



APRAXIA MOTORA NA SÍNDROME DE RETT

Apraxia é o termo que designa a falta de habilidade para sequenciar, coordenar e executar certos movimentos e gestos intencionais e funcionais, quando essa inabilidade não decorre de fraqueza motora, de alguma forma de paralisia ou de desordens sensoriais.

Acredita-se que a apraxia seja resultado de algum dano causado ao córtex cerebral decorrente de acidente vascular cerebral, tumores cerebrais, traumatismo craniano ou processos infecciosos. Também pode resultar de déficits no desenvolvimento do córtex cerebral, como acontece em alguns distúrbios do desenvolvimento, como é o caso da Síndrome de Rett (SR).

A apraxia pode afetar quase todos os movimentos voluntários, incluindo os movimentos necessários para fixação adequada do olhar, marcha, fala e escrita.

Apraxia motora, portanto, é a incapacidade para coordenar pensamento e ação. É, sem dúvida, o déficit fundamental na Síndrome de Rett, uma vez que envolve todos os movimentos intencionais do corpo. (MOVE PROGRAM. Disponível em <www.wemove.org. Acesso em 18 de setembro de 2009).

Embora a menina com SR não perca necessariamente a habilidade de movimentar o seu corpo, ela perde a capacidade de dizer para o seu corpo como e quando se movimentar. Ainda que ela tenha o desejo de realizar um movimento específico, geralmente é absolutamente incapaz de realizá-lo.

A apraxia motora, portanto, torna muito difícil, quando não impossível para a menina com SR realizar qualquer movimento intencional. Ela até pode ter o desejo de subir numa cadeira ou de subir escadas, mas ela precisa de um tempo longo demais para or-

ganizar essa ação. Planejar e executar um movimento lhe é tão difícil que a leva a desistir do alvo desejado, levando-nos a crer, muitas vezes, que ela não está interessada no ambiente.

Quando a marcha está preservada, ela pode se dirigir até o objeto de desejo, mas dificilmente consegue atingi-lo porque o empurra com muita força ou com força insuficiente para movê-lo; muitas vezes chega muito próximo ao objeto de desejo, mas acaba andando em círculos ao seu redor, sem conseguir atingi-lo. Nas vezes em que consegue atingi-lo, acaba por derrubá-lo no chão.

Nesse sentido, embora os movimentos manuais estereotipados constituam a manifestação que acaba por caracterizar a SR, esses movimentos não são o primeiro sintoma da síndrome. A perda do uso funcional das mãos (ou apraxia manual) ocorre muito antes, e geralmente se trata de uma perda que vai se mostrando sutilmente ao longo do tempo. Primeiro, a criança deixa de mostrar interesse para manipular objetos. Em seguida, começa a deixar os brinquedos caírem de suas mãos, não consegue segurar a mamadeira ou o copo, derrubando-os, e começa a não conseguir agarrar o garfo ou a colher com comida para levá-los à boca.

O grau de apraxia manual varia de acordo com a idade em que a regressão começa a se manifestar. Quando a regressão se manifesta precocemente, quando a criança ainda não desenvolveu o seu repertório de habilidades manuais, é mais difícil perceber essa apraxia. No entanto, quando se assistem a vídeos de crianças que vieram a receber o diagnóstico de SR posteriormente, fica bastante evidente que, mesmo antes de a regressão se manifestar, muitas meninas já mostravam sinais sutis de que o uso das mãos não estava completamente normal já desde a tenra infância. A criança pode perder a maioria ou mesmo todas as habilidades manuais e digitais, ainda que possa vir a readquirir alguma função manual depois do período de regressão.

Quando pequenina, ela pode desenvolver garra em pinça normal, o que lhe permite pegar pequenos objetos unindo o indicador e o polegar; mas essa habilidade gradualmente se reduz a uma garra palmar, quando usa a palma e os dedos para segurar objetos

para puxá-los ou empurrá-los, mas dificilmente os consegue manter no ar. Muitas vezes a preensão é totalmente perdida, e é substituída por movimentos de tocar ou bater nos objetos.

A grande maioria das meninas com SR apresenta grau importante de apraxia manual, o que interfere na sua habilidade de realizar movimentos motores manuais intencionais. Elas têm desejo e vontade de mover suas mãos funcionalmente, mas não conseguem que suas mãos façam o que elas gostariam de fazer com suas mãos.

Também podem apresentar tremores manuais, o que torna o uso das mãos ainda mais difícil. A espasticidade e o tono muscular anormal também podem afetar as mãos. Em muitas meninas, o polegar assume posição totalmente pressionado sobre a palma, e lhes é muito difícil trazê-lo de volta para o lugar, o que impossibilita qualquer preensão mais efetiva. Movimentos estereotipados intensos – que geralmente aumentam quando estão estressadas ou aborrecidas – impossibilitam, definitivamente, o uso funcional das mãos.

É impossível curar a apraxia na SR, mas é possível minimizá-la.

Muito do que parecem ser movimentos sem intenção e sem objetivo em meninas com a SR pode, na verdade, ser uma ação de fato intencional que deu errado. Por isso, é importante que se preste muita atenção e se compreenda muitos dos movimentos realizados por essas meninas. Por exemplo, ela pode, de repente, ficar olhando intensamente para um objeto ou para uma pessoa, começar a hiperventilar, a balançar ou seu corpo para frente e para trás e apertar as mãos, tudo isso na tentativa de se preparar para um movimento intencional. Mas, quando (e se) ela consegue se movimentar, geralmente é mal sucedida na sua intenção: não consegue atingir o alvo ou se movimenta de maneira errada. Todo esse processo é muito frustrante para a menina (e também para seus pais e/ou cuidadores). Daí a importância de se prestar atenção extremamente cuidadosa aos sinais que o seu corpo dá a partir dos seus desejos de se movimentar, de modo que se possa ajudá-la a realizar o movimento desejado de forma bem sucedida. Sinais e compor-

tamentos consistentes devem ser cuidadosamente interpretados, no sentido de diminuir ao máximo a frustração e otimizar o desejo de fazer.

Ainda que em situações bastante raras, a menina com SR consegue, ainda que apenas momentaneamente, superar a apraxia, o que acontece especialmente quando ela se encontra emocionalmente motivada. Geralmente isso ocorre quando ela se movimenta de maneira automática, sem ter que pensar em como vai se movimentar. Por exemplo, quando se coça automaticamente, quando pega impulsivamente um chocolate, ou quando produz algum som ou verbalização que expressa alegria ou desconforto.

Deste modo, a apraxia pode ser minimizada quando oferecemos a essa menina atividades emocionalmente estimulantes que sejam realizadas quase que automaticamente a princípio, de modo que elas obtenham sucesso REALIZANDO o movimento, antes que tenham que pensar em como realizar o movimento. Daí a importância da intervenção fisioterapêutica para reduzir a apraxia e estimular o uso das mãos.

Manobras propostas por diferentes abordagens e conceitos fisioterapêuticos devem ser avaliadas e empregadas para a redução da apraxia. Primeiro, porque o planejamento fisioterapêutico deve ser individualizado para cada paciente, considerando (a) a idade e o estágio da doença em que a paciente se encontra; (b) outros problemas motores, ortopédicos, gastrintestinais, respiratórios e neurológicos (ênfatizando-se aqui as crises convulsivas de caráter epiléptico ou não) concomitantes em cada fase do tratamento fisioterapêutico; (c) a quantidade de sessões semanais que a família possa oferecer para a paciente.

Além disso, não existe uma proposta de abordagem fisioterapêutica que seja específica para a SR, e a literatura sobre manobras e técnicas empregadas a pacientes com a SR ainda é bastante inespecífica, não contando com recomendações baseadas em evidências.