

A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA SÍNDROME DE TOURETTE^{1,2}

Tatiana Luisa Reis³

Marina Silveira Palhares⁴

RESUMO

A Síndrome de Tourette se caracteriza por tiques motores múltiplos e tiques vocais em qualquer momento do distúrbio, não necessariamente simultâneos, porém coexistentes. É considerada uma síndrome rara, sem causa aparente, e que causa prejuízos significativos na vida pessoal, familiar e social dos indivíduos. Os estudos e relatos de caso sobre a síndrome são escassos na literatura, por isso a importância de se estudar a síndrome e seus vários tipos de tratamento. O presente trabalho foi apresentado sob forma de Minicurso durante XII Semana de Estudos em Terapia Ocupacional na Universidade Federal de São Carlos, com o propósito de esclarecer as características da Síndrome de Tourette, seus tratamentos, e principalmente a atuação do Terapeuta Ocupacional, baseada em uma experiência de intervenção clínica com um paciente portador da síndrome.

Palavras-Chave: Síndrome de Tourette, Terapia Ocupacional, Minicurso.

AN OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION IN TOURETTE'S SYNDROME

ABSTRACT

The Tourette's Syndrome main characteristic is both multiply display of motors and vocal tics in some moment of disturbance, not necessarily simultaneous, but coexistent. It is considerate a rare syndrome, without apparent cause, and that may contribute to do damages in personal, familiar and social life. The studies and cases studies about the syndrome are meager in literature, so is important to study the syndrome and possible treatment. The content of this paper was presented, as a minicourse, during XII Study Week in Occupational Therapy (Semana de Estudos em Terapia Ocupacional) at Universidade Federal de São

¹ Recebido em 20 de outubro de 2006 e aceito para publicação em 28 de novembro de 2006

² Parte do trabalho foi apresentada sob forma de minicurso na XIV Semana de Estudos de Terapia Ocupacional UFSCar que ocorreu de 14 a 16/09/2006, e em forma oral no XIV Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de São Carlos, no dia 11/10/2006.

Pesquisa financiada por PIBIC/CNPq.

³ Aluna do Curso de Graduação de Terapia Ocupacional da UFSCar. Em fase final de formação no método Meir Schneider de Autocura.

⁴ Docente do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar. Terapeuta Ocupacional, Mestre em Educação, Doutora em Educação.

Carlos, and its purpose was to clear the nature the Tourette's Syndrome, its treatment, and mainly the contribution of occupational therapy, based on a clinical intervention with a male patient.

Key Word: Tourette's Syndrome, Occupational Therapy, Minicourse

APRESENTAÇÃO

O objetivo de desenvolver este mini-curso na XII Semana de Estudos de Terapia Ocupacional foi o de demonstrar aos colegas, futuros terapeutas ocupacionais, uma possibilidade de metodologia para se iniciar o atendimento de um paciente portador de uma síndrome rara. Primeiramente descreveremos a Síndrome de Tourette e seus vários tipos de tratamento, para posteriormente relatar uma experiência de atendimento clínico em terapia ocupacional.

INTRODUÇÃO

Síndrome de Tourette

A patologia Síndrome de Tourette - ST foi inicialmente descrita pelo médico francês Jean Marie Itard, em 1825, o qual relatou o caso da francesa Marquesa de Dampierre, que desde os seus sete anos foi portadora de tiques corporais persistentes, além de emitir sons semelhantes a latidos e proferir obscenidades. Em 1884 George Gilles de la Tourette descreveu mais casos de tiques múltiplos, coprolalia¹ e ecolalia². Retomou o caso descrito anteriormente por Itard, considerando-o integrante da mesma síndrome, conferindo a esta seu nome. (HOUNIE, 1999, p.2)³

A partir da década de 60, pesquisadores de todo o mundo vêm descrevendo e estudando novos aspectos deste transtorno. Esse interesse deve-se ao fato de que a ST tem se mostrado muito freqüente, além de ser uma doença grave que pode causar grande sofrimento aos

seus portadores e familiares.

A Síndrome de Gilles de La Tourette é:

“um transtorno caracterizado em um momento qualquer durante o curso da doença por tiques motores múltiplos e um ou mais tiques vocais, não necessariamente simultâneos”.
(CID 10, 1993, p.277.)²,

Características Diagnósticas

Os problemas neurocomportamentais na Síndrome de Tourette são diagnosticados de forma mais eficiente pela obtenção de uma história abrangente. O exame neurológico mostra pequeno valor para a realização de diagnósticos comórbidos.

De acordo com o DSM-IV-TR (2006, p.137)⁷, existem critérios para diagnosticar a síndrome de Tourette:

- A. Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estiverem presentes em algum momento durante a doença, embora não necessariamente ao mesmo tempo.
- B. Os tiques ocorrem muitas vezes ao dia (geralmente em ataques) quase todos os dias ou intermitentemente durante um período de mais de 1 ano, sendo que durante este período jamais houve uma fase livre de tiques superior a 3 meses consecutivos.
- C. A perturbação causa acentuado sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras importantes áreas da vida do indivíduo.

¹ Coprolalia é a tendência involuntária de proferir palavras obscenas ou fazer comentários geralmente considerados socialmente depreciativos e, portanto, inadequados.

² Ecolalia é um sintoma de linguagem descrito como “repetição em eco da fala do outro”.

D. O início dá-se antes dos 18 anos de idade.

E. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex. estimulantes) ou a uma condição geral (por ex. doença de Huntington ou encefalite pós-viral).

Se estiverem presentes apenas tiques motores ou vocais (não ambos), o diagnóstico apropriado é distúrbio com tiques crônicos. Se estiverem presentes tiques motores ou vocais simples ou múltiplos muitas vezes ao dia, quase todos os dias, por pelo menos 4 semanas, porém não mais de 12 meses consecutivos, aplica-se o termo distúrbio com tiques transitórios. Os tiques transitórios são vistos em 20% das crianças durante sua primeira década de vida.

Epidemiologia

Segundo DSM-IV-TR (2006. p.137)⁷, o transtorno ocorre em aproximadamente 4-5 em cada 10.000 indivíduos.

O distúrbio apresenta-se em diversos grupos raciais e étnicos, assim como em todas as classes sociais.

A ST acomete cerca de 1,5 a 3 vezes mais o sexo masculino do que o feminino.

Tiques

De acordo com LEBOVICI (1954, p. 25)⁴, os tiques são definidos como: “*movimentos involuntários, bruscos e súbitos, rápidos e repetidos e que atingem um grupo ou grupos de músculos com ligação funcional...*”

“um tique é um movimento motor ou vocalização súbita, rápida, recorrente, sem ritmo e estereotipada. Ele é experimentado como algo incoercivo, mas pode ser suprimido por períodos variáveis de tempo”. (DSM-IV-TR, 2006. p139.)⁷

É típico dos tiques serem exacerbados por estresse e diminuir com o relaxamento ou com a concentração em uma tarefa agradável.

Os tiques são classificados em motores e vocais, os quais são também classificados em simples ou complexos.

Os tiques podem ser ainda, tônicos ou clônicos. Os tônicos ou distônicos são mais lentos, enquanto os clônicos são breves, súbitos.

Os tiques motores envolvem grupos musculares funcionalmente relacionados. Dentre os classificados como simples alguns exemplos são: piscamento dos olhos; caretas faciais; levantar os ombros; movimentos dos dedos das mãos; chutes; sacudidas de cabeça, pescoço ou outras partes do corpo. Já entre os complexos temos: gestos faciais; bater palmas; pular; agachar; empurrar; retorcer, desvios oculares; lambem mãos ou objetos; tocar, bater, ou checar partes do próprio corpo, ou de outra pessoa; retroceder sobre os próprios passos; arrumar; morder; ecopraxia³ e copropraxia⁴.

Os tiques vocais são sons produzidos pela passagem de ar através do nariz ou boca. Os simples incluem inúmeros sons, coçar a garganta, cuspir, fungar, roncar, latir, gritar, gemer etc. Os complexos são: proferição súbita de sílabas inapropriadas, palavras como “êpa”, “ops”, frases curtas e complexas incluindo ecolalia e coprolalia.

Evolução

A ST começa na infância, geralmente por volta dos sete anos de idade. A duração do transtorno em geral é vitalícia, embora se calcule que um terço dos pacientes apresenta remissão completa no fim da adolescência; outro terço, melhora dos tiques. O restante provavelmente continuará com o problema inalterado durante a vida adulta. Ainda assim, há relatos de

¹ Ecopraxia é a imitação compulsiva dos movimentos de outras pessoas

² Copropraxia é a emissão involuntária de gestos obscenos e inadequados.

desaparecimento dos tiques de forma espontânea em 3% a 5% dos casos.

Com a idade, na maioria dos casos, costuma-se diminuir a gravidade, a frequência e variabilidade dos sintomas.

A maioria das vezes o primeiro sintoma que aparece é um tique facial. Todavia, em alguns casos o distúrbio irrompe abruptamente com múltiplos sintomas, de movimentos anômalos e tiques vocais.

Na Síndrome de Tourette, fases de muitos tiques se alternam com fases em que eles praticamente desaparecem.

Pode-se adquirir o tique na idade adulta, mas é raro. Geralmente, quando isso acontece, é consequência de algum problema clínico, por exemplo, trauma cranioencefálico ou abuso de drogas, entre outros.

Etiologia

A causa da doença é desconhecida, mas sabe-se que há influência de fatores genéticos e neurobiológicos.

De acordo com BRUST (2000, p. 73)¹, a síndrome é transmitida de maneira hereditária autossômica dominante com penetração mista. Entre gêmeos idênticos (monozigóticos), quando um irmão é afetado, em mais de 50% dos casos o outro também possui a doença. Se não forem idênticos, esse percentual é de 10%. Quando todos os tipos de tique são incluídos, e não apenas a síndrome de Tourette, a taxa de concordância entre gêmeos monozigóticos aumenta para 77%.

Investigações sugerem que também há uma relação entre problemas na gravidez e a ocorrência da doença no filho. Algumas mostram uma incidência 1,5 vezes maior de complicações durante a gestação de portadores de tiques do que na de indivíduos saudáveis. Entretanto, nem todas as pesquisas conseguiram demonstrar essa correspondência.

Os fatores psicológicos também podem ter grande influência no desenvolvimento do transtorno, já que os tiques pioram, por exemplo, na presença de eventos estressantes, não necessariamente desagradáveis. Verificou também que há uma associação entre o conteúdo dos tiques, seu início e os eventos marcantes na vida das crianças portadoras da doença.

Wolf, em estudo de cinco grupos de gêmeos idênticos demonstrou que a ligação aos receptores D2 da dopamina, determinada por SPECT, aumentou na cabeça do caudado no gêmeo mais severamente afetado (WOLF apud BRUST, 2000, p.80)¹. Uma segunda hipótese levantada sugere a existência de hiperinervação dopaminérgica do núcleo estriado cerebral dos indivíduos afetados. Essa proposta se baseia na descoberta de um aumento significativo do número de locais portadores de dopamina pré-sináptica estriatal em tecido de um pequeno número de pacientes com a síndrome de Tourette, após a morte (SINGER apud BRUST, 2000, p.87)¹.

Alguns pesquisadores também sugerem que há uma relação entre o transtorno e anticorpos que atacam o cérebro (antineurais), produzidos pelo organismo para combater infecções causadas por estreptococos. Estudos realizados no Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo (Protoc), do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, mostraram que a febre reumática está associada a alterações imunológicas e pode aumentar a incidência de ST. HOUNIE (1999, p.9 -10)³

Teorias neuroendócrinas também levantam a hipótese de uma influência hormonal na incidência da ST, principalmente a dos hormônios masculinos, já que a síndrome é maior no sexo masculino. Há relatos de exacerbação dos sintomas associada ao uso exagerado de esteróides androgênicos, anabolizantes que aumentam a massa muscular. Em outros casos, os tiques intensificam-se no período pré-menstrual, o que

demonstra uma relação do problema com o equilíbrio hormonal.

Evidenciam-se também a hipótese de os tiques e a ST serem compreendidos como resultantes de alterações no circuito motor. Projeções do córtex motor, motor suplementar e somatossensorial para o putâmen e para a porção dorsolateral do núcleo caudado, respeitando uma distribuição somatotrópica, constituem esse circuito (MERCADANTE e cols, 2001, p.6)⁹

Pacientes com ST apresentam alterações volumétricas no caudado, putâmen e globo pálido. Uma hipótese considerada para a manifestação dos tiques seria que a atividade inibitória exercida por projeções GABAérgicas do striatum para o globo pálido estaria reduzida nos pacientes com ST. Se o corpo estriado não inibe os neurônios glutaminérgicos situados no tálamo, isso implica uma liberação de projeções do tálamo para o córtex, as quais são excitatórias. Considera-se que pacientes com ST seriam incapazes de inibir estímulos secundários a fenômenos sensoriais premonitórios, induzindo a ativação do circuito motor e o surgimento de comportamentos motores e fônicos. (MERCADANTE e cols, 2001, p.7)⁹

Distúrbios Associados

Portadores de ST geralmente têm transtornos associados tais como:

- Obsessões / Compulsões:

Sintomas obsessivos compulsivos são encontrados na maioria dos estudos em aproximadamente metade dos pacientes com ST. Estes sintomas incluem representações, idéias ou pensamentos repetitivos, indesejados ou incômodos; comportamentos repetitivos, frequentemente ritualizados em que o indivíduo tem a sensação de que algo precisa ser executado de uma forma muito específica e correta. (HOUNIE 1999, p.12)³

Pesquisas mostram a relação entre Transtorno

Obsessivo Compulsivo - TOC, e ST. Aproximadamente 30% dos pacientes com TOC possuem o transtorno de Tiques, e 15% o transtorno de Tourette. Ademais, dentro da mesma família alguns membros têm comportamentos obsessivos-compulsivos, sugerindo que a síndrome de Tourette e o TOC são variações do mesmo distúrbio (BRUST, 2000, p.105)¹.

- Transtorno do déficit da atenção (com ou sem hiperatividade)

O transtorno de déficit da atenção é comum em portadores e famílias com síndrome de Tourette, mas ainda há controvérsias quanto a haver ou não uma relação genética entre eles. Estima-se que aproximadamente 50% das crianças e adolescentes com ST tenham TDAH associado. HOUNIE (1999, p.12)³

- Outras psicopatologias

Existem hipóteses conflitantes referentes à relação de outros problemas co-mórbidos com a presença de tiques.

São numerosos os estudos que evidenciam a comorbidade entre ST e distúrbios do sono, transtornos de ansiedade e depressão. HOUNIE (1999, p.12)³

Transtornos Específicos do Aprendizado, em alguns casos podem estar presentes, tais como dislexia, dificuldades à escrita ou leitura, ou problemas na integração visual-motora.

Desconforto social com a sensação de estar sendo observado pelos outros, vergonha e humor deprimido frequentemente ocorrem. O funcionamento social, acadêmico ou ocupacional pode estar prejudicado, em vista da rejeição pelos outros ou ansiedade quanto a ter os tiques em situações sociais. Em casos severos de Transtorno de Tourette, os tiques podem interferir diretamente nas atividades diárias (por exemplo: ler ou escrever). HOUNIE (1999, p.11)³ Complicações raras do Transtorno de Tourette incluem ferimentos físicos, tais como cegueira devido a descolamento da retina (por bater a cabeça ou golpear-se), problemas ortopédicos

(por flexionar os joelhos, virar excessivamente o pescoço ou a cabeça) e problemas cutâneos (por beliscar-se) DSM-IV-TR (2006. p.137)⁷

Tratamento

Ainda não existe cura total para o transtorno, mas sim tratamento, controle. As pessoas conseguem ter boa qualidade de vida, mas não se pode afirmar que o problema vai desaparecer completamente, até porque a Síndrome de Tourette é flutuante.(LOUREIRO et al, 2005, p.7)⁵.

Segundo HOUNIE, o principal tratamento para crianças e adultos é medicamentoso. Este só está presente em casos graves e acompanhados de muito sofrimento HOUNIE (1999, p.7)³.

Existem medicações eficazes que auxiliam no controle dos sintomas quando estes prejudicam a vida do paciente. Estudos mostram que os antagonistas dos receptores dopaminérgicos reduzem a frequência e a severidade dos tiques em cerca de 70% dos casos (SHAPIRO e SHAPIRO, 1998).Exemplos de fármacos úteis são haloperidol e pimozida. O haloperidol, um neuroléptico com ação antagônica sobre os receptores dopaminérgicos, iniciou a era do tratamento farmacológico da ST Este medicamento é utilizado inicialmente em pequenas doses (0,25 a 0,5 mg ao dia) com aumentos de 0,5 mg por semana até o máximo de 2 a 3 mg ao dia. A pimozida tem sido proposta como alternativa ao haloperidol, devido à eficácia comparável e menor ocorrência de efeitos adversos Por outro lado, este medicamento possui efeitos de maior gravidade, envolvendo o sistema cardiovascular, incluindo ainda sedação e disfunção cognitiva (SHAPIRO *et al.*, 1989)

Os efeitos colaterais provocados pela medicação mais forte são: sedação, sonolência, falta de concentração, e depressão Entre os neurolépticos antigos, o efeito colateral mais grave é o risco alto de cinesia tardia, um transtorno do movimento irreversível na maior parte dos

casos. .(LOUREIRO et al, 2005, p.7)⁵.

A terapia cognitivo-comportamental também tem demonstrado boa eficácia. Essa abordagem procura, então, identificar os comportamentos e pensamentos problemáticos para avaliá-los e formular respostas mais adaptativas aos mesmos. Técnicas de reversão de hábitos que têm por finalidade a tentativa de fazer com que um sintoma socialmente inaceitável, como falar palavrão, seja modificado. Esse tipo de tratamento estabelece conexões entre os sintomas e os conflitos psíquicos subjacentes, facilitando o seu entendimento. (HOUNIE, 1999; MERCADANTE *et al.*, 2004)^{3,9}.

Segundo BRUST (2000, p.92)¹, a intervenção cirúrgica também pode apresenta resultados. A ablação do giro do cíngulo (que, através do globo pálido e tálamo, recebe projeções indiretas do núcleo caudado) alivia os sintomas da ST.

TERAPIA OCUPACIONAL NA SÍNDROME DE TOURETTE: ESTUDO DE CASO

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa de Iniciação Científica, financiada por PIBIC/CNPq, a qual objetivou verificar a influência do atendimento em terapia ocupacional na evolução clínica de um paciente portador da Síndrome de Tourette.

Sujeito

Breno (nome fictício), 12 anos, nascido em 1993, sexo masculino e de cor branca. O paciente cursa a quarta série do ensino Fundamental em uma escola pública de sua cidade. A queixa principal, trazida pela mãe, que procurou de forma espontânea o serviço de terapia ocupacional , é a presença de tiques apresentados diversas vezes ao dia.

Metodologia

Observação clínica, através de observação presencial, e por filmagens, sendo que a bolsista acompanhou os atendimentos feitos por uma Terapeuta Ocupacional vinculada a uma clínica escola de Instituição de Ensino Superior

Além das filmagens dos atendimentos clínicos, foi realizada uma filmagem em sala de aula.

Estas filmagens foram utilizadas tanto para analisar as atividades realizadas nos atendimentos, como também para contagem e avaliação quantitativa do número, tipo, e intensidade dos tiques apresentados, assim como as situações em os mesmos ocorriam.

Através dos dados obtidos, coletados com as aplicações dos instrumentos de avaliação e filmagens, analisou-se a eficácia do tratamento.

Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação e reavaliação utilizados com o sujeito foram: Teste de auto-eficácia (Loureiro e Medeiros); AUQUEI – Questionário de Avaliação de qualidade de vida em Crianças e Adolescentes (MANIFICAT & DAZORD, 2000, p. 125)⁶; e o Inventário de stress infantil (ROMANO & LIPP, 1987, p.50)¹⁰ Com a mãe do paciente foram utilizados os instrumentos de avaliação e reavaliação: Perfil de Saúde Nottingham (PSN) (TEIXEIRA, S., LUCI, F. et al, p.8, 2004)¹¹, e Questionário de Suporte Social (SSQ) (MATSUKURA et al, p.678, 2002)⁸.

Estrutura das sessões de atendimento

Realizadas 10 sessões. 2 vezes por semana, durante 2 meses de tratamento.

Estrutura das sessões:

- 1º PARTE: Atividade de relaxamento.
- 2º PARTE: Outras atividades.
- 3º PARTE: Atividade de relaxamento novamente.

Para a primeira e terceira parte da sessão foi utilizada a técnica de relaxação progressiva de Jacobson, por cerca de 10 minutos cada parte. Seguiu-se a progressividade da aplicação da técnica, iniciando-se pelos membros superiores, depois os membros inferiores, e por último a face. O paciente se mantinha na posição deitada, enquanto a terapeuta se posicionava sentada ao seu lado, verbalizando instruções para o relaxamento em cada segmento corporal.

As atividades da 2º PARTE consistiram em jogos de tabuleiro, atividades psicomotoras com bola e confecção de pipa, objetivando em um primeiro momento aumentar o vínculo terapêutico e principalmente detectar as situações que eram mais propícias para o aumento dos tiques da criança. O conhecimento destas situações foi de grande valia para a continuidade do tratamento.

O paciente era consultado com relação às atividades e jogos de sua preferência. As atividades psicomotoras com bola duravam em média 20 minutos e foram feitas em 5 das 10 sessões realizadas. A atividade de confecção de pipa foi realizada na última sessão de atendimento, por solicitação do próprio paciente.

Foram feitas também orientações na escola, com relação ao fornecimento de informações sobre a patologia, tanto para a orientadora, quanto para a professora, enfatizando a não voluntariedade dos tiques, objetivando a diminuição do estigma sofrido pelo sujeito.

Foram realizadas avaliações, entrevista e orientações também à mãe.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise das filmagens feitas durante os atendimentos foi possível quantificar os tiques e classificá-los quanto ao tipo e em quais situações em que os mesmos ocorriam. Foram classificados 14 tipos de tiques presentes no paciente, sendo o mais freqüente o clônico motor simples que consistia em uma inspiração

que produz som através da boca com leve e rápida abertura e fechamento da mesma - Gráfico 1 (Fig. 1).

Verificou-se que os tiques estavam mais presentes nos jogos com regras e pouco frequentes em atividades com bola e confecção de pipa, sugerindo que a maior frequência de tiques acontecia em situações e atividades que lhe causavam ansiedade e expectativa.

O relaxamento de Jacobson se mostrou uma técnica

eficiente para obter relaxamento e consciência corporal no caso em estudo, bem como eliminação de tiques durante a aplicação da técnica.

Com o decorrer das sessões houve aumento da consciência corporal do sujeito, observado durante o relaxamento, já que o paciente, ao longo das sessões demonstrou maior controle dos segmentos corporais e respiratórios.

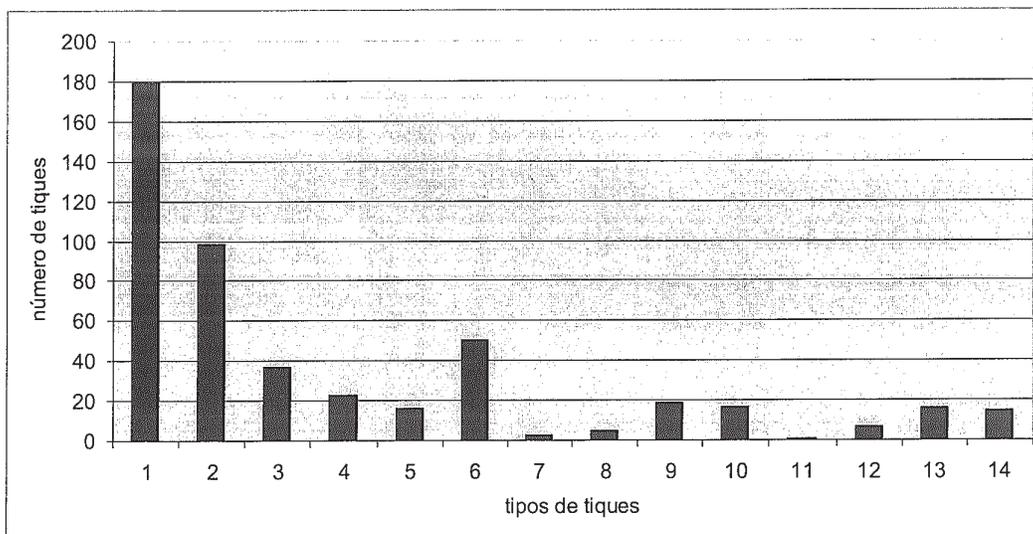


Fig. 1 – Gráfico 1 -O Gráfico mostra a quantidade dos tipos de tiques apresentados durante todo o tratamento. Observa-se a maior frequência do tipo 1 de tique.

Tique 1.	Uma inspiração que produz som através da boca com leve e rápida abertura e fechamento da boca.
Tique 2	Tique 1+ elevação rápida dos ombros.
Tique 3	Tique 1 + retração da mandíbula e várias e repetidas elevações dos ombros.
Tique 4	Tique 1 + leve e rápida flexão do antebraço e mão direita.
Tique 5	Tique 1 + leve e rápida flexão do antebraço e mão esquerda.
Tique 6.	Uma inspiração entrecortada que produz sons através da boca com repetidas, leves e rápidas aberturas e fechamentos parciais da boca.
Tique 7	Duas piscadas rápidas com o olho esquerdo.
Tique 8	Piscadas rápidas e fortes com os olhos.
Tique 9	Uma elevação rápida do ombro esquerdo.
Tique 10	Uma elevação rápida do ombro direito.
Tique 11	Várias elevações rápidas do ombro esquerdo + várias flexões rápidas e pequenas do antebraço e mão esquerda + Morde o lábio inferior.
Tique 12	Protusão da língua.
Tique 13	Produz som através de um pequeno sopro.
Tique 14	Uma inspiração entrecortada com retração da mandíbula, que produz sons através da boca com repetidas, leves e rápidas aberturas e fechamentos parciais da boca + várias elevações rápidas dos ombros + várias flexões rápidas e pequenas dos antebraços e mãos.

Verificado no sujeito, através das avaliações e reavaliações, um ótimo senso de auto-eficácia na escola,

mantido durante as sessões; um aumento na qualidade de vida e grau de satisfação com a mesma (verificado

através do teste AUQUEI); e uma diminuição do stress somático, com pequeno aumento do stress cognitivo⁶.

A diminuição dos tiques apresentados pela criança foi um resultado positivo e se deu no decorrer dos atendimentos.

Na primeira sessão, o paciente apresentou uma frequência de 59 tiques em 50 minutos de gravação; já no último atendimento apresentou, no mesmo intervalo de tempo de filmagem, um total de 10 de tiques (**Tabela 1** Acredita-se que essa diminuição se deva ao fato de que o sujeito aprendeu métodos, como o de respiração e relaxamento para melhor controlar as manifestações de tiques, assim como tomou consciência das situações nas quais os tiques aumentavam, tendo maior controle sobre elas. Outras hipóteses para a diminuição dos tiques são a própria flutuação da sintomatologia da síndrome e

a variação de atividades utilizadas durante as sessões de atendimentos.

Analisando ainda a TABELA 1, observa-se que na sexta e sétima sessão houve um aumento súbito de tiques (90 e 95 tiques respectivamente), com causa desconhecida. Uma provável razão é a flutuação da sintomatologia da síndrome, encontrada na literatura. Avalia-se que os atendimentos em terapia ocupacional foram benéficos para a melhoria das condições físicas, emocionais e cognitivas do paciente, contribuindo para a superação de suas dificuldades no âmbito familiar, escolar e pessoal. Foi programado um número maior de sessões de tratamento, porém houve desistência dos atendimentos por parte dos familiares do paciente, por motivos pessoais.

Tabela 1 - Número de tipos de tiques por sessão.

Sessão/ Tipos	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	Total/ tipo
01	25	23	11	30	12	35	18	17	5	3	179
02	13	8	9	8	9	18	25	12	2	3	98
03	8	3	6	2	4	11	3	0	0	0	37
04	2	4	0	0	0	1	13	2	0	1	23
05	2	1	9	1	1	1	0	0	0	1	16
06	4	14	5	8	0	15	1	1	1	1	50
07	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
08	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	5
09	0	1	4	2	2	7	3	0	0	0	19
10	0	0	0	0	0	1	15	0	0	1	17
11	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
12	0	0	3	0	0	0	4	0	0	0	7
13	0	0	0	0	0	0	10	0	6	0	16
14	4	5	0	1	0	1	3	1	0	0	15
Nº. de tiques/ sessão	59	59	50	56	29	90	95	33	14	10	

¹ Sintomas de stress no campo psicológico, por exemplo, tremor, medo excessivo, choro intensivo, ansiedade, pesadelos, etc... ((ROMANO & LIPP, 1987, p.25)¹⁰.

CONCLUSÃO

Acredita-se que o tema estudado tenha contribuições para nortear a atuação do terapeuta ocupacional na Síndrome de Tourette, apesar do estudo se concentrar em um estudo de caso de uma população específica. Sabe-se que o profissional terapeuta ocupacional tem muito a contribuir com estes indivíduos, porém aponta-se para a necessidade de mais estudos e pesquisas desta contribuição com diferentes populações, em seus diversos contextos de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRUST, John C. M., 1936 – **A prática da neurociência: das sinapses aos sintomas**, Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Ed., 2000.
2. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento - CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
3. HOUNIE, A; PETRIBÚ, K.. Síndrome de Tourette - revisão bibliográfica e relato de casos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo: vol.21, no.1, Mar 1999.
4. LEBOVICI, S. **Os tiques na criança**, Rio de Janeiro, Editorial Andes, 1954.
5. LOUREIRO, N.V. et al. Tourette: por dentro da síndrome. **Rev. psiquiatr. clín**, vol.32, no.4., 2005.
6. MANIFICAT e DAZORD. AUQEI Qualidade de Vida em crianças de 4 a 12 anos, traduzida e validada por Assumpção Júnior *et al* (2000). **Arquivos de Neuropsiquiatria**, 58 (1) 119-127/ 2000.
7. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV- TR** (4ª ed. rev.). Porto Alegre: Editora ArteMed, 2006.
8. MATSUKURA, T.S., MARTURANO, E. M; OISHI, J. O. Questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.10, no.5, p.675-681, Out 2002.
9. MERCADANTE, M. T. Transtorno obsessivo-compulsivo: aspectos neuroimunológicos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol. 23, suppl.2, Out 2001.
10. ROMANO, A.S.F; LIPP, M.N. O Stress Infantil. **Estudos de Psicologia**. Vol.4,p.42-54,1987.
11. TEIXEIRA, S., LUCI, F. et al. Adaptação do Perfil de Saúde de Nottingham: um instrumento simples de avaliação da qualidade de vida. **Cad. Saúde Pública**, vol.20, no.4, p.905-914,Ago2004.