

# ESTIMULAÇÃO FUNCIONAL DOS MEMBROS SUPERIORES NA SÍNDROME DE RETT: ESTUDO DE CASO

**Raquel Alves Ferreira Cecílio<sup>1</sup>, Myrian Guimarães Aquino de Oliveira<sup>2</sup>**

Clínica de Neuropediatria da Faculdade do Clube Náutico Mogiano  
[raquelalves05@hotmail.com](mailto:raquelalves05@hotmail.com), [aquino@hotmail.com](mailto:aquino@hotmail.com)

**Resumo** - O trabalho objetivou apresentar uma proposta de estimulação funcional para os membros superiores em portadores de Síndrome de Rett (SR), visando esclarecer a doença e as alterações que interferem na função dos membros superiores. Foi analisado um indivíduo, do sexo feminino, de quatro anos de idade com diagnóstico de SR, sendo submetida a duas sessões por semana, durante quatro meses. O tratamento compreendeu os exercícios de transferência de peso, reações de extensão protetora, equilíbrio e retificação, exercícios funcionais de membros superiores associados à coordenação óculo motor e estímulos táteis. Como resultado obteve-se iniciação da coordenação do olhar com o objeto, melhora da resposta motora a uma solicitação e diminuição das estereotípias durante as sessões de fisioterapia. Concluiu que a fisioterapia foi eficaz, atingindo alguns objetivos, mas nem todas as expectativas foram alcançadas, sendo assim necessário um tratamento a longo prazo.

**Palavras-chave:** Síndrome de Rett, membros superiores, independência e funcionalidade.

**Área do Conhecimento:** V- Ciências da Saúde

## Introdução

A Síndrome de Rett é uma encefalopatia progressiva com deterioração psicomotora, começando a apresentar seus sinais e sintomas geralmente entre a faixa etária de seis a dezoito meses ou até aos vinte e quatro meses de vida, originando-se de história pré e perinatal normais [1].

Os sinais e sintomas são: retardo mental, epilepsia, regressão das habilidades sociais, cognitivas e motoras, demência, apraxia e ataxia; adquirindo estereotípias, caracterizadas pela perda de uso funcional das mãos, estando sempre batendo palmas, realizando movimentos de lavar e torcer com entrelaçamentos de dedos e mão na boca, sendo a criança incapaz de usar voluntariamente as mãos [2,3,4].

A etiologia da SR é desconhecida, embora havendo algumas explicações que indicam doença genética [5], para o diagnóstico de SR não existe exames de laboratórios ou imagens específicos [6], ele é realizado com bases nas características clínicas e na exclusão de outras afecções, sejam metabólicas, neurológicas ou genéticas [7].

As principais alterações da doença que interferem na função dos membros superiores são a apraxia, estereotípias (maneirismo), disfunção oculomotora e atraso de resposta, essas alterações também interferem na integração da percepção, na parte sensorial e social [8,9].

## Materiais e Métodos

Para a pesquisa foi analisado um indivíduo do sexo feminino, de quatro anos de idade, com diagnóstico clínico de Rett e indicação de fisioterapia motora. Foram utilizados como base para a proposta de tratamento um protocolo de avaliação neuropediátrica e para o programa fisioterapêutico utilizou-se de tablado, colchonetes, espelho, massinha, feijão, areia, gel, brinquedos com bola, cones e dados.

Durante a avaliação fisioterapêutica, observou-se atraso no desenvolvimento motor normal (DMN), na qual a paciente não passava ativamente pelas as mudanças posturais; apenas permanecia na posição quando colocada passivamente. Apresentou déficit de equilíbrio nas posições sentada, quatro apoios, ajoelhada, semi-ajoelhada e em pé; hipercifose cervical e dorsal; membros superiores em flexão e estereotípias constantes das mãos não conseguindo alcançar, agarrar e soltar objetos sozinha, com vestígios do reflexo palmar. O tônus muscular apresentou-se com ataxia de tronco e de membros inferiores, com leve hipertonia.

Após a avaliação a paciente foi submetida à duas sessões por semana durante quatro meses; sendo realizado exercícios de alongamentos globais, exercícios de estimulação do DMN, passando por todas as fases: rolar, engatinhar, sentar e levantar. Também foram realizados exercícios de transferência de peso em membros superiores, reações de equilíbrio na postura sentada e de quatro apoios, exercícios funcionais ativos e ativos assistidos, associados com

estimulação visual por brinquedos coloridos e exercícios proprioceptivos com objetos de diferentes tamanhos, formas e texturas.

## Resultados

Como resultado do tratamento, após reavaliação fisioterapêutica, obteve-se melhora na postura de quatro apoios; com melhor apoio dos membros superiores e uma iniciação na dissociação de cintura escapular para engatinhar. Melhora das reações de extensão protetora, e ausência de estereotipias durante exercícios de descarga de peso. Adquirindo equilíbrio de tronco e cabeça durante exercícios em bola Bobath e da ação voluntária; início da coordenação do olhar com o objeto e preensão na sensibilidade tátil.

## Discussão

Durante as sessões de fisioterapia foi tentado estabelecer uma interação entre a paciente e o ambiente do qual foi observado ao término do tratamento que esta interação não se deu por completo, mas houve uma iniciação, principalmente nos exercícios em frente ao espelho. A paciente se olhou, riu e brincou, respondendo positivamente ao exercício.

Segundo Lewis & Wilson (1999), é comum nas crianças com SR o padrão de atraso de resposta, há um período de tempo longo entre a solicitação e a resposta. Observou-se na paciente que a resposta imediata de pegar um objeto não foi alcançada; oferecendo-a mais tempo se interessa e realiza a função<sup>[8]</sup>.

Outra importante alteração característica da SR é a estereotipia motora, são atitudes constantes que podem apresentar movimentos involuntários, associado a apraxia impede a habilidade da criança de usar suas mãos de maneira construtiva, fugindo do seu controle voluntário<sup>[6,8,5,9]</sup>.

Durante a aplicação dos exercícios funcionais para membros superiores e de descarga de peso notou-se um maior tempo de terapia sem a presença da estereotipia.

## Conclusão

Este estudo permitiu concluir que para obter uma evolução clínica satisfatória é necessário que a proposta de tratamento fisioterapêutico seja a longo prazo e constante

O tratamento foi eficaz durante as sessões realizadas, atingindo alguns dos objetivos, apesar de nem todas expectativas terem sido alcançadas, o que já era esperado, pois a doença é de classificação neurológica e progressiva.

Sugere-se um tratamento lento, pois esses pacientes necessitam de um maior tempo para

realizar com sucesso uma função solicitada, se não houver esse tempo ela se torna desestimulada em realizar a função, cada portadora se expressa de uma maneira, e cabe a nós, conhecê-las e elaborar a melhor maneira de lidar com essas crianças, não é um caminho fácil, mas sem dúvida é um caminho possível.

## Referências

[1] SAWICK, A.; MORAIS, A.; MARTINS, A.; COELHO, B.; BAIÃO, C.; BULYK, C.; NATEL, G.; TAMAKI, J.; PEREIRA, J. Intervenção Primária da Síndrome de Rett. *Fisioterapia em Movimento*. v.2, n.6,p.66-72, 1994.

[2] AMARELIS, O.; ORTRIZ, L.V. Rett Syndrome. *Revista Chilena de Pediatría*. V.4, n.60, p.222-225, 1989.

[3] ROSEMBERG, S.; ARITA, F.; CAMPOS, C.; COIMBRA, R.; POSADAS, R.; ELLOVITCH, S.; GERES, S. Síndrome de Rett: Análise dos Primeiros Cinco Casos Diagnosticado no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatria*. V.2,n.45, p.143-152, 1987.

[4] BRAITSER, M.; WINTER, R. Atlas Colorido de Síndromes da Malformação Congênita. Manole, São Paulo, 1998.

[5] FERREIRA, C. O que é Síndrome de Rett. Disponível em <http://www.cade.com.br/intramed/artigos/infepc.htm>. Acesso em: 10 maio.2001.

[6] PEREIRA, J.L.P. Asíndrome de Rett – Uma Introdução ao Seu Diagnóstico Clínico, Diagnóstico Diferencial e ao Planejamento de Ações de Reabilitação. Departamento de Educação Especial da Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Curitiba, 1992.

[7] SCHWARTZMAN, F. Avaliação Nutricional, Consumo e Práticas Alimentares, Prevalência de Constipação Intestinal e Anemias em Pacientes com Síndrome de Rett. Dissertação (Mestrado em Pediatría) – Universidade de São Paulo, 2000.

[8] LEWIS, J.; WILSON, D. Caminhos para Aprendizagem da Síndrome de Rett. Manole, São Paulo, 1999.

[9] ABRETE, O que é Síndrome de Rett, Internet site address: <http://www.abrete.org.br/sindrome/derett.htm> acessado em 19 julho de 2001.