

EFEITOS DO TREINO DE MARCHA POR MEIO DO SUPORTE DE PESO CORPORAL EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Milena Julia Chirolli¹, Geison Sebastião Reitz², Leonardo Burnett Pinheiro³, Letícia Carolina Gantzel⁴,
Beatriz Schmidt Lunardelli⁵, Helio Roesler⁶

¹ Acadêmica do Curso de Fisioterapia CEFID - bolsista PROBITI/UDESC

² Mestrando do Programa de Pós-graduação em Fisioterapia – CEFID

³ Acadêmico do Curso de Fisioterapia CEFID

⁴ Acadêmica do Curso de Fisioterapia CEFID

⁵ Acadêmica do Curso de Fisioterapia CEFID

⁶ Orientador - CEFID – helio.roesler@udesc.br

Palavras-chave: Suporte de Peso Corporal. Treino de marcha. Paralisia Cerebral.

Introdução: A paralisia encefalopatia crônica não progressiva, também chamada de paralisia cerebral (PC) é um distúrbio da postura e do movimento, que pode ocorrer nos períodos pré, peri ou pós-natal, com localização única ou múltipla no cérebro imaturo (CANS, 2018). Essa lesão cerebral pode resultar em comprometimentos neuromotores variados (SWE, 2015). O treino de marcha em crianças com tais problemas neurológicos é difícil pois em muitos casos são incapazes de produzir a força muscular necessária para manter a postura e caminhar. Neste sentido, o Suporte de Peso Corporal é um sistema que segura parcialmente o peso do paciente, com objetivo de facilitar a marcha.

Objetivos: Avaliar a influência do uso do Suporte de Peso Corporal (SPC) na melhora da função motora e flexibilidade de crianças com paralisia cerebral.

Métodologia: Participaram do estudo 9 crianças com paralisia cerebral, GMFCS nível IV e V, com idade entre 2 e 15 anos. Realizaram-se sessões semanais com duração de 30 minutos e intervalo de 7 dias. O SPC fora colocado acima de uma esteira ergométrica, realizando uma suspensão parcial dos pacientes, o que possibilitava a atuação de dois terapeutas em auxiliar em pontos chaves de joelho e tornozelo, facilitando a realização dos movimentos de marcha. A suspensão foi estabelecida em aproximadamente 60 a 90% do peso corporal. O atendimento na esteira ergométrica foi aplicado com velocidade entre 1 Km/h a 3 Km/h, conforme a necessidade e condições do paciente. Para fins de avaliação pré e pós tratamento,

utilizou-se a escala de medição da função motora grossa GMFM, tal como o Flexiteste, que possibilita obter um indicativo da flexibilidade passiva máxima dos sujeitos.

Resultados: Observou-se melhora significativa em relação a flexibilidade dos sujeitos, onde o flexíndice do segmento corporal do lado direito e esquerdo teve aumento de 6,1 e 5,5 respectivamente. A média inicial dos 9 participantes foi de 30,6 (flexibilidade pequeno). Já ao final do tratamento constatou-se uma pontuação de 36,4 pontos (flexibilidade médio negativo), tendo aumento de 5,8 pontos. A tabela a seguir demonstra os valores individuais de cada sujeito, seguido da média obtida entre os 9 sujeitos.

Tabela 2. Resultado do Flexiteste antes e após o tratamento.

Avaliação	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Média
Pré	28	19,5	24,5	27,5	35,5	39	39	29	33,5	30,6
Pós	33	25,5	33	35	40,5	45	44,5	34,5	36,5	36,4

Relativo a função motora grossa também se obtiveram resultados satisfatórios, onde o domínio A (Deitar e Rolar) obteve maior pontuação, com um aumento de 14,7%. Sentar (Domínio B) demonstrou aumento de 15,4%, Engatinhar e Ajoelhar (C) 8,6% e o domínio Em Pé (D) 1,1%, conforme observa-se na tabela a seguir.

Tabela 1. Resultado do GMFM pré e pós tratamento intensivo com SPC.

Avaliação	Domínio A	Domínio B	Domínio C	Domínio D
Pré	61%	36,5%	15,5%	2,3%
Média Pós	75,7%	51,9%	24,1%	3,4%

Conclusões: Concluiu-se que o tratamento intensivo por meio do SPC é uma alternativa eficaz para o tratamento de crianças com paralisia cerebral, possibilitando ganhos no desempenho motor e na flexibilidade de pacientes com PC. Tais ganhos resultam em um melhor desenvolvimento dos marcos motores e em uma maior independência funcional destas crianças nas atividades de vida diária, elevando sua qualidade de vida.