



# INCIDÊNCIA E MORTALIDADE DE PARALISIA CEREBRAL NO MUNICÍPIO SÃO PAULO - SP

ÁVILA, Jhessy Esthela<sup>1</sup>

RODRIGUES, Natalia de Souza<sup>2</sup>

SANTOS, Rafaela Mendes

OLIVEIRA, Ana Karoline Alves

SANTOS, Ana Natalia Leme

SAVIAN, Nathalia Ulices<sup>3</sup>

Acadêmica do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva<sup>12</sup>

Mestre em Fisioterapia, docente da Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva<sup>3</sup>

## RESUMO

Freud, em 1897, sugeriu o nome de paralisia cerebral a essa doença, caracterizada por crianças com transtornos motores devido à lesão no sistema nervoso central. Há vários tipos de Paralisia Cerebral, que se diferenciam de acordo com a informação que disponibilizam. O tratamento fisioterapêutico visa minimizar as consequências e promovendo maior capacidade funcional. O presente trabalho foi realizado através de levantamento bibliográfico obtido através da base de dados: Data Sus.

**Palavra-Chave:** Rigidez, sistema nervoso.

## ABSTRACT

Freud, in 1897, suggested the name of that disease cerebral palsy, characterized in children with motor disorders due to injury in the central nervous system. There are several types of cerebral palsy, which differ according to the information they make available. The physical therapy aims to minimize the consequences and promoting greater functional capacity. This work was carried out through literature obtained through the database: Datasus

**Keywords:** Stiffness, nervous system.

## 1. INTRODUÇÃO

Descrita a primeira vez em 1843 por Little, definindo como uma patologia ligada a principalmente a rigidez, além de outras diferentes causas e características. Já em 1862 houve uma ligação entre a patologia e o parto



anormal. Em 1897 Freud, sugeriu o nome de paralisia cerebral a essa doença, que logo depois foi consagrada por Phelps, que se referiu a um grupo de crianças com características de transtornos motores devido à lesão no sistema nervoso central (ROTTA, 2002).

É também caracterizada por ser uma deficiência física que pode ser diagnosticada nos primeiros anos de vida. Sendo uma doença de caráter não progressivo e de origem pré-natal, peri-natal ou pós-natal, com maior prevalência no período pré-natal. Podendo ter como causa congênita, genética, inflamatórias, infecciosas, anóxicas, traumáticas ou metabólicas (ZANINI, 2009).

Existem várias classificações para a Paralisia Cerebral, que se diferenciam de acordo com a informação que disponibilizam como: o tipo de tônus, localização do acometimento do corpo e nível de independência. 75% das alterações tônicas são caracterizados pela espasticidade, que é o aumento do tônus muscular, com aumento dos reflexos tendíneos e da resistência ao movimento. Dentro da classificação topográfica as crianças espásticas podem ser: quadriplégicas, diplégicas ou hemiplégicas (CHAGAS, 2008).

Tipos de Paralisia Cerebral: Quadriplegia: ocorrem lesões bilaterais difusas no sistema piramidal, podendo ocorrer ainda, microcefalia, deficiência mental e epilepsia. Ocorre de 9 a 43 % dos pacientes. Diplegia: é a forma mais encontrada em prematuros. Com comprometimento dos membros inferiores, ocorrendo de 10 a 30% dos casos. Hemiplegia: é a mais frequente, com maior comprometimento do membro superior, acompanhado de sinais como a espasticidade. Discinesia: a forma mais rara, com manifestações de movimentos involuntários. Ataxia: também considerada rara, inicialmente apresenta hipotonia, e alterações de equilíbrio aos poucos. Mistas: é a associação das manifestações anteriores, correspondendo, geralmente, ao encontro de movimentos distônicos e córeo-atetóides ou à combinação de ataxia com plegia (LEITE, 2004).

A caracterização da Paralisia Cerebral, além do distúrbio motor inclui em seu quadro clínico outras manifestações como, Deficiência Mental; Epilepsia; Distúrbios de Linguagem; Distúrbios Visuais; distúrbios de Comportamento e



Distúrbios ortopédicos. Esses distúrbios se dão devido alterações que ocorrem durante a infância em locais específicos em áreas motoras do cérebro (LEITE, 2004).

O tratamento adotado diante de uma criança com paralisia cerebral, é paliativo, podendo, portanto ser usado ainda, tratamento medicamentoso que em geral são usados anticonvulsivantes, e em alguns casos usa-se também medicamentos psiquiátricos para se controlar os distúrbios afetivos emocionais e de agitação psicomotora, ligados a deficiência mental. O tratamento cirúrgico envolve cirurgias ortopédicas que possibilitam uma correção nas deformidades e uma estabilidade articular, visando à preservação da função e alívio da dor (LEITE, 2004).

O tratamento deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, o fisioterapeuta desempenha um papel muito importante, utilizando diferentes métodos e emprega-los de acordo com um quadro clínico específico. Os principais são: o Bobath, que se baseia na inibição dos reflexos primitivos e nos padrões patológicos de movimentos; o Phelps, que se baseia na habilitação por etapas, dos grupos musculares, até chegar à independência motora e a praxias complexas e o Kabat, que utiliza de estímulos proprioceptivos facilitadores de respostas motoras, seguido de respostas reflexas, e chegando à motricidade voluntária (SARI, 2008).

No atendimento fisioterapêutico deve ser considerado as etapas do desenvolvimento motor normal, utilizando vários tipos de estimulação sensitiva e sensorial, visto que este tipo de desenvolvimento depende da tarefa e das exigências do ambiente, sendo necessário, manter a relação com o desenvolvimento visual, cognitivo e a fala. A intervenção fisioterapêutica, influencia diretamente no processo de maturação e recuperação do sistema nervoso, pois tudo o que a criança experimenta e treina provavelmente causa modificações no seu sistema neuromuscular (SARI, 2008).

O processo de recuperação deve ser precoce devido a maior plasticidade neuromotora, visando a melhorada capacidade funcional que estrutura o ambiente no sentido de favorecer a exploração ativa, e estimular



movimentos como: controlar a cabeça, rolar, passar para sentado, engatinhar, ficar sobre os joelhos, colocar-se em pé, andar, e apreender e manusear diferentes objetos, permitindo uma maior interação ativa entre a criança e o ambiente ao seu redor(SARI, 2008).

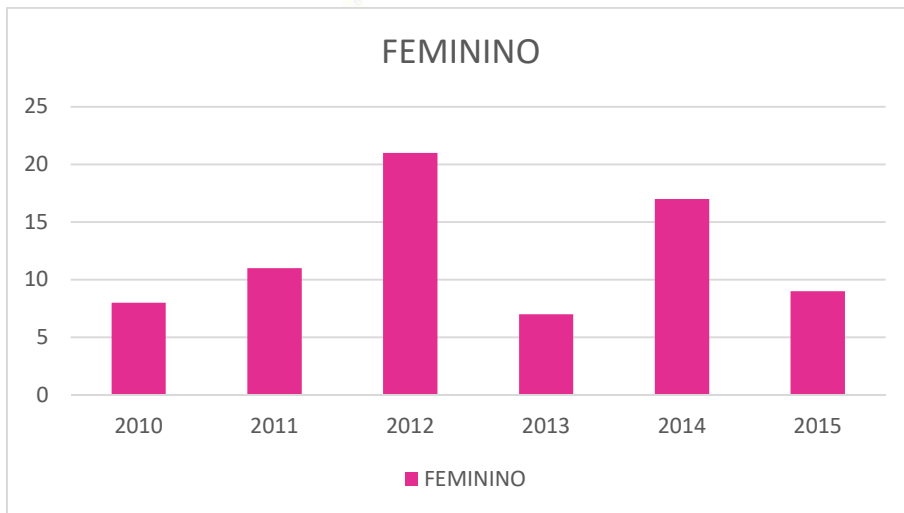
De modo geral, as condutas fisioterapêuticas devem incluir; inibição de padrão patológico com extensão de MMSS e MMII alinhamento de tronco e de cabeça; dissociação de cinturas escapular e pélvica; alongamento muscular; treino de rolar a partir dos pontos chaves do quadril e cotovelo; facilitação do controle cervical e de cintura escapular a partir da posição prono; estabilização de quadris com auxílio de rolos terapêutico sob as axilas – facilitação do controle cervical e de cintura escapular em prono por medida do tapping de pressão, de peso com e sem rolo; e descarga de peso sob os MMSS e MMII (GOMES, 2013).

Trata-se de um trabalho realizado no levantamento bibliográfico em artigos científicos publicados em bases de dados indexados, e o site Data Sus. O material foi separado de acordo com abrangências do tema, possibilitando a elaboração de um plano de leitura. A referência mais antiga e mais recente, utilizada neste artigo, data ano de 2008 a 2015.

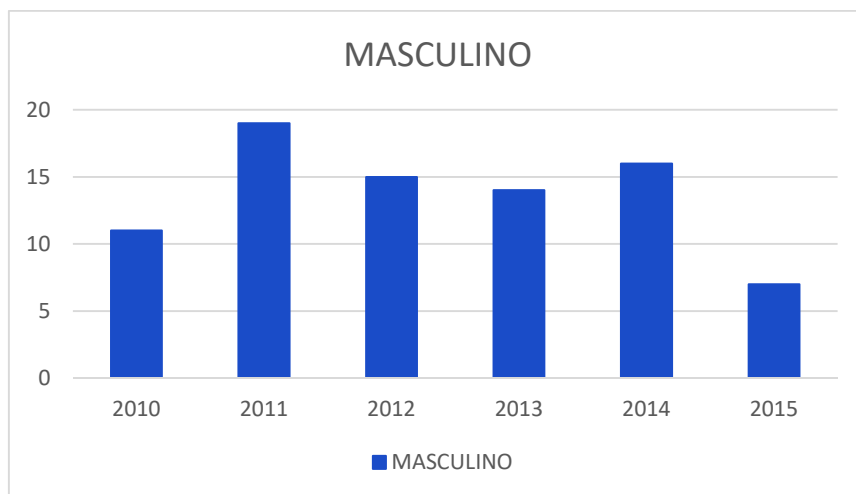
O trabalho iniciou-se para pesquisa devido ao interesse pelo assunto e importância do tema, como propósito de construção de trabalho para estágio supervisionado aplicado à fisioterapia em neurologia infantil.

## **2. RESULTADOS**

Segundo dados estatísticos do Data Sus, contabilizou-se a taxa de mortalidade no ano de 2010 oito casos , 2011 onze casos, 2012 vinte e um casos, 2013 seis casos, 2014 dezesseis casos e 2015 de janeiro a junho, nove casos de paralisia cerebral no sexo feminino no município de São Paulo, como consta no gráfico abaixo (Gráfico 1).



Da mesma maneira, contabilizou-se uma a taxa de mortalidade no ano de 2010 onze casos, 2011 dezenove casos, 2012 quinze casos, 2013 dezenove casos, 2014 dezesseis casos e 2015 de janeiro a junho, totalizaram sete casos masculinos com pacientes portadores de paralisia cerebral na cidade de São Paulo (Gráfico 2).



### 3. DISCUSSÃO

Bettiol; Barbieri; Silva (2010) fala que nos EUA a prevalência de nascimentos pré-termo aumentou de 1981 a 2005, mantendo atualmente na faixa de 12 a 13%.



No Brasil foi constatado um aumento das taxas de nascimento pré-termo no país entre os anos de 1978 a 2004.

Leite; Prado (2004), disse que na Inglaterra admite-se a existência de 1,5/1000 pacientes. Nos EUA, admite-se a existência de 550 a 600 mil pacientes sendo que há um aumento de 20 mil novos casos a cada ano.

Franco, et.al (2006), diz que toxina botulínica, quando complementada por fisioterapia, é um elemento facilitador de atividades funcionais através da graduação na escala de atividades funcionais dinâmicas, contribuindo para a melhora clínica global dos pacientes que receberam o medicamento.

Já Brianeze, et.al (2009) fala sobre o programa de fisioterapia funcional associado às orientações aos pais e/ou cuidadores favoreceu o desempenho das habilidades funcionais e o aumento do nível de independência das crianças com PC em relação ao cuidador.

#### **4. CONCLUSÃO**

Conclui-se que na cidade de São Paulo segundo o Ministério de Saúde Data SUS o índice de mortalidade apresentou-se maior no sexo feminino do que no sexo masculino. Sendo que a taxa de mortalidade foi maior no ano de 2012 e menor no ano de 2013 no sexo feminino, já no sexo masculino a maior taxa de mortalidade apresentou-se no ano de 2011 e a menor taxa no ano de 2015.

Sendo também o tratamento fisioterapêutico na paralisia cerebral de grande valia para melhora do quadro do paciente. Podendo também associar a outras técnicas em favor a reabilitação do paciente.

#### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. **Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais**. Ribeirão Preto, 2010



BRIANEZE, A. C. G. S.; CUNHA, A. B. C.; PEVIANI, S. M.; MIRANDA, V. C. R.; TOGNETTI, V. B. L.; ROCHA, N. A. C. F.; TUDELLA, E. **Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores: estudo preliminar.** São Paulo, v.16, n.1, p.40-5, jan./mar. 2009.

FRANCO.; C. B.; PIRES, L. C.; PONTES, L. S.; SOUZA, E. J. **Avaliação da amplitude articular do tornozelo em crianças com paralisia cerebral após a aplicação de toxina botulínica seguida de fisioterapia.** Revista Paraense de Medicina. V.20 (3) julho-setembro, 2006.

GOMES, Carla O; GOLIN, Mariana O. **Tratamento Fisioterapêutico na Paralisia Cerebral Tetraparesia Espástica, Segundo Conceito Bobat.** Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2013/RN2102/relato%20de%20caso%202102/757%20rc.pdf>. Acesso em: 25 de setembro de 2015.

LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. doi:10.4181/RNC.12.41. 2004.

SARI, Franciele L; MARCON, Sonia S. **Participação da Família no Trabalho Fisioterapêutico em Crianças com Paralisia Cerebral.** Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822008000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000300003). Acesso em: 25 de setembro de 2015.