalence ratio of 1,35 (0.23 < RP < 8.10)). **Conclusion:** Late access to rehabilitation occurs in children with cerebral palsy. Among other factors, difficulties in recognition of the early signs of cerebral palsy and access difficulties to rehabilitation centers maybe related to the delay at the beginning of the therapy.

Key-words: health services accessibility, physical therapy, cerebral palsy, rehabilitation centers.

Introdução

Paralisia Cerebral (PC), Disfunção Neuromotora (DNM) ou ainda Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância são termos que definem um distúrbio neurosensoriopsicomotor secundário a uma lesão não progressiva em um cérebro imaturo [1]. O distúrbio sensoriopsicomotor se expressa por alterações no movimento, na postura e na coordenação motora, que interferem com o desenvolvimento normal. Estudos

em diferentes estados americanos apontam para cifras de 1 a 2,5 por 1000 nascidos vivos [2-4].

Desta forma, uma deficiência motora, que se expressa por demora em alcançar um marco motor, costuma ser o sintoma inicial que conduz a suspeita deste diagnóstico, confirmado se não houver evidências de piora progressiva. São crianças que necessitam de suporte médico, educacional, social e de reabilitação, particularmente de fisioterapia [5-6].

Recebido em 8 de julho de 2006; aceito 15 de março de 2007.

Endereço para correspondência: Cristiane Mattos de Oliveira, Praia das Pitangueiras, 435/107, Ilha do Governador, 21930-360 Rio de Janeiro RJ, Tel: (21) 2467-8626, E-mail: crismattos@bridge.com.br

Não existe cura da DNM, porém, existe a possibilidade de melhora dependendo da intensidade e local da lesão e dos cuidados que o indivíduo receba ao longo da vida. As funções não acometidas podem ser estimuladas e aquelas alteradas, abordadas a fim de evitar danos secundários. O prognóstico nem sempre é fácil de estabelecer, pois o cérebro da criança desenvolve-se de acordo com o seu potencial, este diminuído em função do dano, mas também em função do estímulo que recebe. Estudos indicam que o tratamento precoce melhora o prognóstico da DNM pela prevenção de contraturas e por facilitar a adaptação da vida familiar [7].

Vale ressaltar a importância de programas de acompanhamento de bebês de alto risco para a detecção precoce de distúrbios do desenvolvimento [8]. Somente após serem reconhecidas é que estas crianças serão encaminhadas às terapias necessárias. A idade média do diagnóstico, em países como a Suécia e o Japão, gira em torno de 1 ano [7-9].

No Brasil, ignora-se a quantidade de crianças com DNM. Pode-se presumir uma prevalência elevada dado ao precário acesso aos cuidados gestacionais e a assistência perinatal [10]. Se tomarmos como base a taxa de 1:1000, e o número de nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2001, teríamos cerca de 200 crianças, que nascidas naquele ano, desenvolveriam DNM em nosso estado [11].

Este estudo tem como objetivo estudar a idade de acesso à reabilitação (fisioterapia motora) e discutir possíveis fatores relacionados a esta acessibilidade. Acreditamos que, embora multifatorial, a idade de acesso à reabilitação encontra-se em parte associado ao atraso no reconhecimento deste distúrbio.

Material e método

O estudo foi retrospectivo transversal de série de casos e composto por uma amostra de conveniência de 38 crianças, de 2 a 5 anos de idade, com diagnóstico de Disfunção Neuromotora, em acompanhamento no Setor de Neurologia do IPPMG no período de 2000 a 2002. Trata-se de parte de uma tese de Mestrado do curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Todos os responsáveis legais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IPPMG e aprovado em 22 de julho de 2003.

Foram convidadas para participar deste estudo 122 crianças através de cartas ou no momento da consulta médica com o seu neuropediatra. Tivemos uma perda de 72 crianças que não compareceram ao nosso agendamento e 12 exclusões. Dentre as exclusões, 7 não apresentaram diagnóstico de DNM, 3 não apresentaram o cartão da maternidade e 2 pela não autorização dos responsáveis em participar. Desta forma, nossa amostra de conveniência foi composta de 38 crianças.

Foram excluídas da nossa amostra todas as crianças que apresentaram manifestações clínicas semelhantes a DNM, porém atribuídas à outra etiologia pelo médico responsável por seu acompanhamento, bem como crianças que não apresentaram o cartão da maternidade ou em cujo prontuário não constaram informações sobre a gestação, o parto e o período neonatal. Todas as crianças da nossa amostra passaram obrigatoriamente por pelo menos 3 consultas com o neuropediatra para que fosse comprovado o diagnóstico de DNM e, desta forma, descartado o diagnóstico de uma doença progressiva. Além disso, neste trabalho consideramos a lesão pós-natal apenas até 30 dias após o nascimento.

As crianças foram submetidas a uma avaliação realizada por uma fisioterapeuta, as informações de seus prontuários e do cartão da criança, bem como outras obtidas por entrevista com seus responsáveis, foram anotadas na ocasião da avaliação.

Classificamos as crianças de acordo com as partes do corpo envolvidas, como: quadriplegia, aquelas com acometimento dos quatro membros do corpo; diplegia, quando o envolvimento predominava nos membros inferiores; hemiplegia, se a criança apresentasse paresia em um hemicorpo.

A classificação foi também baseada no distúrbio do movimento [11-12]: espástica se apresentasse aumento do tônus muscular, resistência à movimentação passiva e reflexos profundos exaltados; discinética se dominada por manifestações extra-piramidais, como a distonia ou atetose; atáxica, quando presente a hipotonia, tremores de ação, dismetria e fala disártrica. Algumas crianças apresentaram características de mais de uma das formas citadas e foram classificadas como mistas.

A idade do diagnóstico bem como a idade de início da fisioterapia motora foi verificada no prontuário quando relatada e quando não, estas informações foram colhidas com os responsáveis.

Procurou-se limitar possíveis vieses de informação, limitando-se a faixa etária dos incluídos e desta forma limitando o viés de memória relacionado a fatos passados. Baseou-se sempre que possível em dados documentais, como prontuários e cartão da criança e só utilizando-se os dados de entrevista quando inexistentes os dados em outras fontes.

Os dados coletados foram armazenados no programa Epi-Info versão 6.04 e foram verificadas as frequências e distribuição. Para uma análise exploratória dividiu-se o grupo de acordo com o acometimento (difuso ou localizado) e verificou-se a razão de prevalência para o acesso a reabilitação antes ou após 1 ano de idade.

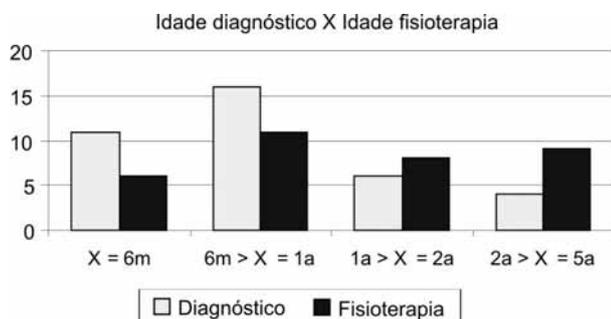
Resultados

Foram avaliadas 38 crianças com DNM. Predominou o acometimento misto com 14 casos (36,8%), seguido da quadriplegia com 13 casos (34,2%), diplegia e ataxia com 3 casos ambos (7,9%), hemiplegia em 2 casos (5,3%), mono-

plegia em 1 caso (2,6%) e 2 casos não classificáveis (5,3%). Estes últimos não apresentavam comprometimento motor evidente por ocasião da avaliação, tendo, no entanto, no passado, registro deste envolvimento em prontuário. Dentre as formas mistas, a principal combinação foi da quadriplegia com a atetose em 10 casos, e 2 casos apresentavam diplegia com ataxia.

A idade de acesso à reabilitação em relação à idade do diagnóstico está apresentada na Figura 1. Apenas 6 crianças iniciaram a fisioterapia motora até os 6 meses de vida (17,6%), e 4 crianças nunca haviam feito fisioterapia motora. Metade da amostra iniciou esta terapia após 1 ano e um quarto apenas após 2 anos.

Figura 1 - Distribuição da amostra pela idade do diagnóstico relacionada à idade de acesso à fisioterapia motora. IPPMG/UFRJ, 2005.



Legenda: m = mês; a = ano

Das 17 crianças que iniciaram a fisioterapia motora após 1 ano de vida, 9 tinham sido diagnosticadas como DNM até 1 ano e 8 crianças após 1 ano de vida. A distribuição da classificação da DNM diagnosticados antes e depois de 1 ano de idade está apresentada na tabela I.

Tabela I – Distribuição dos tipos de DNM diagnosticados antes e após 1 ano de idade. IPPMG/UFRJ, 2005.

Diagnóstico	Casos	
	Antes de 1 ano	Após 1 ano
Quadriplegia	9	3
Diplegia	3	0
Hemiplegia	1	1
Monoplegia	1	0
Misto	9	5
Ataxia	2	1
Não classificável	2	0
TOTAL	27	10

Obs: 1 caso sem informações sobre a época do diagnóstico.

Quando relacionamos a idade de acesso à reabilitação com o grau de acometimento da DNM, encontramos uma razão de prevalência de 1,35 ($0,23 < RP < 8,10$) (Tabela II). Ou seja, a chance de um caso de DNM com acometimento

mais difuso (grupo A) ter acesso a fisioterapia antes de 1 ano foi 1,35 vezes maior que um caso com acometimento mais restrito (grupo B).

Tabela II - Distribuição da amostra pelo tipo de DNM relacionada à idade de acesso à fisioterapia. IPPMG/UFRJ, 2005.

Tipo de DNM	Acesso à fisioterapia		Total
	Antes de 1 ano	Após 1 ano	
Grupo A	13	12	25
Grupo B	4	5	9
Total	17	17	34

Legenda:

Grupo A: Quadriplegia e casos mistos.

Grupo B: Monoplegia, hemiplegia, diplegia, ataxia e não classificável.

Da amostra estudada, 35 crianças (92,1%) apresentaram registro de fatores de risco relatados em prontuário. Entre estes fatores de risco relatados, os mais comuns foram sofrimento fetal, icterícia neonatal, hipertensão gestacional, infecção neonatal e bolsa rota com perda de líquido amniótico.

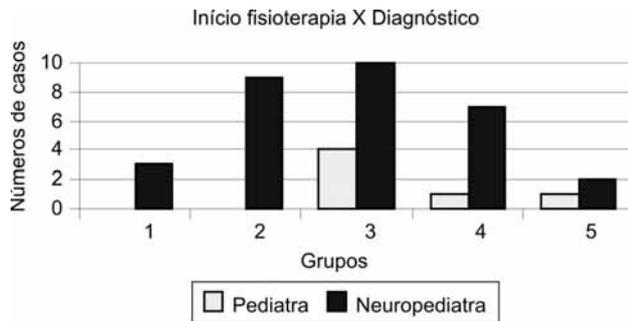
Discussão

Os resultados observados neste estudo descritivo com amostra de conveniência indicam que o acesso à reabilitação de pacientes com DNM ocorre tardiamente. Apesar de apresentarem um distúrbio determinado no período perinatal, metade das crianças desta amostra só iniciou a fisioterapia após a idade de 1 ano.

O acesso é uma das etapas integrantes do fluxo de eventos na utilização de serviços de saúde, centrado na entrada a este sistema [13]. As crianças com distúrbios do desenvolvimento dependem de serviços de reabilitação em suas terapias, sendo fundamental para as que apresentam DNM a fisioterapia motora.

Um inquérito por telefone no Canadá mostrou que apenas 36 % das crianças que haviam sido encaminhadas à fisioterapia motora ainda não freqüentavam este serviço 6 meses após o contato médico que indicou tal terapia [6]. A simples suspeita diagnóstica, nestes casos, decorrente do atraso do desenvolvimento motor, poderia suscitar o encaminhamento à fisioterapia motora. Apenas 3 casos da presente amostra haviam iniciado a fisioterapia antes do diagnóstico definitivo, o que indica que, na minoria dos casos, o pediatra, ao suspeitar de algo anormal, encaminhou o paciente tanto para investigação complementar com o especialista como orientou para um tratamento inicial. Estes 3 casos foram diagnosticados pelo neuropediatra como mostra a Figura 2.

Figura 2 - Distribuição da amostra relacionando o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início da fisioterapia bem como o profissional responsável pelo diagnóstico. IPPMG/UFRJ, 2005.



Legenda:

Grupo 1: Iniciou a fisioterapia antes da confirmação do diagnóstico.

Grupo 2: Iniciou a fisioterapia após a confirmação do diagnóstico, com latência < 6 meses.

Grupo 3: Iniciou a fisioterapia após a confirmação do diagnóstico, com latência > 6 meses.

Grupo 4: O início da fisioterapia bem como a confirmação do diagnóstico ocorreu tardiamente, após os 2 anos de idade.

Grupo 5: Nunca fez fisioterapia.

Obs: Em um caso do grupo 5 não obtivemos as informações pertinentes à figura acima.

Alguns fatores podem estar retardando o acesso à reabilitação destes pacientes. Levantaremos aqui algumas hipóteses. É possível que algumas crianças não sigam um acompanhamento rotineiro com os pediatras; no presente estudo, este aspecto não foi avaliado. Outras, acompanhadas de forma adequada pelos pediatras podem estar sendo encaminhadas para outros especialistas e não para a fisioterapia motora. É possível que essas crianças infelizmente não estejam sendo reconhecidas pelos seus pediatras como necessitadas de reabilitação. De acordo com os dados obtidos pelos responsáveis mostrados na Tabela III, apenas 3 crianças foram orientadas a fisioterapia motora pelo pediatra. Outras crianças foram encaminhadas à ortopedia e a terapia ocupacional. Ademais, 3 crianças não receberam nenhuma recomendação pelo seu pediatra e um responsável foi orientado apenas a observar a evolução de seu filho.

O pediatra pode ter dificuldade para fazer este diagnóstico. Cerca de 84% da nossa amostra (31 crianças) foi diagnosticada pelo neuropediatra e apenas cerca de 16% (6 crianças) pelo pediatra (Figura 2). Na nossa amostra, 71% (27 casos) foram encaminhados ao neuropediatra pelo pediatra de rotina para investigação de diagnóstico (Tabela III). Se diante da detecção de uma anormalidade do desenvolvimento, o atraso motor, o paciente depende de outro especialista para estabelecer não só o diagnóstico definitivo, mas também para obter o encaminhamento a fisioterapia, o início desta terapia será mais tardio.

Tabela III - Distribuição da amostra quanto à orientação do pediatra de rotina. IPPMG/UFRJ, 2005.

Grupos	Orientação pelo pediatra de rotina	Casos
1	Neurologia	3
2	Neurologia	5
	Ortopedia	1
	Neurologia e Fisioterapia	1
	Centro de reabilitação	1
	Observação	1
3	Neurologia	12
	Neurologia e Ortopedia	1
	Nenhuma recomendação	1
4	Neurologia	2
	Neurologia e Fisioterapia	1
	Fisioterapia	1
	Ortopedia	1
	Terapia ocupacional	1
5	Neurologia	2
	Terapia ocupacional	1
	Não informado	1
Total		38

Dificuldades no acesso ao sistema de saúde, referentes aos recursos disponíveis, materiais e humanos, que resultam na oferta de vagas podem justificar certa latência no ingresso à reabilitação. Tal suposição poderia ser uma explicação para a observação de 4 pacientes desta amostra, com diagnóstico estabelecido, nunca haverem feito fisioterapia.

A idade de diagnóstico da DNM em 71 % dos casos, no presente estudo, foi antes de 1 ano. Este dado está de acordo com o observado em outros estudos de outros países. Na Suécia a idade média do diagnóstico de DNM é de 12,4 meses [7] e no Japão são diagnosticadas por volta de 1 ano 42% dos hemiplégicos, 39% dos diplégicos e 33% dos atáxicos [9]. Apenas as crianças quadriplégicas e as atetóides alcançam o diagnóstico mais precocemente [9]. Este dado também foi verificado no presente estudo como mostrado na Tabela I.

Cabe ressaltar a importância do acompanhamento do desenvolvimento de bebês de risco desde o período neonatal. Avaliação periódica para crianças de risco é uma estratégia efetiva para o diagnóstico e início do tratamento precoce [14]. Todos os pacientes com fatores de risco ou sinais neurológicos anormais deveriam ter o desenvolvimento motor acompanhado de perto [13-15]. As recomendações recentemente publicadas acerca da avaliação diagnóstica deste distúrbio enfatizam ser este um diagnóstico eminentemente clínico [5]. Se este seguimento se iniciar logo no período neonatal em

crianças de risco, não só o diagnóstico e o encaminhamento tenderão a ser mais rápidos, mas será formado um vínculo maior da família com os profissionais da saúde, que favorecerá a adesão as terapias propostas [15]. Sabe-se que o início precoce da reabilitação traz benefícios para a criança ajudando na socialização, adaptação familiar, e ajuda a criança a alcançar o seu potencial máximo de desenvolvimento [16].

Vimos em nossa amostra que 4 crianças (10,5%) nunca fizeram fisioterapia e em outras 13 crianças (33,8%) houve abandono. Os motivos relacionados por estes responsáveis foram os mais variados: falta de vaga nos centros de reabilitação procurados, falta de disponibilidade do responsável em levar a criança para a fisioterapia, distância da residência, e até mesmo contra-indicação por parte de alguns profissionais da área da saúde. Tais motivos justificam em parte a dificuldade no acesso, mas também na manutenção de um tratamento ideal, ou seja, para a utilização de serviços de saúde.

Condições sócio-econômicas precárias, o analfabetismo, famílias numerosas, freqüentes mudanças de residência e a não avaliação em centros especializados podem privar a criança de um cuidado apropriado [13]. Estes são possíveis fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde.

Conclusão

Este estudo permite a formulação de hipóteses, por tratar-se de estudo descritivo, baseado em amostra de conveniência de um Hospital Universitário. Porém não deve suscitar generalizações. Não podemos comparar nosso estudo com outros feitos em nosso país ou no exterior pela forma diferente que a coleta de dados foi feita ou por se tratarem de amostras selecionadas com base em outros critérios. Se nossa amostra fosse oriunda de uma população aleatória e não de um hospital universitário, talvez o quadro apresentado fosse diferente. Pois, talvez tenham comparecido apenas para o nosso estudo àquelas crianças mais graves, sendo as mais leves julgadas pelos responsáveis como curadas ou não necessitadas de acompanhamento.

As barreiras de acesso à reabilitação merecem estudos futuros que analisem as hipóteses aqui apontadas, garantindo então um acesso e utilização mais adequada destes serviços de saúde. O efetivo uso continuado dos serviços poderá contribuir para adequada redução dos efeitos das doenças crônicas, particularmente daquelas que repercutem no desenvolvimento.

Referências

1. Piovesana AMMSG, Moura-Ribeiro MV, Zanardi VA, Gonçalves VMG. Paralisia cerebral hemiparética: fatores de risco etiológico e neuroimagem. *Arq Neuropsiquiatr*;2001;59:29-34.
2. Bass N. Cerebral palsy and neurodegenerative disease. *Curr Opin Pediatr* 1999; 11:504-7.
3. Ferriero DM. Cerebral palsy: diagnosing something that is not one thing. *Curr Opin Pediatr* 1999;11: 485-6.
4. Nelson KB, Grether JK. Causes of cerebral palsy. *Curr Opin Pediatr* 1999;11: 487-91.
5. Ashwal S, Russman BS, Blasco PA, Miller G, Sandler A, Shevell M, et al. Practice parameter: diagnostic assessment of the child with cerebral palsy. *Neurology* 2004;62:851-863.
6. Majnemer A, Shevell MI, Rosenbaum P, Abrahamowicz M. Early rehabilitation service utilization patterns in young children with developmental delays. *Child Care Health Dev* 2002;28:351-8.
7. Lindretröm K, Bremberg S. The contribution of developmental surveillance to early detection of cerebral palsy. *Acta Paediatr* 1997;86:736-9.
8. Magalhães LC, Barbosa VM, Paixão ML, Figueiredo EM, Gontijo APB. Acompanhamento ambulatorial do desenvolvimento de recém-nascidos de alto risco: características da população e incidência de seqüelas funcionais. *Rev Paul Pediatr* 1998;16:191-6.
9. Suzuki J, Ito M, Tomiwa K, Okuno T. A clinical study of cerebral palsy in Shiga; 1977-1986-III. Diagnosis and treatment of various types of cerebral palsy. *No To Hattatsu* 1999; 31(4):343-7.
10. Lefèvre AB, Diament AJ. *Neurologia Infantil – Semiologia, clínica e tratamento*. São Paulo: Sarvier; 1980. p.471-84.
11. IBGE. Censo 2001. [citado 2005 Jan 12]. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/>.
12. Aneja S. Evaluation of a child with cerebral palsy. *Indian J Pediatr* 2004;71: 627-34.
13. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20(sup 2):S190-S198.
14. Barbosa VM, Campbell SK, Sheftel D, Singh J, Beligere N. Longitudinal performance of infants with cerebral palsy on the Test of Infant Motor Performance and on the Alberta Infant Motor Scale. *Phys Occup Ther Pediatr* 2003;23(3):7-29.
15. Marlow N. A touch of cerebral palsy. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2001;84(1): F4-F5.
16. Murphy N, Such-Neibar T. Cerebral palsy diagnosis and management: the state of the art. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2003;33(5):146-69.