

definição de PC secundária a encefalopatia hipoxico-isquémica perinatal e a identificação de anomalias do desenvolvimento cortical.

De facto, entre os 89 casos de etiologia da PC não apurada, existem certamente causas passíveis de ser identificadas. Entre as possíveis etiologias não referidas ou assinaladas em pequeno número nos casos nascidos em 2001 são de considerar as anomalias do desenvolvimento cortical, anomalias cromossómicas, kernicterus, acidentes vasculares cerebrais perinatais e infantis e factores inerentes à gemelaridade monocoriónica, entre outros.

4.5. Prevalência das formas clínicas da paralisia cerebral aos 5 anos de idade em Portugal

O Programa de Vigilância identificou 214 casos de PC nascidos em 2001, dos quais 201 estavam vivos e residentes em Portugal em 2006 (aos 5 anos de idade). Pela primeira vez, é possível descrever a nível nacional a distribuição do quadro clínico de indivíduos com PC num determinado grupo etário, neste caso aos 5 anos de idade, entre os nascidos em 2001.

Quadro XV – Classificação clínica da paralisia cerebral entre as crianças nascidos em 2001 e residentes em Portugal aos 5 anos de idade (dados a 31-07-2009; n = 201).

| | | |
|---------------------------------|-------------|------------|
| Paralisia cerebral espástica | 171 (85,1%) | |
| bilateral | 128 (63,7%) | |
| 2 membros afectados | | 49 (23,4%) |
| 3 membros afectados | | 9 (4,5) |
| 4 membros afectados | | 69 (34,3%) |
| número de membros não referido | | 1 (0,5%) |
| unilateral | 43 (21,4%) | |
| Paralisia cerebral disquinética | 20 (10%) | |
| distónica | 13 (6,5%) | |
| côreo-atetósica | 7 (3,5%) | |
| Paralisia cerebral atáxica | 7 (3,5%) | |
| Não classificada | 3 (1,5%) | |

Foi solicitado aos notificadores que classificassem a forma clínica de PC de acordo com os critérios adoptados pela SCPE (Figura 3). Os resultados obtidos para as 201 crianças identificadas estão expressos no Quadro XV. As formas de PC espástica predominam claramente (85,1%), particularmente as formas bilaterais (63,7%), sendo, no entanto, muito frequentes as formas unilaterais (21,4%). As formas de PC disquinéticas,

embora menos frequentes (10%), afectam 20 das crianças identificadas, e as formas atáxicas apenas 7 crianças (3,5%). É possível que haja uma subnotificação de formas minor de PC, pois a grande maioria dos notificadores são institucionais, trabalhando em hospitais (serviços de Pediatria e serviços de Medicina Física e Reabilitação) e centros de paralisia cerebral, para onde os casos minor geralmente não são referenciados, ou por subdiagnóstico nesta idade (5 anos) ou por não ser considerado necessário o acompanhamento diagnóstico e de reabilitação especializado.

Também de acordo com os critérios adoptados pela SCPE, os casos de PC foram classificados pelos notificadores consoante as suas aptidões funcionais, quer para a função motora global¹²⁻¹⁴ (Figura 14) quer para a função motora fina¹⁵ (Figura 15). Quanto à função motora global, quase 50% apresenta elevada funcionalidade (níveis I-II) mas 45% carece de grandes apoios para o posicionamento e a deslocação (níveis IV-V). O panorama é melhor quanto à motricidade fina, para a qual mais de dois terços das crianças apresentam uma capacidade funcional boa ou razoável, pelo menos unilateral (níveis I-III), no entanto, quase um quarto das crianças requer assistência mesmo com adaptações (nível V).

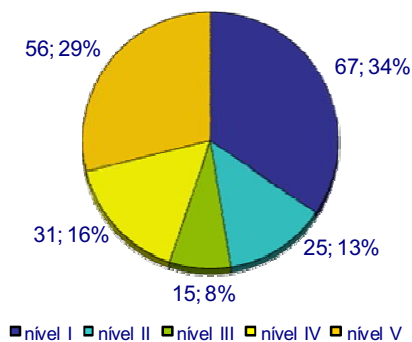


Figura 14 – Distribuição dos casos de paralisia cerebral aos 5 anos de idade em Portugal, nascidos em 2001, segundo a função motora global (SCFMG) (dados a 31-07-2009; n = 194).

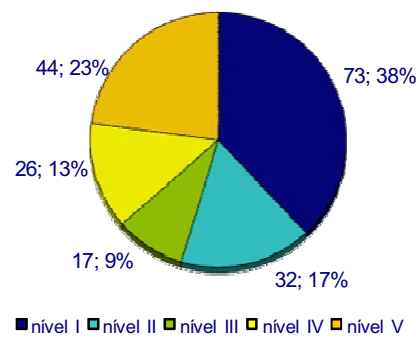


Figura 15 – Distribuição dos casos de paralisia cerebral aos 5 anos de idade em Portugal, nascidos em 2001, segundo a função motora bimanual (SCMFB) (dados a 31-07-2009; n = 192).

Estes dados, de elevada fiabilidade pela grande adesão dos notificadores à aplicação das escalas SCFMG e SCMFB (Figura 9E), são particularmente importantes, pois fornecem pela primeira vez uma avaliação da aptidão funcional motora das crianças com PC em Portugal na idade imediatamente prévia à entrada no ensino primário, permitindo conhecer as necessidades de apoios funcionais, a nível nacional e regional, para este grupo etário.

O Programa de Vigilância português incluiu no inquérito a aplicação de três escalas originais de classificação funcional: Sistema de Classificação da Função Oromotora – Alimentação (SCFO/A), Sistema de Classificação da Comunicação – Expressão Verbal (SCC/EV) e Sistema de Classificação do Controlo da Baba (SCCB)¹⁶⁻¹⁷. Também para estas novas escalas a adesão dos notificadores à sua aplicação foi muito boa (Figura 9E).

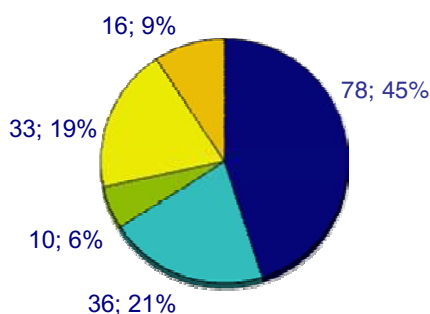


Figura 16 – Distribuição dos casos de paralisia cerebral aos 5 anos de idade em Portugal, nascidos em 2001, segundo o Sistema de Classificação da função oromotora – alimentação (SCFO/A) (dados a 31-07-2009; n = 173).

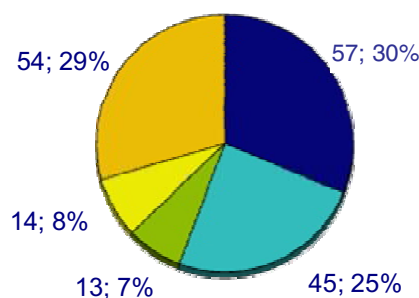


Figura 17 – Distribuição dos casos de paralisia cerebral aos 5 anos de idade em Portugal, nascidos em 2001, segundo o Sistema de Classificação da Comunicação / Expressão Verbal (SCC/EV) (dados a 31-07-2009; n = 183).

A classificação da capacidade funcional para a alimentação (Figura 16) mostra quase três quartos das crianças com autonomia alimentar (níveis I–III), mesmo que algumas delas tenham necessidade de utilização de adaptações nos utensílios e supervisão (nível III); no entanto, são preocupantes as dificuldades alimentares graves (níveis IV–V) em mais de um quarto das crianças identificadas, o que certamente se reflecte negativamente no seu bem-estar e nutrição. Foram identificados 8 casos (4%) em que a alimentação era feita por gastrostomia e um caso de alimentação por sonda nasogástrica.