

A INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT: RELATO DE CASO

Marques J. R. C. S.¹
Socorro M. S.¹
Bandeira T. R.²

RESUMO

A Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) é uma das encefalopatias epiléticas mais graves, trata-se de uma doença progressiva com início no período da infância. Entre os tratamentos que auxiliam na melhora da qualidade de vida do paciente com SLG nós temos o tratamento medicamentoso e o fisioterapêutico. Este estudo de caso, observacional e descritivo, objetivou analisar prontuário de um paciente com SLG, na Associação Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), em Goiânia, descrevendo a intervenção do tratamento fisioterapêutico do ano de 2002 até o ano de 2012, mostrando seu desenvolvimento e evolução no quadro motor. A análise do prontuário revelaram que o paciente apresentou inicialmente atraso acentuado no desenvolvimento neuropsicomotor, possuindo baixa sustentação de cabeça quando recostado no colo. Apresentou também incontinência salivar. Quando estimulado com objetos sonoros elevava sensivelmente a cabeça, como que direcionando o olhar ou a audição, para localização na fonte sonora. Não seguia estímulos visuais. Não conseguia se sentar com apoio, mais conseguia realizar mudanças de decúbito. Apresentando boa movimentação de membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII) quando estava em decúbito lateral, sendo que os movimentos são reflexos (o tônus apreensivo ocasionalmente era baixo). Apresentava-se com bom potencial a ser trabalhado no serviço de fisioterapia. Os resultados revelaram que o paciente teve ganho de controle de tronco, mudanças posturais, manutenção da postura sentada, o ortostatismo terapêutico, entre outros. Essas são ações que mostram sua evolução, que são impossíveis de serem alcançadas sem o trabalho de fortalecimento, de descarga de peso, propriocepção e equilíbrio, todos trabalhados durante as sessões de fisioterapia. Sendo assim foi possível concluir que a intervenção da fisioterapia é essencial para o paciente com a Síndrome de Lennox- Gastaut, pois traz uma melhora no desenvolvimento motor.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Intervenção. Síndrome de Lennox-Gastaut.

¹

Acadêmicas do Curso de Fisioterapia da Faculdade União de Goyazes

²

Orientadora: Prof^a. Esp. Em Fisioterapia Neurológica, Faculdade União de Goyazes.

PHYSIOTHERAPY INTERVENTION IN THE LENNOX-GASTAUT SYNDROME: CASE REPORT

ABSTRACT

The syndrome Lennox-Gastaut syndrome (SLG) is one of the most serious epilepsy brain, it is a progressive disease beginning in childhood period. Among the treatments that assist in improving the quality of life of patient with SLG we have drug treatment and physiotherapy. This case study, observational and descriptive, aimed to analyze a patient's record with SLG, parents and friends of mentally disabled (APAE), in Goiânia, describing the intervention of the physiotherapeutic treatment of the year 2002 by the year 2012, showing its development and evolution in the engine. The analysis of records showed that the patient had initially marked delay in development, having low neuropsychomotor head support when reclined on her lap. Also presented salivary incontinence. When stimulated with sound was unmistakably the head objects, as if directing the look or the hearing, to location on the sound source. Did not follow Visual stimuli. Couldn't sit with support, could perform more changes of decubitus. Showing good movement of the upper limbs (MMSS) and (LL) when I was in lateral decubitus, and movements are reflexes (apprehensive tone occasionally was low). Presented with good potential to be worked in physiotherapy service. The results revealed that the patient had trunk control gain, postural changes, maintenance of posture sitting, therapeutic ortostatism, among others. These are actions that show their evolution, which are impossible to be achieved without the work of strengthening, weight exhaust, proprioception and balance, all worked during the sessions. Thus it was possible to conclude that the intervention of the physiotherapy is essential for the patient with Lennox-Gastaut syndrome, as it brings an improvement in engine development.

KEYWORDS:Physiotherapy. Intervention.Lennox-Gastaut Syndrome.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Lennox-Gastaut (SLG) é a mais comum das encefalopatias epiléticas intratáveis da infância (CUNHA et al., 2009).

É uma síndrome idade-específica, caracterizada por crises tônico-axiais, ausências atípicas e quedas súbitas decorrentes de crises atônicas e mioclônicas (ROCHA et al., 2004).

Corresponde a 5% das epilepsias infantis, e caracteriza-se por retardo mental progressivo em 80% dos casos, crises de múltiplos tipos, predominando as crises tônicas em 94% das crianças, ausências atípicas em 80% e crises atônicas em 43%. O conhecimento sobre a incidência da SLG é precário e o diagnóstico exato nem sempre é fácil. É uma síndrome de idade dependente, mostrando início entre 1 e 8 anos de idade, com pico entre 1 e 3 anos de idade, podendo persistir até a idade adulta, quando apenas 30 a 50% mantêm as características clínicas e do exame de eletroencefalograma (EEG) (AGAPEJEV et al., 2000).

Acomete, preferencialmente, o gênero masculino. Frequentemente, precedida por outras manifestações epiléticas. Dependendo da etiologia, a SLG é classificada em criptogênica, sem identidade neuropatológica consistente, idiopática e sintomática. (AGAPEJEV et al., 2000).

As etiologias associadas, menos frequentes, incluem tumores, lesões focais, infecções congênitas, hemorragia intraventricular, hematomas subdurais. A etiopatogenia é ainda obscura, sugerindo ser a manifestação de reação inespecífica de alguma lesão cerebral durante determinada etapa do desenvolvimento infantil (AGAPEJEV et al., 2000).

O tratamento medicamentoso, geralmente ineficaz, faz o uso do Valproato como anticonvulsivante de primeira escolha, com frequência associado a Benzodiazepínicos e, mais recentemente, o Topiramato. A utilização de vitamina B6, dieta cetogênica e calosotomia, são terapêuticas alternativas de eficácia ainda não totalmente comprovada. O prognóstico é ruim. A mortalidade, a curto prazo, é de 4 a 7%, tendo o estado de mal epilético como principal causa. Apenas um pequeno número de pacientes consegue controle das crises, enquanto a maioria evolui para crises parciais ou multifocais e encefalopatia epilética (AGAPEJEV et al., 2000).

A Síndrome de Lennox-Gastaut é uma evolução tardia da Síndrome de West que é uma doença rara, sem cura, trata-se de um tipo de epilepsia grave que ocorre na infância cujos sintomas são espasmos epiléticos, hipsarritmia e atraso neuropsicomotor notados a partir do terceiro mês de vida. Predominante no sexo masculino (DIAMENT e CKPEL, 2005).

A Síndrome de West (SW) é um tipo de epilepsia da infância relacionada à idade e caracterizada por espasmo infantil, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e eletroencefalograma do tipo hipsarritimico. Acomete crianças entre três a doze meses com pico de incidência entre três e sete meses de idade. Os espasmos podem envolver vários músculos, dependendo de ser espasmo em flexão e extensão dos braços ou pernas, em abdução ou adução, simétricos ou assimétricos, comumente misto. Frequentemente, abrupos repetidos que aparecem mais ao despertar ou ao início do sono (CASTRO et al., 2006).

Os espasmos infantis (EI) foram descritos pela primeira vez em 1841 pelo Dr James West em uma carta à revista Lancet, na qual ele relatou o caso de seu próprio filho, referindo que este possuía “uma forma peculiar de convulsões do lactente”(ANTONIUK et al., 2000).

A SW apresenta várias etiologias como afecções pré e perinatais, síndromes neurocutâneas (especialmente a esclerose tuberosa de Bourneville), mal formações cerebrais, infecções cerebrais e distúrbios metabólicos (RIZZUTTI et al., 2000).

Conforme a etiologia, a SW pode ser classificada em três categorias: sintomática, criptogênica e idiopática (PALMA et al., 2007).

Pode ser classificada como sintomática, na qual existe um comprometimento neurológico pré-existente e etiologia definida, ou criptogênica onde há desenvolvimento normal antecedendo o início dos sintomas e a etiologia é indeterminada (MILEZE, 2008).

O tratamento na SW além do medicamentoso está associado à fisioterapia, que é essencial ao desenvolvimento das necessidades do paciente a curto e longo prazo, objetivando melhora das habilidades funcionais. A intervenção precoce, cinesioterapia, neuroevolutiva e fortalecimento muscular evitarão maiores complicações, pois a síndrome é caracterizada por acentuado grau de hipotonia muscular.

Este estudo de caso visa analisar os objetivos e condutas de um tratamento fisioterapêutico e avaliar seus benefícios no quadro motor de um paciente que passa pelas fases evolutivas das Síndromes de West e Lennox-Gastaut.

MATERIAIS E METÓDOS

A realização da presente pesquisa ocorreu por meio da análise das fichas de avaliação no prontuário de um paciente com SLG na instituição do Complexo 2 da ASSOCIAÇÃO PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE), em Goiânia. Descreveremos os principais pontos da avaliação durante o período de atendimento fisioterapêutico, com os principais objetivos e condutas aplicadas. Verificando os resultados da intervenção fisioterapêutica no quadro motor do paciente com SLG.

O objetivo consistiu em realizar a análise desde a entrada do paciente no setor de atendimento de fisioterapia na APAE, mais isso não foi possível, pois, o setor de fisioterapia do Complexo 2 não pode nos fornecer as fichas de avaliação do período da infância do paciente, pois elas se encontram no Complexo 1, onde são realizados atendimentos fisioterapêuticos durante o período da infância dos pacientes. Por questões burocráticas da instituição e também por causa do curto período de tempo para a realização da pesquisa infelizmente não foi possível fazer o levantamento do tratamento fisioterapêutico no período da infância do paciente.

Sendo assim foi possível realizar apenas a análise das fichas de avaliação do prontuário do período de 2002 a 2012.

Para a escolha do participante da pesquisa foram estabelecidos três critérios:

1. Deve ser do sexo masculino;
2. Deve ter idade entre 20 e 25 anos;
3. Deve ser um paciente com SLG.

A pesquisa foi baseada na coleta de dados nos prontuários do paciente selecionado, foram coletados artigos, textos de livros e periódicos relacionados à SLG e SW.

A coleta de dados relativos ao paciente foi feita na instituição, mediante autorização da mesma (anexo 1), com hora e dia marcados mediante supervisão da fisioterapeuta da instituição para análise dos dados do prontuário e das fichas de avaliação, também foram informados os responsáveis pelo paciente sobre a sua participação na pesquisa (anexo 2). Os dados do paciente selecionado serão mantidos em sigilo, com preservação do nome e dos dados pessoais.

Antes da avaliação do prontuário, solicitamos autorização por escrito à instituição da APAE, e entregamos a mesma, todas as descrições do projeto relatando riscos e benefícios da participação do paciente na pesquisa.

Todas essas coletas só foram realizadas após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade União de Goyazes (FUG), tendo assim o aval da universidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CASO

R. W. R. O. S., sexo masculino, branco, natural e procedente de Goiânia, nascido no dia 12 de maio de 1993, deu entrada na APAE no ano de 1994. Foi encaminhado pelo seu médico para o serviço de fisioterapia por apresentar atrasos significativos em seu desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM).

Sua mãe engravidou aos 38 anos, quando soube da gravidez já estava no terceiro mês da gestação, ela relatou passar muito bem no durante o período da gestação, realizou pré-natal adequadamente. O parto foi cesariano, sem nenhuma intercorrência tanto com a mãe quanto com a criança, assim ambos receberam alta do hospital após dois dias de internação, a criança nasceu com 2,740 Kg.

Já em sua residência no terceiro dia de vida, a mãe observou que os olhos da criança estavam com a coloração amarelada, e ele foi diagnosticado com icterícia, fez tratamento medicamentoso em domicílio, no décimo dia apresentou crise convulsiva, foi hospitalizada e levada para Unidade de Terapia Intensiva (UTI), permanecendo no recinto durante os três primeiros

meses de vida, saiu da UTI com 1,300 Kg. Após nove dias de alta volta a ser hospitalizada por episódio de pneumonia.

Paciente já fez uso dos seguintes medicamentos durante o decorrer de sua vida: Gardenal, Depakene, Rivotril, Carbamazepina, Tregretol, Urbanil, entre outros.

Quanto ao seu desenvolvimento motor específico, aos seis meses de vida ainda se comportava como um recém-nascido. Com o passar do tempo conseguia manter certo equilíbrio de cabeça, não conseguia de sentar sem apoio, possuía movimentos voluntários com os membros superiores, não conseguia executar o movimento de pinça e assim não segurava nada em suas mãos. Não apresentava contato olho a olho, linguagem na fase de tentativa de balbucio, e apresentava-se com o temperamento nervoso.

O diagnóstico clínico atribuído a ele foi: Encefalopatia Crônica Não Evolutiva, Hidrocefalia e Síndrome de Lennox-Gastaut. Ao ser diagnosticado como sendo portador da Síndrome a mãe demonstrou aceitação.

Ao se apresentar no serviço de fisioterapia, , quando tinha um ano de idade, a sua linguagem não era desenvolvida, mas mostrava reação às vocalizações com sorrisos e ronronava voluntariamente, mostrava baixa interação nas atividades propostas. Mostrando assim ter um atraso acentuado no DNPM. Possuía baixa sustentação de cabeça quando recostado no colo. Apresentou também incontinência salivar. Quando estimulado com objetos sonoros elevava sensivelmente a cabeça, como que direcionando o olhar ou a audição, para localização da fonte sonora. Não seguia estímulos visuais apresentando estrabismo. Mas não conseguia se sentar com apoio mais conseguia realizar mudanças de decúbito, rolar e elevava a cabeça (chorava refletindo o desconforto de tal posição). Apresentando boa movimentação de membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII) quando estava em decúbito lateral, sendo que os movimentos são reflexos (o tônus apreensivo ocasionalmente era baixo). Apresentava-se com bom potencial a ser trabalhado no serviço de fisioterapia.

OBJETIVOS FISIOTERAPÊUTICOS

Na análise das fichas de avaliação notamos que como o tratamento deve ser de longo prazo para começar a ter resultados significativos por causa da progressão da Síndrome, a maioria dos objetivos e das condutas fisioterapêuticas foram mantidos.

Os principais objetivos fisioterapêuticos utilizados do período de 2002 à 2012 foram:

- Modular tônus;
- Promover a simetria corporal;
- Fortalecer musculatura de cervical e tronco;
- Ganhar controle de cabeça e de tronco;
- Estimular propriocepção;
- Fortalecer musculatura de abdominais e paravertebrais;
- Alongar os MMSS;
- Inibir movimentos involuntários;
- Estimular mudanças de postura;
- Prevenir contraturas e deformidades;
- Estimular posturas mais altas e ortostatismo;
- Promover reações de proteção, equilíbrio e retificação;
- Trabalhar na linha média;
- Trabalhar rotação de tronco;
- Oferecer estímulo sensorial;
- Treinar função manual;
- Facilitar reações normais;
- Fortalecer musculatura em cadeia cinética fechada;
- Trabalhar descarga de peso em MMSS e MMII;
- Manipular objetos.

É necessário ressaltar que em cada sessão fisioterapêutica eram enfatizados cada objetivo separadamente para ser realizado, em um dia eram selecionados alguns objetivos e nos outros dias outros objetivos, sendo assim todos foram aplicados na conduta fisioterapêutica durante o período determinado da pesquisa. Os objetivos foram traçados de forma progressiva.

EVOLUÇÕES FISOTERAPÊUTICAS

2002- 9 anos de idade.

O paciente apresentou estagnação e manutenção, melhorou controle de cabeça, de equilíbrio e principalmente força de cintura pélvica, tal melhora foi observada pela mãe.

O paciente ajudado pelo fisioterapeuta conseguia fazer ponte, mas não conseguia executar tal postura sozinho. A preensão palmar começou a aparecer e ele começou a manipular certos objetos por alguns instantes.

2003- 10 anos de idade.

Apresentava-se hipotônico com pouco controle de cabeça, retração em flexão de cotovelo direito e esquerdo e flexão plantar direito e esquerdo. Paciente apresenta movimentos coreoatetósicos bastante exacerbados e não passa para nenhuma postura.

Paciente manteve o quadro hipotônico melhorando um pouco o controle de cabeça, os movimentos de coreoatetose diminuíram, principalmente durante as sessões de fisioterapia, as retrações de cotovelo e pé melhoraram significativamente.

O paciente apresentava-se mais atencioso com o que lhe é dito, não apresentou lateralidade na avaliação inicial mas vem evoluindo para lateralidade direita e consegue segurar objetos quando são colocados em sua mão esquerda.

Ainda possui uma postura mais fletida de membro superior direito (MSD) e mais estendido em membro superior esquerdo (MSE). Ao sentar em side sitting já consegue manter por algum tempo a postura seus MMSS estendidos no chão quando colocados pelo terapeuta. Melhorou bastante a postura sentada que antes se tornara muito difícil pela presença do tônus flutuante que hoje está mais atenuado.

2004- 11 anos de idade.

Não apresentou nenhuma falta no tratamento, mantendo seu quadro motor.

Notou-se boa evolução quanto ao controle de cabeça e tronco em posturas contra a gravidade (gatas e ajoelhado) e melhor equilíbrio ao manter-se sentado. Paciente bastante colaborativo com o tratamento.

2005- 12 anos de idade.

Paciente evoluiu com controle de cabeça sobre a cunha em decúbito ventral, e leve controle de cabeça e tronco na postura sentada com um mínimo de apoio de terapeuta.

Paciente com mobilização através uso de extensor em MSD, e após estímulos de co-contracção, obteve por algum tempo controle de cabeça, de tronco com apoio ativo de MMSS e com modulação de tônus. Neste período foi orientado e colocado uma cadeira em sala de aula. Postura alta que ele esta conseguindo manter pós-terapia é sentado por alguns instantes de forma independente com pequeno apoio.

2006- 13 anos de idade.

O paciente não possui controle de tronco e o controle de cabeça é precário, ele não realiza mudanças de decúbito, exceto rolar de supino para decúbito lateral. No período do tratamento foi observado que o paciente desenvolveu maior controle motor e força muscular, uma vez que consegue permanecer por mais tempo que antes, na postura de gatas e sentado em sidesitting. Além disso, as crises convulsivas tornaram-se menos frequente e o paciente esta bem mais ativo.

Paciente apresentou melhora no controle de cabeça, consegue manter-se por um tempo maior ajoelhado com apoio, consegue passar de supino para prono, apresenta uma maior resistência da musculatura.

2007- 14 anos de idade.

O paciente apresentou certo grau de controle de cabeça, sendo que a mantém elevada por alguns instantes quando colocado na postura sentada ou ajoelhada.

2008- 15 anos de idade.

Com um bom prognóstico, o paciente se mostrou a um longo prazo.

Paciente compareceu aos atendimentos, se apresentando sempre disperso durante o tratamento. Observou-se uma manutenção do quadro motor, o que constitui uma melhora.

Observou-se uma manutenção do quadro motor, devido ao grave comprometimento, com a presença de múltiplas deficiências.

2009- 16 anos de idade.

Neste período, houveram algumas faltas justificadas, porque apresentou vários episódios de crises convulsivas, e que foram de difícil controle, também apresentou pneumonia e logo ao final sub-luxação de joelho esquerdo, ao qual ficou três semanas afastado dos atendimentos.

Com a mudança dos medicamentos as crises convulsivas se controlaram.

2010- 17 anos de idade.

Neste semestre passado do ano de 2009, R W obteve algumas faltas por motivos de crises convulsivas não controladas e infecção nos olhos.

Apesar do quadro orgânico e motor ter um certo grau de comprometimento, houve manutenção razoável do trofismo muscular.

2011- 18 anos de idade.

O paciente compareceu com assiduidade nas terapias, sem intercorrências com relação à saúde. Foram realizados exercícios de manutenção e de mudanças posturais.

A mãe sempre presente e solícita.

Houve manutenção do quadro motor e interação com o terapeuta.

2012- 19 anos de idade.

Durante o período de atendimento o paciente teve algumas faltas, porém justificadas, não houve intercorrências com relação a sua saúde. Foi observada uma pequena melhora no equilíbrio de tronco e de cabeça na postura sentada e o restante permanecendo o mesmo padrão motor.

Paciente compareceu com assiduidade nas sessões fisioterapêuticas com relação a sua saúde. Foi realizado trabalho de alongamento de MMSS e MMII, de tronco, dissociação de cinturas, descarga de peso em MMSS, treino de controle de tronco, treino de equilíbrio e integração sensorial. Houve

importante melhora no controle de tronco, no controle de espasticidade em MMII e na comunicação entre terapeuta e paciente.

O usuário apresentou algumas faltas justificativas pela ausência da mãe. Porém nas sessões em que veio foi estimulado a realizar mudanças de posturas, conseguindo coloca-los na postura ortostática com auxílio do extensor e bola suíça.

Foi feito o pedido de nova cadeira de rodas e o usuário se apresenta mais disperso, dando continuidade sempre que comparece no atendimento.

DISCUSSÃO

Os objetivos propostos foram executados e alguns ganhos obtidos.

Notou-se também que devido a episódios de crises convulsivas e problemas de saúde, houve uma regressão no desenvolvimento motor do paciente obtido durante o tratamento fisioterapêutico.

Houve diminuição em sua atenção durante as sessões de fisioterapia, isso ocorreu devido às freqüentes crises de convulsões e internações. Sugere-se que o grande número de internações e os quadros de convulsões tenham favorecido para o déficit de atenção durante os atendimentos fisioterapêuticos.

Segundo RIZZUTTI (2000) muitos pacientes com Síndrome de Lennox-Gastaut que são diagnosticados com retardo mental podem apresentar um desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Estes geralmente são pacientes com crises epiléticas controladas ou com a síndrome de início tardio.

Com isso podemos afirmar que quando as crises convulsivas eram controladas através do tratamento medicamentoso era possível notar grande melhora no seu quadro motor. Notamos que durante os períodos onde não há relatos de crises convulsivas ou internações as evoluções fisioterapêuticas tiveram ganhos notáveis quanto ao quadro motor.

Segundo SHEPHEERD (1995) a fisioterapia é indicada nos casos de SW (SLG é uma evolução da SW), uma vez que, tem como principal objetivo tratar as seqüelas e tentar diminuí-las.

MORANDI & SILVEIRA (2007), relatam que há outras complicações, como respiratórias, onde a fisioterapia pode ser indicada. Outro objetivo é tentar evitar as deformidades que surgem ou amenizá-las, fazendo-se

mobilização passiva e alongamentos. Devido à hipotonia é preciso que se fortaleça o músculo responsável pela respiração.

Segundo O'SULLIVAN & SCHIMITZ (2004), os alongamentos devem ser realizados em todas as sessões de fisioterapia, a fim de trazer ao paciente portador da SW uma melhora do quadro clínico e um aumento de flexibilidade. Além disso devem ser realizados em movimentos funcionais ativos.

CARRIERE (1999) relatou que a bola suíça é utilizada para o aumento do tônus muscular; fortalecimento dos músculos; desenvolver coordenação de troncos e membros (orientação na linha média), desenvolver precisão, velocidade, coordenação e harmonia nos movimentos, fazer treino preparatório para a marcha trabalhando com submovimentos como: movimentos alternados das pernas, alinhamento durante o movimento e velocidade da marcha e para melhorar o equilíbrio.

A fisioterapia tem como principal objetivo trazer uma melhora dos sintomas aos quais a SLG provoca, já que, é uma doença que não tem cura. A fisioterapia motora trás vários benefícios ao paciente. Estes são de grande importância para que o portador da síndrome possa ser estimulado a desenvolver as posturas possíveis de serem alcançadas.

Observando os relatos feitos nas evoluções fisioterapêuticas é possível detectar que os resultados das condutas são mais significativos no período inicial dos atendimentos, e nos anos mais recentes esses ganhos são menores.

CONCLUSÃO

A partir da coleta dos objetivos e condutas fisioterapêuticas aplicadas no paciente foi possível observar nas evoluções que todos os objetivos propostos foram executados e os ganhos motores, proprioceptivos, cognitivos foram alcançados de acordo com o potencial do paciente.

Apesar dos constantes episódios de crises convulsivas e das intercorrências por motivos de problemas de saúde nas evoluções foi possível notar que houve melhora do quadro motor. Com ganho de controle de tronco, mudanças posturais, manutenção da postura sentada, o ortostatismo terapêutico, são ações que mostram sua evolução, que impossíveis de serem

alcançadas sem o trabalho de fortalecimento, de descarga de peso, propriocepção e equilíbrio, todos trabalhados durante as sessões de fisioterapia. O uso de terapias associadas, como a medicamentosa, a ortetização e a cadeira de rodas adequada também são fatores que favorecem e contribuem para a melhora da qualidade de vida do paciente portador da SLG.

Conclui-se que a intervenção da fisioterapia é essencial para o portador de Síndrome de Lennox- Gastaut, pois melhora o desenvolvimento motor desse pacientes fazendo com que a musculatura não se torne encurtada e deformada, o que traria prejuízos quanto a mobilidade e higienização. A precocidade do tratamento também trás melhores resultados é necessário à continuidade da terapia para um bom prognóstico, visto que se o mesmo não tivesse realizado o tratamento fisioterápico desde o início haveria maiores comprometimentos motores, e notou-se também a importância da família na terapia.

Desta forma, sugere-se por meio desta pesquisa que sejam feitos outros estudos principalmente que abordem o tratamento fisioterapêutico do paciente com SLG desde o período da sua infância.

Sabe-se também que sobre a patologia SLG devem ser realizados mais estudos, principalmente quanto ao tratamento fisioterápico, pois há dificuldades em encontrar material para realizar estudos sobre a doença em que relatam casos de pacientes com esta síndrome e que realizam o tratamento de fisioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAPEJEV S., RIBEIRO N., OLIVEIRA N. FERREIRA M., **Neurocisticercose e Síndrome de Lennox-Gastaut relato de caso.** Arquivo neuropsiquiatria, v.58(2-B) , p.538-547, 2000

ANTONIUK S. A., BRUCK I., SPESSATTO A., **Síndrome de West.** Arquivo Neuropsiquiatria, 58(3-A), pag. 683-690, 2000.

CARRIERE Beat. **Bola Suíça: Teoria, Exercícios Básicos e Aplicação Clínica.** São Paulo: Manole, 1999. 384 p.

CASTRO R. C., PIAULINO L. M., MIRIAM D. S. T. S., **O aprendizado motor no controle neuromuscular em Paciente hipotônico com Síndrome de West,** 2006.

CUNHA E. S., KAYENNE C. M. R. F., PAVAN F. V., **Avaliação da função motora grossa e do desenvolvimento de uma criança com síndrome de Lennox-Gastaut em tratamento de reabilitação.** Revista Movimenta; Vol 2, N 4, 2009.

DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul; **Neurologia Infantil.** 4. edição. São Paulo: Atheneu, Pag .1813, 2005.

MILEZE F., **Percepção dos pais de crianças portadoras de disfunções crônicas a respeito das doenças de seus filhos: adesão ao tratamento fisioterapêutico.** 2008. 92f. Monografia – Novo Hamburgo, 2008.

MORANDI, Ingrid K.; SILVEIRA, Danielle P. **15º Congresso de iniciação científica Síndrome de West.** São Paulo, 2007. Disponível em <<http://www.unimep.br/mostraacademica>> .Acesso em 16 de maio de 2013.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHIMTZ, Thomas J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento.** 4. ed. São Paulo: Manole, 2004. p.1152.

PALMA A. C. M., VILANI S. B. C., LEYSER M., **Possíveis etiologias da Síndrome de West.** Arquivo Neuropsiquiatria; 65(3-A), pag.659-662, 2007.

RANGEL A. Z.,**Fisioterapia na síndrome de West.** 2008. 53 f. Monografia - Instituto Cenecista de Ensino Superior de Santo Ângelo Curso de Fisioterapia, Santo Ângelo, 2008.

RIZZUTTI, S., MUSZKAT, M. & VILANOVA, **Epilepsias na Infância.** Revista neurociência, v.8, n.3, p.108-116, 2000.

ROCHA G. P.,BATISTA B. H., NUNES M. L., **Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e antiepilépticas.** Jornal de pediatria, v.80, n.2, 2004.

SHEPHERD, Roberta B. **Fisioterapia em Pediatria.** 3. ed. São Paulo: Santos,1995.p.421.

(Anexo 1)
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilustríssimo Senhora Dra. **Emília Teresinha Borges**

Eu, **Thaís Bandeira Riesco**, responsável principal pelo projeto de pesquisa de iniciação científica, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa na **APAE(ASSOCIAÇÃO PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS)**, no Jardim Goiás, complexo II, para o trabalho de pesquisa sob o título, **A intervenção da Fisioterapia na Síndrome de Lennox – Gastaut: Relato de caso**, Orientado pela Professora Thais Bandeira Riesco.

Este projeto de pesquisa atendendo o disposto na Resolução CNS 196 de 10 de Outubro de 1996, tem como objetivo analisar prontuário de um paciente portador da Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG), na Associação Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), em Goiânia descrevendo a intervenção do tratamento fisioterapêutico desde a sua entrada na instituição até o ano de 2012, mostrando seu desenvolvimento e evolução no quadro motor.

Espera-se com esta pesquisa, observarmos a eficácia do tratamento fisioterapêutico das limitações decorrentes da síndrome. Assim este projeto se fundamenta nas diferentes condutas no tratamento fisioterapêutico em um paciente portador da SLG.. Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade União de Goyazes CEP 7538000 e pelos pesquisadores Jessicaeta@gmail.com-Fone: (62)-8511-7914, Maisasocorro11@gmail.com -Fone: (62)-9934-4893.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

Autorização Institucional

Eu, _____ responsável pela instituição **APAE (ASSOCIAÇÃO PAIS E AMIGOS DOS EXEPCIONAIS)** declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução CNS 196 de 10/10/1996 a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**. Informamos ainda, que é prerrogativa desta instituição proceder a re-análise ética da pesquisa, solicitando, portanto, o parecer de ratificação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos desta Instituição (se houver).

Pesquisador

Responsável pela Instituição

(Anexo 2)
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: A INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NA SÍNDROME DE LENNOX – GASTAUT: RELATO DE CASO.	
Área do Conhecimento: CIÊNCIAS DA SAÚDE	
Curso: FISIOTERAPIA	
Número de sujeitos no centro: 1	Número total de sujeitos: 1
Patrocinador da pesquisa:	
Instituição onde será realizado: APAE (ASSOCIAÇÃO PAIS E AMIGO DOS EXCEPCIONAIS)	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: THAÍS BANDEIRA RIESCO	

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Sujeito da Pesquisa	
Nome:	
Data de Nascimento:	Nacionalidade:
Estado Civil:	Profissão:
CPF/MF:	RG:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Nome: THAÍS BANDEIRA RIESCO	
Profissão: FISIOTERAPÊUTA	N. do Registro no Conselho:
Endereço: RUA T.62 Nº 225	
Telefone: (62) 8119-8915	E-mail: THABRI@HOTMAIL.COM

Eu, _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do projeto de pesquisa acima identificado. Discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em participar e estou ciente que:

O(s) **objetivo(s)** desta pesquisa é(são) :Analisar prontuário de um paciente portador da Síndrome de Lennox-Gastaut (SLG), na Associação Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), em Goiânia descrevendo a intervenção do tratamento fisioterapêutico de 2002 até o ano de 2012,mostrando seu desenvolvimento e evolução no quadro motor.

O **procedimento** para **coleta de dados**: A coleta de dados será feita na instituição, mediante autorização da mesma, com hora e dia marcados supervisionados pela fisioterapeuta da instituição para coletas de dados do prontuário e das fichas de avaliação. Os dados do paciente selecionado serão mantidos em sigilo, com preservação do nome e dos dados pessoais.

O(s) **benefício(s) esperado(s)** é(são) : O tratamento Fisioterapêutico seja eficaz no auxilio do tratamento do paciente portador da Síndrome de Lennox – Gastaut.