

# Avaliação das habilidades psicomotoras e da motricidade global em paciente portadora da Doença de Huntington

## *Assessment of psychomotor skills and overall motor function in a patient with Huntington's disease*

Juliane Walter<sup>1</sup>; Magali T. Q. Grave<sup>2</sup>; Eduardo Périco<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Juliane Walter – Fisioterapeuta, Supervisora de Estágio do Curso de Fisioterapia – Univates. Lajeado, RS – Brasil.

<sup>2</sup>Magali T. Q. Grave – Mestre em Desenvolvimento Regional – UNISC, Doutoranda em Ciências da Saúde – PUC/RS, Professora e Coordenadora do Curso de Fisioterapia – Univates. Lajeado, RS – Brasil

<sup>3</sup>Eduardo Périco – Biólogo, Doutor em Ecologia, Coordenador do Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento e Professor – Univates. Lajeado, RS – Brasil

### Endereço para correspondência

Juliane Walter  
Lajeado, RS [Brasil]  
juliane.walter@yahoo.com.br

### Resumo

**Introdução:** A doença de Huntington é uma desordem hereditária do cérebro, que caracteriza-se por alterações mentais e distúrbios do movimento (coreia). **Objetivos:** Este estudo teve por objetivo acompanhar a evolução da doença de Huntington quanto às habilidades psicomotoras e motricidade global em paciente portadora, após tratamento fisioterapêutico. **Método:** Como instrumento de avaliação quantitativa utilizou-se o Índice de Barthel e a avaliação qualitativa foi realizada a partir de fotografias e filmagens da paciente no transcorrer dos atendimentos. **Resultados:** Inicialmente foram coletados dados do prontuário da paciente, seguindo com o tratamento fisioterapêutico e aplicação dos métodos de avaliação. **Conclusão:** Os resultados indicaram que com a fisioterapia foi possível a manutenção das habilidades psicomotoras e da motricidade global da paciente durante um ano, o que pode ser considerado um ganho, visto tratar-se de uma doença neurodegenerativa e progressiva, com um prognóstico desfavorável e de incapacidades crescentes.

**Descritores:** Doença de Huntington (DH); Índice de Barthel (IB); Habilidades psicomotoras; Motricidade global.

### Abstract

**Introduction:** Huntington's disease is an inherited disorder of the brain that characterizes itself by mental changes and movement disorders (chorea). **Objectives:** This study aimed to monitor the evolution of Huntington's disease as the psychomotor abilities and overall motricity in a patient after physiotherapeutic procedures. **Methods:** As a tool for quantitative evaluation, it was used the Barthel Index and the qualitative evaluation was made from photographs and footage of the patient during the sessions. **Results:** Initially data were collected from medical records of patient followed by physical therapy and application of assessment methods. **Conclusion:** The results indicates that with physiotherapy it was possible the maintenance of psychomotor skills and overall motricity for a year, which can be considered an achievement, since it is a progressive neurodegenerative disease with a not favorable prognosis and increased disability.

**Key words:** Huntington's disease (HD); Barthel Index (BI); Psychomotor skills; Overall motricity.

## Introdução

A doença de Huntington foi descrita pela primeira vez por Waters em 1842. Entretanto, coube a George Summer Huntington (1851 – 1916), em 1872, o mérito de a doença ter sido aceita como uma entidade clínica<sup>1,2,3</sup>.

A doença de Huntington é uma condição genética com padrão de herança do tipo autossômico dominante<sup>2</sup> e que caracteriza-se por movimentos coréicos (espasmódicos, de torção, como se fossem movimentos de dança) e incontroláveis dos membros, mudança de personalidade e deterioração intelectual. Geralmente os distúrbios afetivos, tais como depressão e sentimento de inutilidade, precedem os cognitivos e motores em vários anos. A idade média em que aparecem os primeiros sintomas é de 35 anos, embora varie desde a infância até a velhice. A expectativa de vida, desde o aparecimento dos primeiros sintomas, é, em média, de 15 anos, sendo que a morte normalmente é resultante da pneumonia por aspiração ou sufocação<sup>4</sup>.

A doença de Huntington ocorre em todo o mundo e em todos os grupos étnicos, especialmente brancos, acomete homens e mulheres igualmente. Afeta, aproximadamente, 6,5 em cada 100.000 pessoas<sup>3,5,6</sup>.

Os sinais explícitos da mutação aparecem somente na idade adulta. Ainda não se conhece o suficiente sobre os processos cerebrais que levam ao transtorno para apontar um momento específico em que seja possível afirmar que a doença começou<sup>7</sup>. Devido ao início tardio das manifestações clínicas da doença, estima-se que para cada caso haja cinco vezes mais membros da família com risco da doença<sup>8</sup>.

O gene relacionado com a doença de Huntington foi localizado próximo à extremidade telomérica do braço curto do cromossomo 4, na posição 4p16.3 e codifica uma proteína denominada huntingtina, que contém 3.144 aminoácidos<sup>2</sup>. Esta patologia é uma das doenças genéticas do homem, conhecidas como sendo causadas por expansão da repetição de trinucleotídeos, neste caso a repetição CAG<sup>9</sup>.

A mutação causa a destruição de neurônios em uma parte do cérebro chamada corpo estriado (núcleo caudado + putâmen) que produz o neurotransmissor GABA. A redução de liberação desse neurotransmissor resulta em movimentos involuntários e a degeneração mental progressiva<sup>1</sup>.

O tratamento fisioterapêutico do paciente com doença de Huntington e de seus familiares tem por finalidade manter a qualidade de vida, incluindo a manutenção das habilidades funcionais e o aconselhamento às famílias sobre o equipamento adaptável. É importante ressaltar que os resultados da avaliação ditarão os procedimentos do tratamento. Técnicas úteis podem incluir: diminuir o tônus (movimentos coréicos), aumentar a estabilidade sobre os ombros, tronco, pescoço e o quadril<sup>5</sup>.

Em relação ao método quantitativo, o Índice de Barthel, O'Sullivan e Schmitz<sup>10</sup> relatam que é um método quantitativo utilizado para avaliar a capacidade funcional, medindo o grau de assistência que um indivíduo necessita em dez itens de mobilidade nas atividades de vida diária. Cada item de desempenho é avaliado em uma escala ordinal, com um número específico de pontos assinalados para cada julgamento clínico. Os escores atribuídos variam entre 0 (dependente), 5 (necessidade de ajuda ou supervisão), 10 (parcialmente dependente) e 15 (independente), sendo que este último somente é considerado na transferência da cadeira para a cama e na deambulação (marcha). Ao todo, somam-se 100 pontos, traduzindo o nível de dependência da pessoa (0-15 = dependência total; 20-35 = dependência grave; 40-55 = dependência moderada; 60-95 = dependência leve; 100 = independência), mostrando que quanto mais próximo de 100, maior a capacidade funcional do sujeito.

O trabalho propôs-se a avaliar, através do Índice de Barthel, fotografias e filmagens, tratar e acompanhar a evolução da doença de Huntington quanto às habilidades psicomotoras (atividades que envolvem pensamento e movimento) e motricidade global (atividades que envolvem movimentos finos e amplos) em uma paciente de 48 anos, portadora, após realizar tratamento fisioterapêutico.

## Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de caso experimental e descritivo de caráter quantitativo e qualitativo, utilizando como métodos de avaliação o Índice de Barthel, fotografias e filmagens da paciente. A pesquisa foi realizada em uma clínica de fisioterapia localizada em uma cidade de pequeno porte na região do Vale do Taquari, onde a paciente recebe atendimento fisioterapêutico duas vezes por semana. Iniciou-se pela coleta de dados sobre a história da doença de Huntington, conforme dados registrados no prontuário da paciente, seguindo com o tratamento fisioterapêutico, aplicação do Índice de Barthel e realização das filmagens e fotografias. A observação e avaliação deste estudo de caso estenderam-se por um ano, de abril de 2007 a abril de 2008.

A pesquisadora explicou para a representante legal da paciente a metodologia da pesquisa e informou sobre a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo como base a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, que trata da ética em pesquisa com seres humanos.

Após assinatura dos termos (TCLE e Termo de Autorização para Utilização de Espaço da Clínica de Fisioterapia), o projeto de pesquisa foi elaborado, encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Univates, em 12 de março de 2008.

A coleta de dados e análise do prontuário constituiu na obtenção de informações inerentes a patologia da paciente em questão, tais como aparecimento dos primeiros sintomas, manifestações clínicas, seqüelas decorrentes, diagnóstico, tratamento farmacológico e fisioterapêutico, bem como evolução da doença quanto às habilidades psicomotoras e motricidade global. Estas informações, anamnese, avaliações e reavaliações (pontuações do Índice de Barthel, filmagens, fotografias) e atendimento fisioterapêutico foram realizados pela pesquisadora e acompanhados por um dos fisioterapeutas responsáveis pela clínica.

Em relação ao tratamento fisioterapêutico, sendo a paciente portadora de um distúrbio do movimento (coréia – movimentos involuntários), função

e controle postural, optou-se por embasar os atendimentos no Conceito Bobath, buscando a inibição dos movimentos anormais a fim de facilitar atividades funcionais. Desta maneira, foram realizados alongamentos e movimentações passivas, exercícios ativos livres e ativo-assistidos, manutenções e mudanças de posturas, como rolar, sentar e ficar em pé, utilizando-se padrões inibitórios do tônus muscular para auxiliar no treino das atividades de vida diária e de marcha, e orientações gerais aos cuidadores, com vistas à melhoria da capacidade funcional.

O Índice de Barthel, método utilizado para mensurar as habilidades psicomotoras, foi aplicado a cada 4 meses na presença da paciente e de sua cuidadora, em ambiente reservado da clínica, antes da realização das atividades fisioterapêuticas, para que estas não viessem a interferir no resultado da avaliação. No total, obtiveram-se 4 resultados (abril, agosto e dezembro de 2007 e abril de 2008).

As fotografias e filmagens da paciente (no plano anterior – de frente) foram realizadas no transcorrer do tratamento fisioterapêutico, sendo as fotos realizadas durante o atendimento e as filmagens da marcha antes de iniciar o mesmo. As imagens para avaliação da marcha foram feitas no corredor da clínica (pela possibilidade de um maior número de passos, sem obstáculos) e para avaliação da motricidade global foi utilizada a sala de atendimento individual, num total de quatro avaliações. As fotografias e filmagens foram armazenadas em CD-R, guardadas em local seguro e eliminadas pela destruição deste CD, após o término da pesquisa. Estas imagens, realizadas com autorização da responsável legal, a pedido da mesma, não foram divulgadas no estudo.

Para finalização dos resultados obtidos neste estudo foi realizada a avaliação quantitativa (habilidades psicomotoras) e qualitativa (motricidade global), analisando: 1) a diferença entre as quatro aplicações dos itens que apresentaram variação no Índice de Barthel, 2) a soma final do Índice de Barthel nas quatro avaliações e 3) as variações entre as quatro datas em que foram realizadas as fotografias e filmagens. Os resultados do Índice de Barthel foram analisados sob forma de gráficos. As filmagens da marcha foram examinadas em

uma tabela, considerando-se os seguintes aspectos: base de sustentação; reações compensatórias de membros superiores e inferiores; dissociação de cinturas pélvica e escapular; movimentos coréicos na face; centro de gravidade; e, movimentos coréicos em tronco e membros. Nas fotografias, foram observados, também sob forma de tabela, itens tais como posicionamento das articulações, alinhamento da cabeça, do tronco e dos membros.

## Resultados

### Histórico da paciente:

A paciente do presente estudo de caso tem 48 anos, é casada e tem uma filha de 27 anos. Até seus 30 anos de idade ela tinha uma rotina normal, mas, a partir daí, passou a apresentar falta de precisão nos movimentos distais e dificuldade na preensão manual voluntária, deixando cair objetos, alterações estas que acentuaram-se com o tempo, tornando a coréia (movimentos involuntários e de torção) evidente.

Em 1990, mesmo ano em que iniciaram os sintomas, a paciente teve cogitada a hipótese diagnóstica de doença de Huntington, culminando com o aparecimento de depressão. Deste momento em diante, passou a ser medicada com fármacos para controle dos movimentos coréicos e antidepressivos. Realizou o teste genético no ano de 2003 e somente em 2006 recebeu o resultado, confirmando a doença de Huntington, uma patologia genética, rara e neurodegenerativa.

Com o passar do tempo precisou abandonar o emprego, não pôde mais realizar as tarefas domésticas e cuidados com a família, necessitando de auxílio de terceiros para atividades de auto-cuidado. Acentuaram-se as quedas e em consequência desta manifestação, iniciou o tratamento fisioterapêutico.

Atualmente, após 18 anos de instalação da doença, a paciente apresenta todos os sintomas motores já citados, além de dificuldade na pronúncia das palavras (disartria), depressão e dificuldades em aceitar a evolução da doença. Do ponto de vista cognitivo, reconhece pessoas e ambientes de seu convívio.

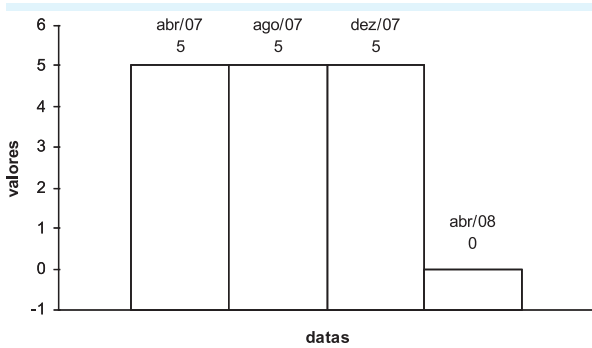
### Índice de Barthel – Ítens individuais:

Dentre os dez itens contemplados no Índice de Barthel (alimentação, banho, higiene pessoal, vestir-se, intestinos, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência cadeira e cama, deambulação e subir escadas), os que variaram no transcorrer do tratamento foram: alimentação, vestir-se, bexiga, transferência para higiene íntima, transferência cadeira e cama e subir escadas. Abaixo são demonstradas estas variações:

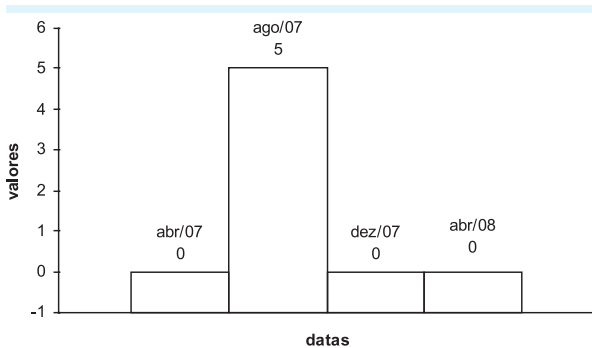
Na figura 1 pode-se observar que a paciente manteve de abril de 2007 a dezembro do mesmo ano a sua capacidade parcial de alimentar-se sozinha, necessitando ajuda, principalmente para cortar os alimentos, havendo necessidade de ser alimentada por outra pessoa, a partir da quarta aplicação do Índice de Barthel, o que ocorreu em abril de 2008. Pode-se dizer que esta mudança é consequência de sintomas, citados por Rowland e colaboradores<sup>3</sup> e Umphred<sup>5</sup>, como os movimentos espasmódicos dos membros, não-coordenação, caretas faciais e movimentos intermitentes das sobrelhas e da frente, que aumentam no decorrer do tempo.

Com base na figura 2, é possível constatar que a doença, em um estágio intermediário, impossibilita o portador de realizar suas atividades de vida diária em virtude dos movimentos coréicos (involuntários e de torção), os quais impedem a preensão manual voluntária. Ressalta-se que, com o início do tratamento fisioterapêutico, conseguiu-se uma evolução na motricidade do ato de vestir-se, a qual não se manteve nas duas avaliações seguintes pela progressão da doença. Sobre os movimentos coréicos, a União dos parentes e amigos dos doentes de Huntington<sup>11</sup> afirma terem origem nos gânglios da base, região do encéfalo responsável pela realização planejada e organizada dos movimentos voluntários, perdidos com a evolução do curso da doença.

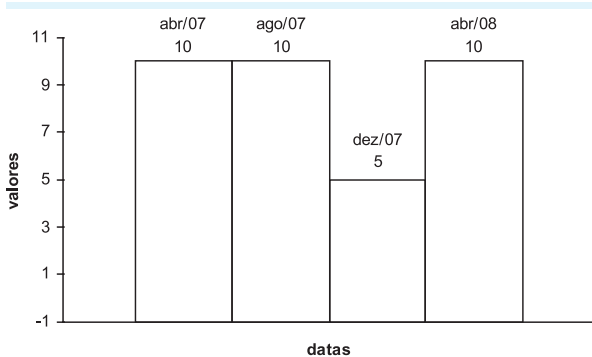
A figura 3 demonstra a manutenção da capacidade do controle do esfíncter vesical no período de abril de 2007 a agosto de 2007, havendo a ocorrência de acidentes ocasionais na terceira avaliação, retornando o controle automático em abril de 2008, época em que foi realizada a quarta e última avaliação. Para Stokes<sup>12</sup> a incontinência urinária



**Figura 1:** Alimentação parcialmente dependente. Onde 0 = não atingiu os critérios estabelecidos; 5 = precisa de ajuda (por exemplo, para cortar)



**Figura 2:** Evolução do ato de vestir-se, em uma avaliação. Onde 0 = não atingiu os critérios estabelecidos; 5 = precisa de ajuda, mas faz pelo menos metade do trabalho em tempo razoável

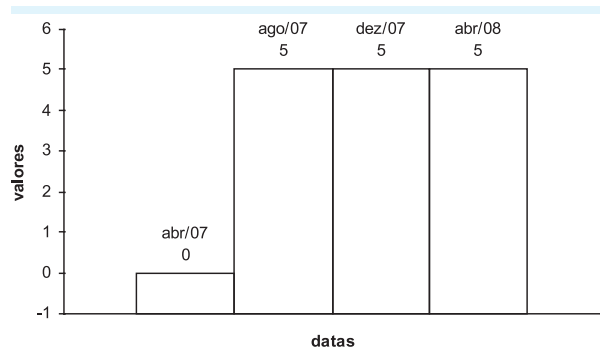


**Figura 3:** Manutenção do controle do esfíncter vesical. Onde 5 = acidentes ocasionais ou precisa de ajuda com os dispositivos; 10 = sem acidentes; capaz de carregar a bolsa coletora, se necessário

que ocorre no estágio tardio, pode ser consequência da demência e não de uma causa neurológica específica. Neste caso, o fato de ocorrerem aciden-

tes ocasionais pode estar relacionado com uma fase mais depressiva da paciente, na qual também apresentou lapsos de localização temporal em relação a atividades de seu cotidiano.

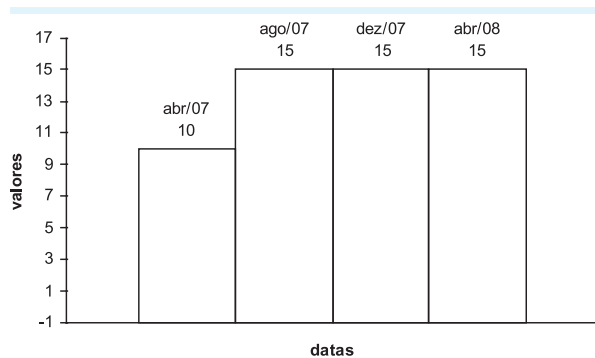
Conforme a figura 4, a paciente realizando fisioterapia obteve, primeiramente, uma evolução e, posterior manutenção em relação a capacidade de transferências para higiene íntima. Esta situação é um fato incomum, visto que a doença de Huntington, segundo Umphred<sup>5</sup>, é uma patologia degenerativa e progressiva, com perda gradual e significativa na independência psicomotora de pessoas por ela acometidas.



**Figura 4:** Progressão na capacidade de transferências para higiene íntima. Onde 0 = não atingiu os critérios estabelecidos; 5 = precisa de ajuda para equilibrar-se, lidar com as roupas ou papel higiênico

De acordo com a figura 5, percebe-se que com o início do tratamento fisioterapêutico, a paciente que necessitava de assistência mínima para fazer a transferência da cadeira para a cama, evoluiu favoravelmente para a independência total neste quesito, mantendo-a por um período de oito meses, demonstrando que com a fisioterapia, nas três reavaliações ocorridas nos meses de agosto e dezembro de 2007 e abril de 2008, os movimentos involuntários, abruptos e que aparecem sem finalidade, citados por Rowland e colaboradores<sup>3</sup>, diminuíram e possibilitaram uma maior funcionalidade à paciente. Segundo a Associação Brasil Huntington<sup>13</sup>, dentre os objetivos do tratamento estão a manutenção das habilidades funcionais, adaptações das funções perdidas e inibição dos movimentos coreicos, os quais foram alcançados neste caso.





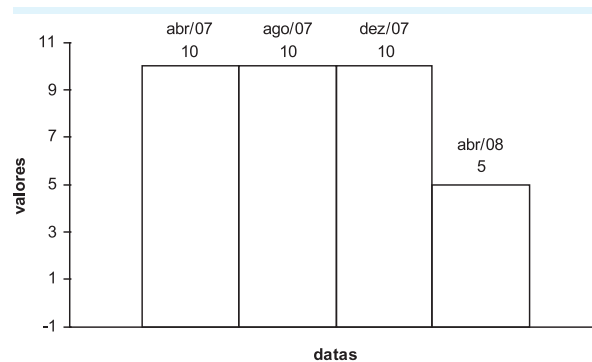
**Figura 5:** Evolução e manutenção da habilidade de fazer transferência da cadeira e da cama. Onde 10 = mínima assistência ou supervisão; 15 = independente, incluindo o travamento da cadeira de rodas, levantamento dos apoios dos pés

Na figura 6 é possível verificar-se que nesta variável, a paciente manteve-se independente de abril de 2007 a dezembro do mesmo ano, entretanto, em abril de 2008, apresentou uma diminuição na capacidade de subir escadas, uma vez que, segundo Umphred<sup>5</sup>, as manifestações motoras da doença de Huntington incluem anormalidades nas reações posturais, na rotação do tronco, na distribuição de tônus e movimentos estranhos. Em consequência destas alterações, a paciente sofreu uma queda em 30 de março de 2008, o que pode ter contribuído para a necessidade de auxílio ao subir escadas. No entanto, chama-se a atenção para o fato de que não houve perda completa da independência, provavelmente pelas aquisições alcançadas anteriormente com os exercícios de fisioterapia.

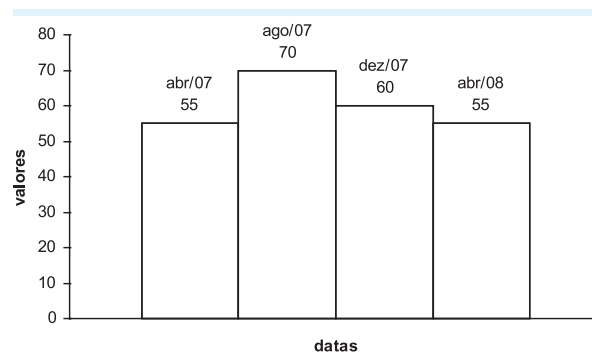
### Índice de Barthel – Pontuações totais:

Na soma total dos itens que constam no Índice de Barthel, adquiriu-se os seguintes resultados nas quatro datas de avaliação, apresentados abaixo:

A figura 7 demonstra as pontuações gerais do Índice de Barthel, nas 4 avaliações realizadas, incluindo todas as variáveis dispostas nesse instrumento de avaliação. Assim, de forma geral, reforça-se a citação de Umphred<sup>5</sup> quando diz



**Figura 6:** Manutenção, em três avaliações, da capacidade de subir escadas. Onde 5 = precisa de ajuda ou supervisão; 10 = independente, pode usar dispositivos de assistência



**Figura 7:** Manutenção da capacidade funcional. Onde 55 = (40-55) dependência moderada; 60 = (60-95) dependência leve; 70 = (60-95) dependência leve

que o tratamento fisioterapêutico do paciente com doença de Huntington e orientações a seus familiares e/ou cuidadores tem por finalidade manter, por um período maior de tempo, as habilidades funcionais da pessoa acometida pela doença e, conseqüentemente, possibilitar menor sobrecarga de trabalho ao cuidador. Ressalta-se que no período de agosto a dezembro de 2007, orientou-se a paciente a utilizar o andador, porém, este não foi bem aceito por ela, podendo justificar alguma diminuição na capacidade funcional. Também se salienta o fato de que neste período intermediário, entre dezembro de 2007 e abril de 2008, a paciente sofreu uma queda em sua residência, fraturou o nariz e ficou impossibilitada, por ordem médica, de frequentar a fisioterapia, o que provavelmente pode ter

contribuído para uma dependência maior neste período e, conseqüentemente, um decréscimo na pontuação total.

### Análise das filmagens:

A avaliação das quatro filmagens realizadas no transcorrer do tratamento baseou-se em aspectos como base de sustentação, reações compensatórias de membros superiores e inferiores, dissociação de cinturas pélvica e escapular, movimentos coréicos na face, centro de gravidade e

movimentos coréicos em tronco e membros, os quais são apresentados na tabela 1.

### Análise das fotografias:

Em relação às fotos, realizadas em quatro dias diferentes, analisou-se itens como o posicionamento das articulações, alinhamento da cabeça, alinhamento do tronco e alinhamento dos membros, e, optou-se por demonstrá-los sob forma de tabela (tabela 2).

**Tabela 1:** Motricidade global por filmagens

| Itens  | 1ª filmagem                                       | 2ª filmagem                                    | 3ª filmagem                                    | 4ª filmagem  |
|--|---|--|--|--|
| Base de sustentação                          | augmentada  | normal   | augmentada                                     | augmentada   |
| Reações compensatórias de membros superiores | exacerbadas (fixação no tronco)                   | augmentadas (sem fixação permanente ao tronco) | exacerbados (movimentos coréicos)              | exacerbados (direito flexionado e esquerdo estendido, ambos fixos no tronco) |
| Reações compensatórias de membros inferiores | exacerbadas (padrão extensor)                     | exacerbadas (padrão extensor)                  | exacerbadas (padrão extensor)                  | augmentadas (com alguns movimentos de flexão)                                |
| Dissociação de cinturas pélvica e escapular  | Ausente   | ausente  | ausente  | ausente  |
| Movimentos coréicos na face                  | exacerbados (principalmente em testa e olhos)     | augmentados                                    | augmentados (movimentos titubeantes da cabeça) | ausentes   |
| Centro de gravidade                          | deslocado para direita (flexão lateral de tronco) | alinhado                                       | deslocado para direita                         | deslocado para frente  |
| Movimentos coréicos em tronco e membros      | exacerbados                                       | diminuídos                                     | exacerbados                                    | exacerbados  |

**Tabela 2:** Motricidade global por fotos

| Itens                           | 1ª fotografias  | 2ª fotografias   | 3ª fotografias  | 4ª fotografias  |
|---------------------------------|---|--|---|---|
| Posicionamento das articulações | - ombro: rotação interna<br>- quadril: flexão de 15°<br>- tornozelo: posição neutra | - ombro: rotação interna<br>- quadril: posição neutra<br>- tornozelo: dorsi-flexão | - ombro: posição neutra<br>- quadril: flexão de 5°<br>- tornozelo: posição neutra | ombro: posição neutra<br>quadril: posição neutra<br>tornozelo: posição neutra |
| Alinhamento da cabeça           | fletida, lateralizada para direita e rodada para esquerda                           | fletida e lateralizada para direita  | fletida e rodada para esquerda  | discreta flexão e rotação para esquerda                                       |
| Alinhamento do tronco           | flexão anterior e lateral direita   | flexão anterior e lateral direita  | flexão anterior   | discreta flexão anterior  |
| Alinhamento dos membros         | assimetria entre os hemicorpos  | assimetria entre os hemicorpos   | assimetria entre os hemicorpos  | assimetria entre os hemicorpos  |

## Discussão

No decorrer do estudo, à medida que os vínculos afetivos iam se estabelecendo, a confiança aumentando e a história familiar da paciente conhecida, a cada sessão de exercícios e, de acordo com os acontecimentos, eram, por parte da fisioterapia, sugeridas adaptações na sua casa e em sua rotina. Para Umphred<sup>5</sup>, o tratamento fisioterapêutico do paciente com doença de Huntington, bem como de seus familiares tem por objetivo manter uma excelente qualidade de vida, incluindo a manutenção das habilidades funcionais e o aconselhamento às famílias sobre o equipamento e situações adaptáveis.

Os atendimentos fisioterapêuticos, além de melhorarem a qualidade de vida da paciente, conforme relatos da cuidadora e da filha, também proporcionavam a ela a oportunidade de sair de casa e ter contato com outras pessoas, fato cada vez mais difícil em consequência da evolução da doença. Isto vem ao encontro das citações de Umphred<sup>5</sup> e Cohen<sup>14</sup> quando dizem que, progressivamente, a combinação dos problemas psicológicos e neurológicos faz com que a pessoa apresente um declínio cognitivo, perca toda a habilidade de trabalhar e desempenhar suas atividades de vida diária.

O convívio com outras pessoas, muitas delas igualmente incapacitadas contribuiu para uma melhora perceptível no estado psicológico da paciente, atenuando os sintomas depressivos e tornando-a ativa no processo de reabilitação. Em relação aos sintomas depressivos, Andreasen<sup>7</sup> e Stokes<sup>13</sup> relatam que, no início, habitualmente, a doença de Huntington se manifesta como uma leve mudança na personalidade, de modo que podem ocorrer picos de raiva ou períodos prolongados de desânimo. Vários pacientes com o transtorno inicialmente apresentam depressão clínica. À medida que a doença progride, os sintomas cognitivos tornam-se cada vez mais graves e as mudanças de personalidade continuam.

Além de realizar os exercícios com muito afinco, as sessões de fisioterapia também serviam de momentos para que a paciente manifestasse seus anseios e angústias em relação à evolução da doença e, na medida do possível, tentava-se incentivá-la a não desistir das atividades propostas, no intuito de que as atividades funcionais se mantivessem o maior período de tempo possível; orientação acolhida pela mesma.

## Considerações

A partir da coleta e análise de dados, considerando-se tanto os progressos quanto as regressões, pode-se inferir que, de forma global, o tratamento fisioterapêutico que se utilizou de alongamentos e movimentações passivas, exercícios ativos livres, manutenções e mudanças de posturas, treino das atividades de vida diária, treino de marcha e orientações gerais aos cuidadores, seguindo a filosofia do Conceito Bobath (normalização do tônus muscular no intuito de facilitar movimentos normais funcionais), duas vezes por semana, durante um ano, contribuiu para a manutenção das habilidades psicomotoras e da motricidade global desta paciente. Esta manutenção pode ser considerada um fator positivo, uma vez que se trata de uma paciente portadora de uma doença neurodegenerativa e progressiva, para a qual se tem um prognóstico desfavorável, de incapacidades crescentes.

## Referências

1. ANDRICH, Jürgen; EPPLER, Jörg T. Dança mortal. Revista viver mente&cérebro, março de 2006.
2. DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul. Neurologia infantil. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. v.1.
3. ROWLAND, Lewis P. e colaboradores. Merritt: tratado de neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2002.
4. MOTTA, Paulo A. Genética humana: aplicada a psicologia e toda a área biomédica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2005.



5. UMPHRED, Darcy A. Reabilitação neurológica. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; traduzido por DORNELLES, Cláudia. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
7. ANDREASEN, Nancy C. Admirável cérebro novo: vencendo a doença mental na era do genoma. Porto Alegre: Artmed, 2005.
8. COLLINS, Robert C. Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1998.
9. GANONG, William F. Fisiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
10. O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.
11. UNIÃO DOS PARENTES E AMIGOS DOS DOENTES DE HUNTINGTON (UPADH), 2007. Disponível em: <<http://www.upadh.org.br>>. Acesso em: 12 de out. de 2007.
12. STOKES, Maria. Neurologia para fisioterapeutas. São Paulo: Premier, 2000.
13. ASSOCIAÇÃO BRASIL HUNTINGTON – ABH (produção). Abordagem fisioterapêutica na doença de Huntington: relato de caso. Apresentação: Márcia Freire de Mattos Rubiano. São Paulo: ABH, 2006. 1 DVD.
14. COHEN, Helen. Neurociência para fisioterapeutas: incluindo correlações clínicas. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001.



