

Dedicatória

*Dedico este trabalho aos meus pais Cecília Pinto e Pedro Jorge
Pinto.*

*Ao meu noivo Paulo Nicoley Monteiro Pereira, e a minha Filha
Nicole Larissa Pinto.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela vida e saúde que me concedeu para que este trabalho se realizasse.

As minhas orientadoras Doutora Margarida Custodio dos Santos pela paciência, dedicação e disponibilidade que teve para a realização deste trabalho.

A terapeuta Ana Carolina Bernardo, pela disponibilidade e paciência que teve durante o estágio, e continuou até a conclusão do trabalho.

Ao meu noivo Paulo Nicoley Monteiro Pereira pelo incentivo, coragem e força por todas as etapas da fase acadêmica, pela compreensão da distância que te fiz passar esse tempo todo.

A minha filha Nicole Pereira por tudo que me faz sentir desde que nasceu. E peço as minhas sinceras desculpas pelas ausências que a submeti durante a conclusão do mestrado.

Aos meus pais Cecília e Pedro Jorge, por me terem dado a oportunidade de realizar este mestrado, pelo carinho que sempre tiveram comigo.

Aos papas Luísa e Zacarias pelo amor e carinho que sempre tiveram comigo.

As minhas irmãs Rossana, Lúcia, Yara, Stella, Mara, Sayonara, em especial as minhas meninas Luyana Yokessa e Mayra Beatriz porque tiveram que se acostumar com a minha ausência amo vos muito. Agradeço também a minha querida prima Isabel Pinto e sua filha Yara Medeiros pelo apoio dado.

Finalmente a minha família em geral e aos meus colegas em especial ao pio Gervásio obrigada por tudo.

Resumo

Este relatório de estágio diz respeito ao trabalho de estágio inserido do Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa.

No relatório serão apresentadas as atividades com especial incidência na população pediátrica que decorreu entre os meses de Janeiro á Março 2014 e que envolveu: a observação de intervenções da fisioterapia em casos de Paralisia Cerebral, Atrofia Muscular espinhal, Acidente Vascular Cerebral; o estudo de um caso clinico de uma criança com Atrofia Muscular Espinhal tipoII; e a realização de fichas de desenvolvimento temático. Este estágio foi norteado por dois princípios, por um lado o desenvolvimento e a atualização da prática da fisioterapia nas patologias que constituíram o objetivo de estudo e de intervenção, e finalmente a abordagem na família com crianças com necessidades especiais.

A doença crónica na infância apresenta uma prevalência bastante elevada e tem implicações para o desenvolvimento da criança e de seu convívio familiar. Cuidar da criança com doença crónica é uma experiência muito difícil para a família. Ela é o espaço social onde seus membros interagem, trocam informações, apoiam-se mutuamente, buscam e medeiam esforços para amenizar ou solucionar problemas.

A família frequentemente apresenta pouca preparação psicológica para enfrentar a doença crónica na criança, o que leva a dificuldades da adaptação da criança e da própria família a esta nova situação. As mudanças que ocorrem nas vidas de ambos não são simplesmente alterações orgânicas ou físicas da criança, mais ultrapassam os aspetos mais físicos e implicam alterações emocionais e sociais em toda família sendo-lhes exigidos esforços continuados de adaptação.

A fisioterapia tem um papel importante no desenvolvimento da criança, no aumento da sua funcionalidade e na qualidade de vida da criança e da família

PALAVRA-CHAVE: Intervenção da fisioterapia; Doenças neuromusculares; intervenção centrada na família.

Abstract

This internship report concerns the work of internship entered in the Masters of Physical Therapy *At the School of Health Technology of Lisbon.*

The report will be centered on the activities of the internship that took place between the months of January to March, that involved : the observation of physical therapy interventions in cases of Cerebral Paralysis, Spinal Muscular Atrophy Type II, Stroke, the study of a clinical case; and the holding of records of thematic development. This internship was guided by two principles, firstly developing and updating the practice of physiotherapy in the pathologies that were the purpose of study and intervention, and secondly intervention physiotherapist family-centered, an intervention that is congruent with the needs of patients and their families. Chronic illness in childhood has a very high prevalence and has implications for the development of the child and their family life. The care of children with chronic illness is a very difficult experience for the family.

It is the social space where members interact, exchange information, support each other, and seek to mediate efforts to alleviate or solve problems.

The family often has a psychological unpreparedness to tackle chronic disease in children, which leads to a disadvantage of adapting the child and its own family to this new situation. The changes that occur in the lives of both, when faced with the disease, are not simply organic or physical changes of the child, they surpass this angle, and promote emotional and social changes throughout family, which require consonant care and adaptations.

Physiotherapy intervention plays an important role in child's development functionality as well as in children and family the quality of life

KEYWORD: *Physiotherapy intervention; Neuromuscular diseases; Family-centered intervention*

Índice geral

1. Introdução	8
Capítulo I: Contextualização dos casos vistos no estágio.....	9
1.1 Âmbito do estágio, caracterização do estágio.....	9
1.2 Descrição das patologias seguidas no estágio – Paralisia Cerebral	11
1.2.1 Paralisia cerebral	11
1.2.2 Fisiopatologia	11
1.2.3 Epidemiologia	11
1.2.4 Etiologia	11
1.2.5 Classificação.....	12
1.2.6 De acordo com a distribuição corporal	13
1.2.7 Problemas associados à paralisia cerebral.....	13
1.2.8 Intervenção da fisioterapia	16
1.3 Descrição das patologias seguidas no estágio - Acidente Vascular Cerebral.....	18
1.3.1 Fisiopatologia.....	18
1.3.2 Epidemiologia	19
1.3.3 Etiologia	19
1.3.4 Tipos.....	19
1.3.5 Problemas associados.....	19
1.3.6 Intervenção da fisioterapia	22
1.4 Doença Cromossómica Rara.....	23
1.4.1 Definição	23
1.4.2 Alteração cromossómica	23
1.4.3 Etiologia	23
1.4.4 Classificação.....	23
1.4.5 Problemas associados.....	24
1.4.6 Intervenção da fisioterapia	24
1.5 Atrofia muscular espinhal.....	24
Capítulo II: Estudo de Caso	25
2.1 Apresentação do caso clínico.....	25

2.2 Metodologia	25
2.3 Exame subjetivo.....	26
2.4 Exame objetivo	26
2.5 Identificação de problemas	26
2.6 Objetivo do tratamento da Fisioterapia.....	27
2.7 Plano de tratamento	28
2.8 Enquadramento teórico da patologia	28
2.8.1 Etiologia	28
2.8.2 Manifestações mais comuns.....	29
2.8.3 Fisiopatologia.....	30
2.8.4 Epidemiologia	30
2.8.6 Diagnóstico.....	30
2.8.7 Tratamento médico.....	30
2.8.8 Tratamento cirúrgico	31
2.8.9 Intervenção da fisioterapia na atrofia muscular espinhal	31
3.8.10 Aspectos psicossociais da doença	31
2.8.11 Intervenção do fisioterapeuta na doença/ deficiência cronica.....	38
2.9 Discussão	40
3.10 Conclusão.....	41

Lista de abreviaturas

AME – atrofia muscular espinhal

AVC- acidente vascular cerebral

AVD – atividade de vida diária

ENMG- Eletromiografia

FL- hibridação fl

FSC- fluxo sanguíneo cerebral

IPPV- Ventilação intermitente por pressão positiva

MMSS - membros superiores

MMII – membros inferiores

PC- Paralisia cerebral

RH- Factor RH

VNN- ventilação mecânica noturna

1. Introdução

A unidade curricular estágio/ projeto do Mestrado em Fisioterapia encontra-se integrada na área Científica da Fisioterapia.

O estágio desenvolve a integração do aluno no contexto da prática profissional, ao analisar detalhadamente as competências de intervenção e de investigação utilizadas pelo mesmo, quando confrontado com diferentes situações clínicas, numa área determinada de intervenção.

Com esta orientação foi realizado um estágio no âmbito do Mestrado em Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTeSL). O estágio decorreu em vários espaços nomeadamente no Centro de Estimulação e Desenvolvimento Infantil (Love 4 kids) Restelo, na creche Quintinha da Piedade Povoá de Santa Iria, no domicílio na Povoá de Santa Iria, e no Jardim de Infância de Via Longa. O estágio prolongou-se por três meses com a duração de 113 horas.

A orientação do estágio foi feita pela Mestre em Fisioterapia, Fisioterapeuta Ana Carolina Bernardo que com a sua experiência profissional com crianças soube passar todo o conhecimento teórico e prático.

Apos o término do estágio foi realizado este relatório de estágio final que visa a descrição das atividades desenvolvidas e conter uma componente de caráter científico, com o intuito de evidenciar a prática exercida no campo de trabalho, permitindo assim, uma relação entre a prática fisioterapêutica e a investigação.

O relatório inclui, assim, a descrição das atividades realizadas nas sessões de fisioterapia e um estudo de caso em que de forma mais aprofundada a ser apresentada o seguimento/intervenção fisioterapêutico do paciente.

O caso de estudo deste relatório é sobre uma criança com 3 anos de idade com atrofia muscular espinhal (AME). A AME é a uma doença neuromuscular específica caracterizada pela degeneração dos neurónios motores medulares. É determinada pela alteração do gene Survival Motor Neuron-1 (SMN1), localizado no braço longo do cromossoma cinco. Uma cópia quase idêntica do gene SMN1, chamada SMN2, modula a gravidade da doença. A AME repercute-se a nível de vários órgãos e sistemas, envolvendo frequentemente os sistemas respiratório, osteoarticular e gastrintestinal (Pires et al Marreiros 2011).

Capítulo I: Contextualização dos casos vistos no estágio

1.1 Âmbito do estágio, caracterização do estágio

As atividades do estágio decorreram num período de 113 horas, e tiveram seu início no dia 6 de janeiro e o término dia 31 de março de 2014. Com uma carga horária de pelo menos 12 horas as segundas, quartas e sextas, e 6 horas as terças e quintas-feiras.

Nesta fase pediu-se fichas de observação e desenvolvimento de temáticas consideradas pertinentes para os casos (anexo 3). Os pacientes que foram tratados são: Dois com paralisia cerebral, dois com diagnóstico de atrofia muscular espinhal, um com acidente vascular cerebral hemorrágico (AVC), seis com doença rara, e um com lesões cerebrais após episódio por afogamento somando um total de treze pacientes.

As intervenções terapêuticas foram feitas as segundas-feiras das 8 horas e 15 minutos até as 20 horas, as terças-feiras das 10 horas até as 16 horas mais com intervalos porque o primeiro paciente era atendido as 10h, e o segundo paciente as 16 horas. Todas as quartas-feiras e sextas eram o mesmo horário das segundas-feiras e as quintas-feiras com o mesmo horário das terças-feiras.

As intervenções terapêuticas ao domicílio com pacientes de doença rara e um com atrofia muscular espinhal (que constituiu o estudo de caso) consistiram em: mobilizações articulares, alongamentos, manobras de higiene brônquicas, estímulos para a marcha, exercícios para fortalecimento muscular. No centro de estimulação infantil era utilizado muito a técnica do cage pediasuit em todos os pacientes que se acompanhou. Nos últimos dias do estágio a terapeuta pediu para que se avaliassem os pacientes

Objectivos do estágio

O estágio tem como objectivo aprofundar conhecimentos previamente adquiridos com aquisição de novos conhecimentos práticos relacionados com a área pretendida. Neste sentido o aluno terá de desenvolver competências e actividades próprias da sua área de opção para o exercício da actividade profissional.

Em resumo

O estágio foi feito nos seguintes locais: jardim da infância casa do povo, Via longa. Creche Quintinha da Piedade, Povoia de Santa Iria. Ao domicílio em Povoia de Santa Iria. Odivelas colinas do cruzeiro, domicílio. No Restelo centro de Estimulação de Desenvolvimento Infantil Love 4 Kids.

O estágio teve a duração de dois meses e três semanas ou seja teve o início a 6 de Janeiro e termina à 31 de Março de 2014.

Foram acompanhados 13 doentes com quadros de patologia: Atrofia muscular espinhal do tipoII, paralisia cerebral/encefalopatia crónica não evolutiva da infância, leuconcefalopatia com calcificações e quistos cerebrais, atraso global no desenvolvimento sem causa definida, acidente vascular cerebral (AVC), paralisia cerebral GMFCS IV- tetraparesia com componente distónico, atraso global do desenvolvimento sem causa definida, com microcefalia, acidente vascular cerebral hemorrágico, tetrassomia do braço curto do cromossomo7,atraso no desenvolvimento global sem causa definida com características das perturbações do espectro do autismo, lesões cerebrais por episódio de afogamento.

Deste estágio resulta o relatório que aqui se apresenta

Este relatório está estruturado em 2 partes. Na primeira parte serão apresentadas de forma resumida todas as patologias e conduta da fisioterapia que constituíram o foco do estágio.

Na segunda parte será apresentado um estudo de caso.

Em anexo são ainda incluídas fichas temáticas que constituíram atividades de pesquisa e estudo consideradas relevantes para a aprendizagem efetuada durante o estágio.

1.2 Descrição das patologias seguidas no estágio – Paralisia Cerebral

1.2.1 Paralisia cerebral

A paralisia cerebral è uma doença não progressiva que dependem da localização da lesão compromete a funcionalidade do doente. O mais comum é o comprometimento da motricidade e da postura. O quadro clinico varia amplamente desde uma leve mono plagia com capacidade intelectual ate espasticidade intensa de todo o corpo associada a retardo mental (Mutch L, Hagberg B et al 1992 cit em Maranhão, 2005).

1.2.2 Fisiopatologia

Esta doença ocorre no período em que a criança apresenta ritmo acelerado de desenvolvimento, podendo comprometer o processo de aquisição de habilidades. Em estudo, Mancini (2002) observou que mesmo na presença de distúrbios e limitações motoras, as crianças com paralisia cerebral tendem a desempenhar atividades funcionais semelhantes às das crianças com desenvolvimento normal, entretanto, em períodos mais prolongados de tempo. Esta deu-se o fato de que o comprometimento do processo de aquisição de habilidades pode interferir na função, dificultando o desempenho de atividades frequentemente realizadas por crianças com desenvolvimento normal.

1.2.3 Epidemiologia

A incidência da paralisia cerebral é estimada entre 0,6 e 5,9% para cada 1000 nascimentos. Em países desenvolvidos onde são valorizados os cuidados médicos hospitalares à gestante e ao bebê na hora do parto os índices tendem a ser menores. Nos países subdesenvolvidos com condições de nutrição materna e infantis precárias, atendimento médico hospitalar deficiente e taxa de mortalidade infantil elevada, a estimativa citada anteriormente é conseqüentemente elevada (Pinho, 1999).

1.2.4 Etiologia

A paralisia cerebral em recém nascidos prematuros e comumente decorrente de Leuco malácia peri ventricular. A outra causa possível é a lesão isquêmica intrauterino, que pode levar ao parto prematuro e lesões na substancia branca. A etiologia em recém nascidos de termo não é clara, mas pode envolver lesão no encéfalo, infecção pré natal (toxoplasmose, rubéola, citomegalus vírus herpes), doenças da tiroide e alterações genéticas (Vinícius et al Maranhão, 2005).

Causas peri natal (antes durante ou após o parto e primeira semana de vida), anoxia- falta de oxigênio no cérebro, parto prematuro. Causas pós- natais (depois do nascimento, após a primeira

semana) – de 10%. Traumatismos cranianos, infecções cerebrais e condições tóxicas, anoxia, tumores cerebrais, hemorragias e embolia cerebrais (Fougo, 2009).

1.2.5 Classificação

A paralisia cerebral pode ser classificada como (atáxica, atetoide, espástica, hipotônica, mista) e de acordo com o membro acometido (monoplegia, hemiplegia, paraplegia, diplegia, triplegia e tetraplegia) (Silva et al, Schmitt, 2012).

➤ Paralisia cerebral atetoide

Caracterizada por movimentos involuntários e variações na tonicidade muscular resultantes de lesões dos núcleos situados no interior dos hemisférios cerebrais (Sistema Extrapiramidal). Segundo (Souza, 1998). Nesse tipo, os movimentos involuntários que a criança apresenta são lentos, presentes nas extremidades mãos e pés, contínuos e serpenteantes, dificultando os movimentos que a criança quer executar (Oliveira et al, Garotti, 2008).

➤ Paralisia cerebral espástica

O sistema piramidal está comprometido desde sua origem na área motora do lobo frontal, seguindo pela cápsula interna e decussação das pirâmides. Causa hiperreflexia e aumento exagerado do tônus muscular, com diminuição de movimentos voluntários. O desenvolvimento de deformidades é comum neste tipo de paralisia cerebral (Pinho, 1999).

➤ Paralisia cerebral hipotônica

Pouco frequente e mais grave. Comprometimento motor intenso, desenvolvimento cognitivo limitado; reflexos pouco nítidos, persistindo nos casos de retardo mental e em ataxia cerebelar. A criança tem que ser trabalhada com apoio e manipulada com destreza, pois não tem controle muscular algum, podendo sofrer luxações nas articulações; permanece numa posição se colocada e não consegue fazer contrações para mudar de posição – é “frouxa”. (Lobato 2002).

➤ Paralisia cerebral atáxica e mista

É caracterizada principalmente por marcha ruda com alargamento da base, secundária à falha no equilíbrio. Está relacionada a lesões cerebelares ou dos tratos cerebelares. Outros sinais clínicos são disdiadocinesia, dismetria, movimentos decompostos, nistagmo e disartria. A ataxia está mais frequentemente associada à hipoplasia cerebelar e é rara na PC. As formas mais frequentemente encontradas são mistas: ataxia e espasticidade com predominância de uma ou de outra (Cândido 2004). A mista e a associação das manifestações anteriores, correspondendo,

geralmente, ao encontro de movimentos distônicos e córeo-atetóides ou à combinação de ataxia com plegia (sobretudo diplegia). No total, cerca de 75% dos pacientes doentes com paralisia cerebral apresentam padrão espástico (Leite et al, Prado 2004).

1.2.6 De acordo com a distribuição corporal

- **Paraplegia:** comprometimento dos membros inferiores; os autores informam que é raro encontrá-la no paciente portador de paralisia cerebral (Pinho199).
- **Monoplegia:** é quando apenas um membro está comprometido, também muito raro na Paralisia cerebral (Pinho1999).
- **Diplegia:** estão comprometidos predominantes membros inferiores, com poucos sinais nos membros superiores. Triplegia: ocorre envolvimento de três membros (Pinho1999).
- **Hemiplegia:** membro superior, inferior e tronco homolaterais comprometidos (Pinho1999).
- **Tetraplegia:** comprometimento de todo o corpo (Pinho, 1999).

1.2.7 Problemas associados à paralisia cerebral

Um cérebro saudável funciona como um todo, mas está dividido em diferentes áreas corticais responsáveis por diferentes funções. Frequentemente, as perturbações motoras acompanham outras lesões, que poderão afetar:

➤ **Deficiência Auditiva**

Não é muito frequente, mas é mais comum nas crianças com PC que na população em geral. Está presente em crianças com coreoatetose e algumas espásticas. Quando a etiologia da PC é a toxoplasmose congênita, incompatibilidade Rh ou rubéola congênita, o aparecimento de problemas auditivos é mais frequentes (Cândido 2004).

➤ **Deficiência Tátil**

Nas crianças com hemiplegia espástica, frequentemente encontra-se perda da sensação de textura e percepção da forma de objetos (esterognosia) nos membros afetados, principalmente a mão. Em geral, quando há encurtamento ou atrofia, deve-se suspeitar da perda sensorial no membro envolvido, pois o sistema propriocetivo é o responsável pelo início do movimento e pela orientação da progressão do mesmo (Cândido 2004).

➤ **Distúrbios Perceptivos e Visio-Motores**

São termos comumente utilizados para definir a dificuldade em perceber relações espaciais (Abbecrombie, 1964). Segundo Abbecrombie, a criança com PC pode perceber visualmente a diferença entre duas formas, e eventualmente, não ser capaz de copiá-las em um papel devido a problemas no movimento consequentes à alteração do tônus muscular^{1, 16}. É uma condição bastante comum na PC com implicações na habilidade de aprendizado (Cândido 2004).

➤ **Alterações músculo-esqueléticas Escoliose**

Cerca de 15 a 30% de criança com paralisia cerebral desenvolvem escoliose, ou seja uma curvatura anormal da coluna vertebral. Uma tensão desigual dos músculos ao longo da coluna pode ocasionar essa condição. Esta também pode desenvolver-se em consequência a posição ou postura defeituosa (El-Hage 2007).

➤ **Problemas respiratórios**

A maioria das crianças pequenas apresentam surtos frequentes de resfriados comuns, cujo sintomas geralmente leves, tem seu curso de três a sete dias. No entanto, em crianças com paralisia cerebral os resfriados podem prolongar-se indefinitivamente. Algumas destas crianças não conseguem eliminar a congestão de suas vias respiratórias superiores devido à falta de coordenação motora para tossir adequadamente (El- Hage 2007).

➤ **Problemas gastrintestinais**

Devido aos seus distúrbios motores, as crianças com paralisia cerebral frequentemente apresentam problemas gastrintestinais. O sistema digestivo inclui a boca, a faringe, o esófago, o estômago e o intestino delgado e grosso, bem como órgãos como a vesícula biliar, o fígado e o pâncreas que produzem enzimas digestivas. O problema dessas crianças pode dificultar a mastigação, a sucção e a deglutição, a digestão dos alimentos ou eliminação dos resíduos (El-Hage, 2007).

➤ **Problemas ortopédicos**

As deformidades no quadril são as mais frequentes depois do pé equino, independentemente de o paciente ser tetraplegico, diplegico ou hemiplegico (Amaral et al Mazzitelli, 2003).

➤ **Pé equino**

A deformidade em pé equina em crianças com paralisia cerebral é uma das manifestações motoras mais comuns. Estimular a criança a andar descalça em diferentes tipos de solo, como

areia e relva, proporciona aos pés maior mobilidade, além de servir como estímulo proprioceptivo fazer com que o paciente caminhe em cama elástica, estimulando a propriocepção e facilitando a formação do arco plantar (Cargin et al, Mazzitelli, 2003).

➤ **Convulsões**

As formas mais comuns de convulsões são as focais com generalização secundária. Podem ocorrer espasmos infantis, especialmente nas crianças com microcefalia e tetraplegia espástica ou PC hipotônica. Convulsões tônico-clônico generalizadas são o tipo mais comum e podem estar associados ao PC. Em um número representativo de crianças, o prognóstico é reservado, havendo convulsões de difícil controle (Cândido, 2004).

➤ **Desordens Alimentares**

A desnutrição na PC é um problema comum, sendo consequência de ingesta calórica insuficiente relacionada a distúrbios mastigatórios e de deglutição, recusa alimentar, vômitos e refluxo gastroesofágico, sem falar do grande gasto energético no caso da espasticidade, quando as musculaturas agonista e antagonista estão sendo usadas sem relaxar durante todo o tempo. Ainda, a desnutrição pode levar a apatia e aumento das taxas de infecção (Cândido, 2004).

➤ **A Comunicação/Linguagem**

Lesões nas áreas cerebrais fundamentais: Área de Wernicke compreensão da linguagem; Área de Broca – produção da fala e articulação. A Visão/Audição (Dificuldades ao nível dos nervos oculomotores (estrabismo, nistagmos e erros de refração que duplicam a imagem e surdez parcial ou total, podendo apenas distinguir determinados sons) (Teixeira, 2012).

➤ **O Desenvolvimento mental**

Desenvolvimento intelectual - A lesão cerebral só atinge a inteligência quando afeta a zona do córtex cerebral. Encontram-se casos de nível Intelectual alto, médio e baixo. Dificuldade de aprendizagem - A maioria tem dificuldade de atenção e tendência para, se distrair e ter reações exageradas perante estímulos insignificantes (Teixeira, 2012).

➤ **Problemas de personalidade**

A maioria dos doentes tem grande sensibilidade afetiva; mudanças frequentes de humor, se for Paralisia Cerebral associada a deficiência mental; Falta de vontade na realização de atividades, sobretudo se for Paralisia Cerebral espástica (Teixeira, 2012).

1.2.8 Intervenção da fisioterapia

O tratamento da criança com paralisia cerebral deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar composta por médicos de várias especialidades, bem como por terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, terapeuta da fala, assistente social, educador e psicólogo (Cargnin et al, Mazzitelli, 2003).

O tratamento da PC é individual e varia de paciente para paciente devendo ser realizado o mais cedo possível (até os 6 meses aproximadamente), obtendo desta forma resultados mais favoráveis (Levitt, 2001).

➤ Objetivos

Os objetivos dependem da severidade da patologia pelo que deverão ser definidos caso a caso. A intervenção visará diminuir a disfuncionalidade do doente e compensar o melhor possível as suas perdas em termos de mobilidade e de funcionamento.

➤ Conduta

São realizados: Alongamentos, mobilizações, treino de equilíbrio, Inibição da espasticidade, facilitação das reações de retificação, facilitação das reações de equilíbrio, facilitação das reações de extensão protetiva de Braços e das Mãos, alterações dos membros, membros superiores, membros inferiores, estimulação sensorial para ativação e inibição, coordenação e equilíbrio, lateralidade, esquema corporal.

• Alongamentos

Os alongamentos músculo tendinosas devem ser lentos e realizados diariamente para manter a amplitude de movimento e reduzir o tónus muscular (Leite et al, Prado, 2004).

• Mobilizações

A mobilização articular trata os movimentos acessórios, com perda de mobilidade, de forma passiva com objetivo de recuperar a artrocinemática, ou seja, os movimentos de giro, rotação, rolamento e deslizamento entre as superfícies articulares e, por conseguinte, os movimentos osteocinmáticos. O retorno dos movimentos promove melhora da congruência articular, diminuindo o atrito mecânico na articulação, aliviando a dor, edema e, conseqüentemente, a função do segmento corporal comprometido

• Equilíbrio

Usa-se a técnica no minitrampolim para estimular o controlo do equilíbrio postural. A criança, sem sapatos, devia saltar lentamente sobre o trampolim, deixando os braços soltos e relaxados.

Segundo Botelho (1992), o trampolim melhora o esquema e a noção de lateralidade, e desenvolve uma percepção mais aprimorada, e proporciona vários estímulos sensoriais, ativando os recetores táteis da planta dos pés, os proprioceptores articulares e dos fusos musculares e os proprioceptores do ouvido interno e sistema visual (Ferrarezi et al, Guedes, 2000).

- **Marcha**

Treino de marcha com andador triangular e ponto-chave de quadril, com ou sem órteses anti-equino, Treino de marcha com andador triangular e ponto-chave de joelhos, com e sem órteses anti-equino, Treino de independência com andador, deslocamento anterior, posterior e curvas (Santos et al Golin, 2013).

- **Facilitação das Reações Protetivas**

Facilitação da Extensão Protetora dos Braços. O terapeuta fica no lado em que a criança estenderia seu braço para tomar o peso quando fosse cair. Ela mantém seu cotovelo, pulso e dedos estendidos suportando a mão pela palma com uma das mãos enquanto usa a outra mão para manter o cotovelo estendido, se for necessário, como também poderá controlar o ombro para impedir a flexão e pressão para baixo. A criança é, então, puxada e empurrada alternadamente para os lados ou diagonalmente para trás e para diante, abaixando gradualmente a mão para o solo. Esta manobra estimula o tônus de apoio e ajuda a manter móvel o braço para a tomada de peso (Dias, 2007).

- **Reação de Equilíbrio**

Reação de Equilíbrio, de pé, pernas paralelas e levemente afastadas. A criança é, então, puxada para trás mas não deve dar nenhum passo. O movimento leva o peso para os calcanhares e a criança deverá dorsiflexionar os pés no tornozelo, sem cair para trás (Dias, 2007).

- **Inibição da espasticidade**

Criança em prono poderá inibir a espasticidade do tronco, levantando os ombros da criança e estendendo a coluna, logo a criança levará os braços adiante de forma automática. A espasticidade no tronco faz com que a criança não consiga retirar os braços que estão em baixo do corpo quando nesta posição (Dias, 2007).

- **Taping**

O tapping compressivo pode ajudar a atividades distais de membros superiores como os encaixes, o desenvolvimento da estabilidade de tronco é um pré-requisito para as funções das

extremidades superiores, devendo-se priorizar estabilidade proximal de ombro para só depois executar funções tais como pinça e outras atividades de destreza fina (Araújo et al, Cândido 2011).

- **Equoterapia**

Essa terapia fundamenta-se nos movimentos rítmicos precisos e tridimensional com cavalos equipando-os a ação da pelve humana no ato de andar. Nesta ótica procura superar danos sensoriais, motores cognitivos e comportamentais através de uma actividade lúcida desportiva onde são facilitados pelos contactos diretos do movimento do cavalo com o corpo (Oliveira et al, Dantas, 2013).

No estágio a que se refere este relatório foram seguidas 3 crianças com paralisia cerebral

Neste caso a intervenção da fisioterapia teve como objetivos: proporcionar aos pacientes qualidade de vida diária.

Das intervenções realizadas foram elaboradas fichas que são apresentadas no anexo 1

1.3 Descrição das patologias seguidas no estágio - Acidente Vascular Cerebral

1.3.1 Fisiopatologia

O cérebro é uma região que necessita de um suprimento contínuo de glicose e oxigênio. Por não armazenar essas substâncias quando ocorre uma interrupção, em poucos minutos, inicia-se uma disfunção metabólica, dando início a uma cascata de eventos que podem levar a necrose tecidual (Marcotti, 2005)

O tecido nervoso é desprovido de reserva sendo totalmente dependente da circulação sanguínea, pois é graças a estes que as células sanguíneas se mantêm ativas, sendo o seu metabolismo dependente de glicose e oxigênio. A interrupção deste fluxo numa determinada área do cérebro tem por consequência uma diminuição ou paragem da atividade funcional dessa área. Se a interrupção do fluxo sanguíneo for inferior a 3 minutos, a alteração é reversível se este prazo ultrapassar os 3 minutos a alteração funcional poderá ser irreversível, originando necrose do tecido nervoso (Cancela, 2008).

1.3.2 Epidemiologia

De acordo com a American Heart Association, nas últimas duas décadas a prevalência do Acidente Vascular Cerebral (AVC) aumentou, apesar da taxa de mortalidade ter diminuído para 12%. (6) Portugal é um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos, estimando-se um aumento nas próximas cinco décadas, superior ao dobro da população idosa actual. Segundo esta tendência populacional, espera-se um aumento da incidência das doenças crónicas nos próximos anos, incluindo o AVC, cuja prevalência aumenta exponencialmente com a idade, sobretudo no sexo masculino (Soares, 2011).

1.3.3 Etiologia

Consideram-se a trombose, a hemorragia, a embolia e a isquemia cerebral transitória como sendo as causas imediatas de um AVC agudo. Nos três primeiros casos produz-se uma área focal de hipoxia ou necrose celular correspondente ao território irrigado pela artéria ou atingido pela hemorragia, podendo ser envolvida por uma zona de edema mais ou menos extensa (Lima, 2011).

1.3.4 Tipos

De acordo com as diversas etiologias os AVCs são vulgarmente agrupados em diferentes tipos. Distinguem-se dois tipos de AVC os hemorrágicos, e os isquémicos.

O AVC hemorrágico acontece quando existe uma ruptura de uma artéria causando um hematoma no cérebro. O AVC isquémico pode surgir por uma obstrução de um vaso provocada por um êmbolo/ trombo ou pela pressão de perfusão cerebral insuficiente (Lima, 2009).

1.3.5 Problemas associados

➤ Paralisia e alterações da motricidade

A paralisia é uma das disfunções mais comuns. Ocorre no lado contra lateral à região do cérebro afetada, envolvendo parte ou mesmo toda a metade do corpo e podendo ser total (hemiplegia) ou parcial (hemiparesia). Podemos ter também problemas de equilíbrio e/ou coordenação (ataxia) quando o cerebelo é afetado (Silva, 2010).

➤ Alterações no tónus

Logo após o AVC, o hemicorpo afetado apresenta um estado de flacidez sem movimentos sem movimentos voluntários, ou seja, o tónus é muito baixo para iniciar o movimento, não há resistência ao movimento passivo e o indivíduo é incapaz de manter um membro em qualquer posição, especialmente durante as primeiras semanas. Em alguns casos a flacidez permanece por

apenas algumas horas ou dias mais raramente persiste indefinitivamente (Cancela, 2008) estas alterações levam ausência de consciencialização e perda dos padrões do movimento do hemicarpo afetado, bem como a padrões inadequados do lado não afetado. Assim o individuo não consegue rolar, sentar-se sem apoio manter se em pé, e tem tendência para transferir o seu peso para o lado são, por falta de noção linha media (Cancela, 2008).

➤ **Alterações sensoriais**

Pode existir diminuição ou abolição da sensibilidade superficial (táctil, térmica e dolorosa), o que contribui para o risco de auto lesões e, por outro lado, outros doentes podem experienciar parestesias, sensações cutâneas subjetivas na ausência de estímulo (frio, calor, formigueiro, pressão) (Silva, 2010).

➤ **Distúrbios do campo visual sendo o mais comum a hemianopsia**

Os doentes frequentemente apresentam uma variedade de síndromes de dor crónica resultantes da lesão do sistema nervoso (dor neuropática). É comum experienciar dor moderada a intensa com irradiação para o ombro em membros paralisados – *ombro doloroso*. O ombro doloroso contribui para recuperação diminuída do membro superior, depressão, privação de sono e pode estar associado a um pior prognóstico (Cancela, 2008).

➤ **Presença de reações associadas**

Essas reações podem ocorrer quando o individuo se esforça para realizar uma tarefa difícil ou quando esta ansioso. Quando realiza uma tarefa por exemplo o vestir, as reações associadas poderão ser observadas no braço e perna afetadas (Silva, 2010).

➤ **A incontinência urinária**

E comum após o AVC, particularmente nos doentes mais idosos, mais incapacitados e com maior deterioração cognitiva. Aproximadamente metade apresenta incontinência aquando da admissão e 20% mantém após os 6 meses. Resulta muitas vezes da combinação de défices motores e sensoriais ou até devido à falta de mobilidade e é um forte preditivo de mau prognóstico funcional. Por sua vez, a incontinência fecal geralmente resolve-se em 2 semanas na maioria dos doentes. Obstipação e impactação fecal são mais comuns que a incontinência, com vários fatores predisponentes como a imobilidade e inatividade, ingestão inadequada de comida e líquidos, depressão ou ansiedade, défices cognitivos e lesão neurológica (Cancela, 2008).

➤ **Perda de controlo postural**

O mecanismo de controlo postural è a base para a realização dos movimentos voluntários normais especializados. Este mecanismo consiste num grande número e variedade de resposta motoras automáticas, adquiridas na infância, e que são desenvolvidas durante os primeiros três anos de vida. Estes mecanismos são constituídos por três grupos de reações posturais automáticas sendo essas de retificação (mantem a posição normal da cabeça no espaço), equilíbrio (respostas automáticas e alterações de postura e movimento) e a extensão protectora (quando as reações de equilíbrio e retificação se mostram insuficientes). (Silva, 2010).

➤ **Alterações da comunicação**

A proporção de doentes a demonstrar afasia na avaliação inicial é de 38% e 19% continuam a manifestar alterações aos 6 meses. Pós AVC.

A afasia está geralmente associada à lesão do hemisfério dominante. A lesão da Área de Broca provoca afasia expressiva, com dificuldade em formar frases gramaticalmente corretas e coerentes. Por outro lado, a lesão da Área de Wernicke cursa com afasia recetiva, dificuldade na compreensão e discurso incoerente. Apesar de elaborarem frases gramaticalmente corretas, estas são destituídas de significado. (12) Quando todos os parâmetros são afetados temos afasia global. (Cancela, 2008).

➤ **Alteração da função percetiva**

Apos a ocorrência de AVC poderão estar presentes alguns défices percetivos. O seu tipo e extensão vão depender do local da lesão.

A lesão do hemisfério não dominante (para a maioria dos indivíduos o hemisfério direito) produzem distúrbios da perceção. Os distúrbios podem ser a nível da figura de fundo, a posição no espaço, constância da forma, perceção da profundidade, relações espaciais e orientação topográfica (Silva, 2010).

➤ **Alterações da cognição**

As alterações cognitivas podem ser gerais (processamento mais lento da informação), ou pode ocorrer num domínio específico (orientação, atenção, memória, visão espacial e construtiva, flexibilidade mental, planeamento e organização, linguagem). Alguns doentes podem ter dificuldades de raciocínio e perder a capacidade de fazer planos, compreender significados, fazer novas aprendizagens, ou enveredar por outras atividades mentais complexas (Cancela, 2008).

1.3.6 Intervenção da fisioterapia

➤ **Objetivos**

- Restabelecer a função tanto quanto possível,
- Evitar ou diminuir a instalação da espasticidade,
- Estimular a sensibilidade,
- Melhorar o equilíbrio,
- Reeducar o mecanismo reflexo-postural (controle-motor),
- Melhorar amplitude de movimento,
- Melhorar o desempenho nas actividades de vida diária,
- Facilitar e potenciar a reinserção familiar e social,
- Incentivar/ estimular sempre que possível o uso do lado afetado nas tarefas de vida diária.

➤ **Conduta**

Para atingir os objetivos acima citados, o fisioterapeuta pode recorrer a diversas técnicas, de acordo com a situação do paciente, as diferentes técnicas podem ser:

- Posicionamento em padrões antispásticos,
- Estimulação sensorial,
- Programa de mobilizações,
- Actividades terapêuticas: Rolar, ponte, exercícios de equilíbrio, transferência de peso, treino de marcha e actividades de vida diária.

Como abrir a torneira, pegar copo e levar até a boca, pentear o cabelo. A partir dessas técnicas podem ser aplicadas em conjunto com as funções cognitivas, induzindo a reaprendizagem das funções.

No estágio a que se refere este relatório foi seguido 1 adulto com Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Neste caso a intervenção da fisioterapia teve como objetivos: melhorar a incapacidade, fazer com que paciente tenha a máxima independência possível na sua vida diária

Das intervenções realizadas foram elaboradas fichas que são apresentadas no anexo 3

1.4 Doença Cromossômica Rara

1.4.1 Definição

Entendem-se como doenças raras, incluindo as de origem genética, as doenças que constituem uma ameaça para a vida ou uma invalidez crônica e cuja prevalência é tão reduzida que o seu tratamento exige a conjugação de esforços especiais para tentar evitar elevadas taxas de morbidade ou mortalidade perinatal e precoce, bem como uma diminuição considerável da qualidade de vida ou do potencial socioeconômico dos indivíduos (Catana, 2013).

1.4.2 Alteração cromossômica

As aberrações cromossômicas podem ser: a) numéricas, as quais correspondem ao aumento ou diminuição do número cariotípico normal da espécie; estruturais, correspondem a alterações na estrutura dos cromossomos. As alterações cromossômicas numéricas podem ser classificadas em: aneuploidias, quando ocorre aumento ou diminuição de cromossomos de um ou de mais pares; e euploidias que corresponde ao aumento ou diminuição do genoma isto é o conjunto cromossômico haploide de uma espécie (n). A análise destas alterações pode ser realizada através da análise do cariótipo por várias técnicas como contagem através de coloração convencional; quando necessária a identificação de cada cromossomo usa-se o bandamento G ou hibridação fl (Gonçalves, 2008).

1.4.3 Etiologia

A aneuploidia é o evento mais comum das aberrações cromossômicas encontradas no homem, mais pouco se sabe dos mecanismos de origem, embora várias pesquisas tenham sido feitas, nesse sentido. No entanto sabe-se que as neuploidias emergem de um erro de não junção durante a meiose (M) celular I ou II materna, com maior frequência durante a MI. A não junção paterna é menos comum; entretanto, existem exceções nos casos de homens com cariótipo 47, xxy, em que a origem materna e paterna está igualmente (Vasconcelos, 2007).

1.4.4 Classificação

As aberrações cromossômicas são classificadas quanto ao facto dos cromossomos apresentarem perdas ou excesso de suas partes, assim como cromossomos inteiros ou ainda conjuntos inteiros de cromossomos (genomas). Ainda a casos em que pode ocorrer uma mistura de linhagens celulares, com a presença de uma linhagem celular normal e outra alterada evento este denominado mosaicismo (Vasconcelos, 2007).

1.4.5 Problemas associados

Retardo mental, deficit pondero- estatural, dismorfismos faciais, e mal formações congénitas tais como: cardiopatias congénitas, anomalias esqueléticas, e acometimento de outros órgãos internos (Vasconcelos, 2007).

1.4.6 Intervenção da fisioterapia

➤ Objetivos

Manter, retardar a perda de força muscular, evitar reduzir contracturas e deformações Promover, estimular, prolongar a marcha. Manter melhorar a função respiratória Estimular a independência e as funções físicas. Promover a educação pais – filhos, melhorar a qualidade de vida social, fomentando uma plena participação em actividades de lazer.

➤ Conduta

Exercícios, estiramento passivo, talas, ortóteses, Ajudas respiratórias, diminuir as actividades recreativas; educação física adequada alongamentos e mobilizações, dissociação de cintura pelvica, treino de marcha na barra paralela, tratamento com a bola de bobath, treino de mudanças posturais, treino de propriocepção.

A fisioterapia respiratória esta relacionada com técnicas manuais e cinéticas dos componentes toraco-abdominais, podendo ser aplicada associadas a outras técnicas de higiene brônquica não invasiva. O principal objetivo da higiene brônquica é auxiliar a mobilização e remoção de secreções retidas com a intenção de melhorar a troca gasosa reduzindo o trabalho respiratório (Nunes, 2008).

No estágio a que se refere este relatório foram seguidas 5 crianças com Doença Rara

Neste caso a intervenção da fisioterapia teve como objetivos: mobilizar as secreções para prevenção de infeções, melhorar as debilidades dos pacientes e fazer com que os mesmos ganhem autonomia para que possam ser mais independentes possíveis.

Das intervenções realizadas foram elaboradas fichas que são apresentadas no anexo 4

1.5 Atrofia muscular espinhal

Este distúrbio neuromuscular ocorre devido a uma herança recessiva, nesse há um defeito genético no cromossomo 5 (5q), que resulta em uma degeneração dos moto neurónios do corno

anterior da medula espinhal. Essa degeneração afeta a musculatura esquelética a qual é responsável pelos movimentos voluntários, gerando atrofia e fraqueza generalizada (Alves, 2009).

No estágio a que se refere este relatório foram seguidas 2 crianças com Atrofia Muscular Espinhal do tipo II

Neste caso a intervenção da fisioterapia teve como objetivos: fortalecimento da musculatura para ganho de força.

Das intervenções realizadas foram elaboradas fichas que são apresentadas no anexo 2

Esta patologia será descrita com maior profundidade na apresentação do estudo de caso

Capítulo II: Estudo de Caso

Nesta parte irá ser apresentado um estudo de caso clínico. Este estudo teve como objetivo aprofundar a análise de um caso, integrando de forma holista os aspectos físicos e psicossociais que deverão ser fulcrais na atenção da Fisioterapia Centrada na Família

2.1 Apresentação do caso clínico

D é uma criança com 3 anos de idade com diagnóstico da patologia Atrofia Muscular espinhal do tipo II, desde os nove meses de idade. Tem fisioterapia três vezes por semana desde a fase em que se descobriu a doença. Vive com os pais mas é sobretudo cuidado pelos avós maternos. O Duarte é uma criança que não anda, no entanto responde positivamente a estímulos mostra emoções e muitas vezes colabora com a fisioterapia.

2.2 Metodologia

Para a recolha de dados e informações terapêuticas foi utilizado método de observação direta. Para a recolha dos dados demográficos e psicossociais foi utilizado um questionário aos pais da criança, após com um consentimento informado prévio. A elaboração das questões foi preparada anteriormente, deixando que os pais da criança respondessem livremente e exprimissem suas ideias e opiniões de modo informal. A entrevista continha questões orientadas para as seguintes dimensões;

2.3 Exame subjetivo

O D é uma criança com 3 de anos de idade, do sexo masculino da raça caucasiana, vive com os pais, mas sob os cuidados dos avós maternos. Os primeiros sinais da doença manifestaram-se aos nove meses de idade. De repente a criança começou com incapacidade em locomover-se. Os pais então decidiram levá-lo ao hospital quando depois de alguns exames genéticos o neurologista confirmou a doença aos pais. Tratava-se da patologia atrofia muscular espinhal do tipo II.

2.4 Exame objetivo

Apresenta diminuição do tônus muscular, desenvolvimento motor afetado, por isso a pouca execução de movimentos a nível dos membros superiores e inferiores, não deambula, senta-se com apoio dos familiares ou da terapeuta em dias de terapia, mais sobretudo é uma criança que brinca dentro das suas limitações, brinca com os carrinhos, com bonecos, segura livros de histórias infantis e com ajuda vai desfolhando o mesmo livro. Em termos de linguagem não apresenta qualquer tipo de alteração, até porque é uma criança com boa articulação das palavras. Em termos de postura, as vezes fica na posição em pé com uma ajuda técnica que é o standing frame. Em termos de amplitude de movimento a pouca porque o facto de ser uma criança hipotónica não permite que tenha maior amplitude de movimento por enquanto. A nível dos membros superiores a uma displasia da anca dos dois membros,

2.5 Identificação de problemas

Hipotonia, dificuldades em manter-se sentado por longos minutos, dificuldade em realizar rotação da cabeça, apresenta subluxação da anca dos dois membros inferiores, dificuldades em tirar um brinquedo de um lugar sem ajuda, tem controle do esfíncter mais não consegue usar a sanita sem ajuda.

- **Desenvolvimento motor**

O D é uma criança que em termos do Desenvolvimento motor apresenta muitas limitações. Por ser uma criança hipotónica não tem habilidades suficientes para execução de movimentos, não tem controlo de movimento, não tem controle do tronco, sem controle da cabeça, não senta sem apoio, não come sem ajuda, não brinca sem o apoio de alguém para passar os brinquedos que ele necessita no momento da brincadeira precisa que alguém o faça.

- **Desenvolvimento cognitivo e Linguagem**

O D uma criança hipotónica, mas com o desenvolvimento cognitivo normal, é uma criança que tem dado muitas alegrias aos familiares por causa do seu carisma consegue conquistar toda gente que convive com ele. Em termos de linguagem é uma criança que apesar de não deambular

arranja formas de se sentir bem, e fazer os pais felizes. O D em algumas sessões terapêuticas tem a possibilidade de se manter na posição em pé com ajuda do standing frame, quando ele esta ai explora mais o seu meio o que lhe permite o desenvolvimento cognitivo porque joga ou interage com estímulos.

Aos três anos de idade a criança já fez a aquisição semântica de mil e quinhentas palavras. A criança nesta fase, além de conseguir expressar-se com muitos vocabulários, consegue igualmente exprimi-los no momento adequado e com a máxima eficácia funcional (Correia, 2011). O D expressa-se com facilidade e aparenta ter o desenvolvimento da linguagem e da compreensão da linguagem normal para a sua idade.

- **Desenvolvimento emocional**

Aos três anos de idade, a criança começa a falar das experiências emocionais dos outros e aos quatro é capaz de perceber que as reações emocionais podem variar de pessoa para pessoa (Abe & Izard, 1999). O conhecimento emocional é fortemente acelerado neste período, começando a estabelecer-se ligações entre o sistema emocional e cognitivo que facilitam a compreensão dos outros, o estabelecimento de relações sociais empáticas e a internalização de normas sociais pela observação das expressões faciais das figuras de socialização (Izard e col. 2002). Por volta dos 3 anos a criança tem já conhecimento de todas as emoções básicas (Melo, 2005)

Em termos emocionais o D é uma criança que demonstra muito afeto aos familiares principalmente aos avós maternos. Demonstra carinho, tristeza quando quer fazer birra, colabora no tratamento terapêutico.

Aos três anos de idade, a criança começa a falar das experiências emocionais dos outros e aos quatro é capaz de perceber que as reações emocionais podem variar de pessoa para pessoa (Abe & Izard, 1999). O conhecimento emocional é fortemente acelerado neste período, começando a estabelecer-se ligações entre o sistema emocional e cognitivo que facilitam a compreensão dos outros, o estabelecimento de relações sociais empáticas e a internalização de normas sociais pela observação das expressões faciais das figuras de socialização (Izard e col, 2002). Por volta dos 3 anos a criança tem já conhecimento de todas as emoções básicas (Melo, 2005).

2.6 Objetivo do tratamento da Fisioterapia

Os objetivos da Fisioterapia visam capacitar o D a adquirir domínio sobre seus movimentos possíveis, equilíbrio e coordenação geral, retardar o encurtamento das musculaturas de cintura

pélvica e escapular, corrigir o alinhamento postural (em pé, sentado, deitado ou durante os movimentos), equilibrar o trabalho muscular, evitar a fadiga, desenvolver a força contrátil dos músculos respiratórios e o controle da respiração pelo uso correto do diafragma, prevenir o encurtamento muscular.

Promover fortalecimento muscular global, promover alongamento muscular global, principalmente dos isquiotibiais; melhorar movimento ativo MMSS e MMII, aumentar as amplitudes de movimentos, aprimorar a posição com apoio, estimular as transferências posturais, estimular o engatinhar e a marcha, promover melhor equilíbrio estático, estimular a percepção da imagem corporal (Neves et al, Krueger, 2014).

2.7 Plano de tratamento

Intervenção

- As atividades nas bolas terapêuticas favorecem o alinhamento e flexibilidade da coluna vertebral, estimulam os mecanorreceptores e proprioceptores articulares, melhoram o tono e a força muscular, coordenação e equilíbrio (Frezza et al, Silva, 2005).
- O uso de hidroterapia com ajuda da terapeuta, com métodos adaptados é um recurso complementar à cinesioterapia em terra, com finalidade de melhorar a força muscular, a capacidade respiratória, as amplitudes articulares e evitar os encurtamentos musculares. As causas das contraturas ortopédicas nos pacientes neurológicos são a imobilização, a fraqueza muscular e a espasticidade (Frezza et al, Silva

2.8 Enquadramento teórico da patologia

Atrofia muscular espinhal

A atrofia muscular espinhal (AME) ou Amiotrofia Espinhal é a principal desordem autossômica fatal depois da fibrose cística (1: 6000), afetando igualmente os dois sexos numa prevalência de 1 para 5000 nascimentos (1:5000) (Bach, 2004; Araujo, Ramos e Cabello, 2005). Este distúrbio neuromuscular ocorre devido a uma herança recessiva, nesse há um defeito genético no cromossomo 5 (5q), que resulta em uma degeneração dos motoneurônios do corno anterior da medula espinhal. Essa degeneração afeta a musculatura esquelética a qual é responsável pelos movimentos voluntários, gerando atrofia e fraqueza generalizada (Alves, 2009).

2.8.1 Etiologia

Estudos genéticos revelam que a Atrofia Muscular Espinhal é causada pela ausência do gene SMN₁ localizado na porção telomérica do cromossomo 5, esse gene contém 9 exons que

codificam a proteína. SMN (Baioni et al Ambiel, 2010). Uma cópia quase idêntica do gene SMN1, o gene SMN2, modula a gravidade da doença. Em geral, o subtipo AME I está associado a uma deleção homozigótica do gene SMN1, o subtipo AME II a deleção homozigótica e conversão génica no outro gene, e o subtipo AME III a conversão génica em ambos cromossomas 2-5. O principal fator de influência na gravidade do fenótipo é o número de cópias do gene SMN2 (Pires et al, Marreiros, 2011).

2.8.2 Manifestações mais comuns

Classificação

AME é integrado por quatro tipos que são: Atrofia muscular do tipo I, Atrofia muscular do tipo II, Atrofia muscular do tipo III, Atrofia muscular do tipo IV de acordo com a idade de início da doença e a máxima função motora adquirida.

➤ Atrofia muscular do tipo I

A ATME tipo I: (também denominada AME severa, doença de Werdnig-Hoffmann ou AME aguda) se caracteriza pelo início precoce (de 0 a 6 meses de idade), pela falta de habilidade de sentar sem apoio e pela curta expectativa de vida. Crianças assim diagnosticadas têm pouco controle da cabeça, com choro e tosse fraca. (Baioni et al Ambiel, 2010).

➤ Atrofia muscular do tipo II

AME tipo II: (ou AME crônica) é sintomática por volta dos 6 a 18 meses de vida, mas pode se manifestar mais precocemente. Alguns pacientes assim classificados conseguem sentar sozinhos enquanto outros o fazem somente quando posicionados. (Baioni et al Ambiel, 2010).

➤ Atrofia muscular do tipo III

AME tipo III: (também chamada de AME juvenil ou doença de Kugelberg-Welander) aparece após os 18 meses, porém a idade de início varia muito. (Baioni et al Ambiel, 2010).

➤ Atrofia muscular do tipo IV

AME tipo IV: não existe um consenso quanto à idade de início desse tipo de AME. Russman descreve que ela se desenvolve após os 10 anos de idade, Wang et al. relatam que o

início da fraqueza ocorre normalmente na segunda ou terceira década de vida ou por volta dos 30 anos (Baioni et al Ambiel, 2010).

2.8.3 Fisiopatologia

Este distúrbio neuromuscular ocorre devido a uma herança recessiva, nesse há um defeito genético no cromossomo 5 (5q), que resulta em uma degeneração dos motoneurônios do corno anterior da medula espinhal. Essa degeneração afeta a musculatura esquelética a qual é responsável pelos movimentos voluntários, gerando atrofia e fraqueza generalizada (Alves, 2009).

2.8.4 Epidemiologia

A AME é considerada a segunda mais comum desordem autossômica recessiva fatal depois da fibrose cística, na população branca (Wirth, 2000). Por ser uma doença de início na maioria dos casos antes dos 18 meses de idade, sua prevalência é expressa por 100.000 nascidos vivos.

2.8.5 Epidemiologia molecular

O teste genético molecular para AME (análise das deleções dos éxons 7 e 8 do gene SMN1) atende ao critério de utilidade clínica, tendo em consideração sua capacidade em estabelecer o diagnóstico definitivo em cerca de 90-95% das crianças que atendem aos critérios clínicos, e ao de relevância epidemiológica, pois a prevalência mundial da AME é de pelo menos 1 em 25.000 nascidos vivos. Contudo a difusão do teste no Brasil é limitada

2.8.6 Diagnóstico

Por ser uma desordem neurológica de baixa incidência, o diagnóstico da AME é difícil. Entretanto, pelo fato da AME evoluir progressivamente, a rapidez em se estabelecer um diagnóstico preciso é imprescindível. A manifestação de sinais clínicos característicos na criança, como hipotonia, paresia, arreflexia e miofasciculações, devem ser investigados com cautela, uma vez que esses sinais clínicos podem estar presentes em outras neuropatologias (Baioni et al, Ambiel, 2010).

2.8.7 Tratamento médico

Infelizmente, não existe nenhum tratamento farmacológico para a AME. No entanto, em virtude do progresso no entendimento das bases genéticas e da fisiopatologia da AME, tentativas em potencial para o seu tratamento estão emergindo. Algumas drogas que estão sendo testadas no tratamento de pacientes com AME têm como alvo terapêutico o gene SMN₂. Estratégias que aumentam a transcrição desse gene ou que estabilizam a proteína formada a partir dele parecem

promissoras. A seguir, estão descritas algumas drogas com essa perspectiva terapêutica. Drogas inibidoras da enzima histona desacetilase: Essa classe de drogas tem sido investigada no tratamento da AME devido a sua habilidade em ativar a transcrição do gene SMN₂, pois quando a histona encontra-se acetilada (histona desacetilase inibida), os fatores de transcrição passam a ter uma maior acessibilidade a vários genes (dentre eles o SMN₂), favorecendo a transcrição dos mesmos. O ácido valproico é o inibidor da histona desacetilase mais investigado em testes pré-clínicos e clínicos em que é analisada sua eficácia no tratamento da AME

2.8.8 Tratamento cirúrgico

As indicações do tratamento cirúrgico são deformidades progressivas refratária ao tratamento ortóptico e curvas maiores de 40 a 60 graus e perda da capacidade de sentar. O tratamento geralmente consiste na artrodese com instrumentação de T2 ao sacro por acesso posterior, alguns autores tem utilizado as hastes de crescimento (dual growing rod) nas crianças imaturas. O acesso anterior e eventualmente indicado em curvas de grande magnitude maior de 100graus em pacientes muito imaturos e sem comprometimento pulmonar, embora muitos autores não recomendem, devido ao impacto negativo na capacidade vital.

2.8.9 Intervenção da fisioterapia na atrofia muscular espinhal

Nas intervenções fisioterapêuticas são realizadas manobras de mobilização das secreções, higiene brônquica e aspiração de vias aéreas; técnicas de fortalecimento da musculatura respiratória; técnicas de alongamento e fortalecimento global; correção postural com uso de coxins; cinesioterapia passiva e ativo-assistida, acompanhada de atividades lúdicas. Estas técnicas contribuem para a manutenção da função muscular, proporcionando fortalecimento global e equilíbrio postural. É mantido sob ventilação mecânica em modo Pressão de Suporte Ventilatório (PSV) com episódios de alternância para Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV), As suas funções motoras residuais permitem movimentos ativos que contribuem com as atividades diárias desenvolvidas durante as brincadeiras.

3.8.10 Aspectos psicossociais da doença

➤ A adaptação na doença crônica

Doença crônica é definida como uma condição que afeta as funções do indivíduo em suas atividades diárias por mais de três meses, causa hospitalização durante um mês por ano ou requer o uso de dispositivos especiais de adaptação. Assim, a criança tem a vida irreversivelmente alterada pelos tratamentos e consequências impostos pela doença, tornando-se uma experiência multidimensional tanto para ela como para sua família. O ajustamento à situação também

acontece de modo diferenciado, em tipo e intensidade, dependendo do estágio do ciclo de vida em que a família se encontra. (Buchhorn et al Damiano, 2011).

Como é sabido a família tem uma influência determinante na criança e especialmente na criança doente. Os fatores relacionados com a estrutura familiar como moderadores do efeito da doença na criança. Alguns autores chamam atenção particularmente para a influência negativa da ausência de outros adultos cuidadores da criança para além da mãe, como acontece por exemplo nas famílias mono parentais o que implica um excessivo envolvimento desta com a criança doente (Barbosa et al Guimarães, 2007).

➤ **Reações à doença crónica na família**

Sobre o impacto do diagnóstico, Baruch (1981) refere que os pais expressam frequentemente culpa, usam termo choque em relação a perturbação extrema sentida no momento em que a notícia lhes foi transmitida. Também Austin (1990), Canam (1993), Tanner, Dechert & Fridan (1998) concluíram que os pais sentam desespero, depressão, frustração, e confusão, enquanto Stevens (1994) chama atenção para reacções de culpa e depressão.

Ao contrário de algumas orientações que defendem que as reacções emocionais à doença seguem um processo sequencial desde o choque ou impacto na fase do diagnóstico ao fecho ou aceitação na fase final da aceitação da doença (Clubb, 1991) segundo Cowen e colaboradores (1985) e Sabbeth (1984) a resposta não é um processo linear nem segue estados definidos mas é um estado emocional que flutua entre choque, a ansiedade a negação, revolta, culpa e aceitação (Sabbeth, 1984, p. 53) (Santos, 2010).

Stress e Ansiedade : O contacto inicial com a doença gera nos pais a ansiedade e o medo. Muitas vezes eles expressam incredulidade frente ao diagnóstico e receio da perda do filho. Mães e pais procuram buscar uma explicação clara a respeito da doença do filho e de suas consequências, e sentem-se frustrados quando isso não é possível (Leoni 2005).

Perturbações de ansiedade em relação a evolução da doença, ao tratamento ou a competência para educar e acompanhar a criança e para realizar os procedimentos médicos do tratamento, são frequentes em pais de crianças com doença crónica (Santos 2010) para compreender os efeitos do stress e as diferenças individuais advindas das reacções de pessoas que vivem uma reacção stressante tem -se utilizado o conceito de enfrentamento. Este termo remete ao conjunto de esforços que o individuo direciona ao meio interno e externo, para lidar/ manejar com situações stressoras avaliadas como excessivas (Lopez et al Stuhler, 2008).

Alguns estudos apontam níveis mais altos de stress entre mães de crianças com necessidades especiais (Matsukura, 2001; Dyson, 1997), ressalta-se, no entanto, que estes estudos não utilizaram uma amostra que representasse mães com baixa renda e escolaridade. Parece plausível que o stress experienciado pelas mães do presente estudo não provenha somente dos cuidados dispensados aos seus filhos, com ou sem necessidades especiais, e de suas preocupações com alimentação, higiene, ou saúde, mas também dos demais deveres de suas rotinas que as obrigam a enfrentar diariamente precárias condições de vida (Matsukura et al, Maturano, 2007).

Alguns estudos efetuados sobre as características socioeconómicas concluíram que as famílias de extratos sociais mais baixos experimentam situações mais difíceis. Um estudo longitudinal desenvolvido por Chess e Kron (1978, citado por Pereira, 1996 sugere que as profissões medias se associam a níveis a nível

Geralmente, a negação é uma defesa temporária, podendo ser substituída por uma aceitação parcial. Após este estágio, emerge a fase da raiva, da revolta, do ressentimento, do inconformismo e da inveja. A presença de uma doença crônica implica em um esforço por parte da família no sentido de integrar a desordem em sua organização interna (Santos, 2003). Cada família encontra o seu estilo próprio de comunicação, as suas regras, as suas crenças, bem como o modo de manter a sua estabilidade (Leoni, 2005).

Revolta: Recentemente também Bonner e colaboradores (2006), numa investigação sobre o desenvolvimento e adaptação de uma escala sobre a experiencia parental da doença, consideravam a raiva/revolta associada a tristeza não resolvida” como um dos domínios de avaliação. No estudo realizado, os autores verificaram que os pais com níveis elevados neste domínio sentiam a perda permanente da criança saudável (mesmo em situações em que a doença da criança estava em remissão) e revolta em relação a essa perda e a impossibilidade de terem uma vida “normal”, “feliz”, e “simples”, como tinham perspetivado. Valores elevados nessa escala estavam ainda associados a valores elevados nessa escala estavam ainda associados a valores nas escalas de intrusão e índices elevados de exaustão (Santos, 2010).

Raramente a família está preparada psicologicamente para enfrentar a doença crônica na criança, o que leva grandes dificuldades da adaptação da criança e da própria família a esta nova situação.

As mudanças que ocorrem nas vidas de ambos (pais e crianças), ao depararem-se com a doença em âmbito hospitalar, seja domiciliar. As ações de cuidado materno, por exemplo, possibilitam à criança sentir-se mais calma e aceitar com segurança e tranquilidade os procedimentos hospitalares, muitas vezes hostis e invasivos (Silva et al Correia, 2006)

O familiar tem, cada vez mais, assumido parte da responsabilidade de cuidar de seus membros. É nessa perspectiva, necessita de apoio dos profissionais no que diz respeito à atenção a saúde, seja em âmbito hospitalar, seja domiciliar. As ações de cuidado materno, por exemplo, possibilitam à criança sentir-se mais calma e aceitar com segurança e tranquilidade os procedimentos hospitalares, muitas vezes hostis e invasivos (Silva et al Correia, 2006).

Os pais têm um papel fundamental no restabelecimento de seu filho com doença crônica. Assim, reduzindo a ansiedade dos pais frente ao conhecimento da doença, tornando-os capazes de assistir seu filho adequadamente; é possível transformá-los em multiplicadores de experiências positivas e de melhoria na qualidade de vida dessa criança (Leoni, 2005)

A presença de uma criança com doença crônica numa família obtém um cuidado especial não apenas no ponto de vista médico, mais também na sua dimensão social e psicológica. As consequências da doença crônica não atingem somente a criança mais todo o universo familiar podendo trazer dificuldades e implicações a longo prazo que se irão refletir na qualidade de vida e de toda a família (Ferreira, 2013).

É fundamental perceber como é que a família resolve os seus conflitos. É importante que defina objetivos, aprenda a lidar com as situações de crise e adquira competências para iniciar mudanças individuais, familiares e sociais. O suporte social é um dos predadores mais fortes na resolução de problemas da família (Mendes 2004).

Uma boa relação entre a criança, a família e os profissionais de saúde facilita a compreensão da extensão e gravidade da enfermidade, bem como a aderência da criança e da família ao tratamento; especialmente naqueles muito invasivos, dolorosos e prolongados, mais sujeitos ao abandono ou a uma proteção exagerada da criança (Leoni, 2005)

A entrevista realizada aos pais de D permitiu que lhes falassem quer das suas reações quer da forma como se foram adaptando. Muito do que disseram reforça o que foi referido pelos autores na literatura. Assim;

Em relação a como viveram os primeiros dias depois do diagnóstico os pais referiam que *“foram sentimentos de angústia, tristeza, incompetência, ansiedade, revolta, um turbilhão de sentimentos negativos, com a maior preocupação de incerteza em relação ao futuro e qualidade de vida do D”* Quanto ao que mudou na vida dos pais depois do diagnóstico eles referiram, *“Depois do diagnóstico os nossos hábitos alteraram-se por completo, o simples tomar banho e*

refeições, são os desafios diários. Os obstáculos físicos para qualquer sítio aonde vamos não contribuem para o bem-estar do D

Em relação a quem e que ajudou os pais nesse momento eles responderam *“A família os amigos em primeiro, depois os terapeutas. Isto mostra que a família e os amigos deram muito apoio, os terapeutas colaboraram dando instruções que ajudam no dia dia. No momento atual o que considera grave é ter uma criança com capacidade total cognitiva, presa num corpo que não lhe obedece, dificuldades respiratórias neste momento bem como lesões estruturais são muito frequentes neste caso quadro.*

Os pais do D falaram da ansiedade *“ sinto muita ansiedade muito medo, muita insegurança – pais do D) quando penso no que o meu filho tem, o que lhe vai acontecer como vai isto evoluir - pais do D)”*

Comparando com a literatura a ansiedade integra um conjunto complexo de emoções como o modo, a preocupação ou a apreensão e esta associada a significações de ameaça. Perturbações de ansiedade em relação da doença, ao tratamento da criança, com incerteza do diagnóstico ou dos efeitos a longo prazo da doença e do tratamento no desenvolvimento da criança, com um baixo sentido de competência, e com a falta de informação sobre a doença. Investigações como a realizada por Santacroce (2002) ou wijiberg-Williams e colaboradores (2006) com pais de crianças com cancro concluíram que os níveis de ansiedade variavam ao longo da doença mas que os pais destas crianças apresentavam, 5 anos após diagnóstico, níveis mais elevados de ansiedade do que pais de crianças sem doença (Santos 2010).

Sobre a revolta os pais do D também questionaram o porquê da doença exprimindo *“ penso porque é que havia de acontecer isto ao meu filho. Penso isso”* . segundo a literatura consultada a revolta/raiva é tradicionalmente referida como uma das reações a doença (Cowen, et al., 1985; Gotz, 2000; Sabbeth, 1984). A revolta pode ser dirigida quer à equipa de saúde (em especial se foi responsável pelo diagnóstico), quer à criança, quer a entidades divinas (ou ao destino), que são responsáveis pela situação. É, e apontada como um dos determinantes de perturbações familiares, e mesmo de maus tratos da criança doente. Apesar de ser considerada uma reação importante e determinante de disfuncionalidade, e, no entanto, reduzido o numero de estudos que tem como foco principal a revolta/raiva em pais de crianças com doenças crónicas (Santos, 2010).

➤ **Qualidade de vida dos pais de criança com doença crônica**

A qualidade de vida é definida pela organização mundial da saúde (1995) como a percepção do indivíduo na posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e precauções. O conceito da qualidade de vida é marcado pela subjetividade envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana (Bernardo, 2012).

Trata-se dum conceito multidimensional que incorpora a percepção individual dos diferentes aspectos de vida. A avaliação da qualidade de vida é importante na prática em saúde para melhorar a relação profissional-paciente, para avaliar a eficácia de diferentes intervenções, crônicas e limitativas, como transtorno global do desenvolvimento, a paralisia cerebral, e o déficit cognitivo ou atraso mental (Bernardo 2012).

Domínios e aspectos de instrumentos da qualidade de vida

Domínio1/ domínio físico: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso.

Domínio2/ domínio psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração; auto estima; imagem corporal e aparência.

Domínio3/ nível de independência: mobilidade atividade de vida cotidiana, dependência, de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho.

Domínio4/ relações sociais apoio social, atividade sexual,

Domínio5/ ambiente: segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades, de adquirir novas informações habilidades; participação em, e oportunidades de realizar/lazer; ambiente físico: (população poluída/ruído/clima); transporte.

Domínio 6/ aspetos espirituais/religião/crenças pessoas: espiritualidade/religião/crenças pessoas (Fleck, 1999).

Diante desse quadro, a literatura preocupou-se em abordar esse aspecto em diversos estudos, maioritariamente voltados para a qualidade de vida dos portadores das patologias, seja após o diagnóstico, ou após a utilização de um tratamento (Bernardo, 2012).

Embora a investigação sobre a qualidade de vida dos pais de crianças com alterações neuro motoras e com necessidades especiais seja reduzida sabe-se que, tal como acontece com outros pais com situações clínicas crônicas, um dos seus principais desafios é resolver/ cuidar efetivamente dos problemas da criança e promover o seu desenvolvimento, enquanto mantém respostas adequadas às normais exigências de vida diária (Bernardo, 2012).

Leung e Li-Tang realizaram um estudo transversal para comparar a qualidade de vida de 76 pais de crianças de escolas primárias, sem necessidades especiais, e 71 pais de crianças de escolas especiais, com diagnóstico de paralisia cerebral, síndrome de Down e atraso no desenvolvimento. Os pais da criança com necessidades especiais apresentam índices mais baixos de qualidade de vida em todos os domínios, com diferenças significativas nas relações sociais e domínios ambientais. Também referem que a independência funcional da criança mostrou-se significativamente relacionada com a qualidade de vida dos pais, principalmente nos domínios saúde física, saúde psicológica e ambiente, com exceção apenas do domínio de relações pessoais (Bernardo, 2012).

Do referido podemos concluir pelo reforço da asserção segundo a qual a limitação da criança é um potencial estressor com consequências negativas em todas as dimensões da qualidade de vida dos cuidadores. No entanto não deve ser ignorado que investigações recentes tem evidenciado que embora pais de criança com necessidades especiais experienciem sofrimento emocional, a maioria das famílias tendem a adaptar-se, a ter níveis normais de funcionalidade e apresentam avaliação de qualidade de vida idêntico ao de famílias normativas. Os fatores de risco relacionados com menor qualidade de vida incluem os parâmetros da doença/ incapacidade, independência funcional da criança e fator de stress psicossociais. Acredita-se que os fatores de resiliência que influenciam o processo são os fatores interpessoais, os fatores socio ecológicos e as estratégias de confronto (Bernardo, 2012).

Em relação à vivência atual da doença os pais do D responderam

Continuo muito ansioso sobre como vamos lidar com tudo o que venha a acontecer no futuro. A ansiedade é difícil controlar, mas temos de lutar diariamente para proporcionarmos ao D uma vida mais normal e feliz possível.!

“A incapacidade para poder fazer mais pelo meu filho acreditamos e dá-nos paz, saber que estamos a fazer o que esta ao nosso alcance. Mas como pais isso nunca è o suficiente.

O mais grave/negativo é ter uma criança com capacidade total cognitiva, presa num corpo que não lhe obedece. Dificuldades respiratórias neste momento bem como lesões estruturais são neste quadro muito frequentes. O facto de felizmente ser uma criança que cognitivamente esta muito bem, isto permite esperar mais e melhorar contudo também aumenta o nível de frustração. Somos acompanhados por uma equipa interdisciplinar (Neurologista, fisiatra, pneumologista, pediatria-equipa hospital dona Estefânia). Fisioterapeutas da liga APLL e pessoal (acompanhando em casa). Ajudas técnicas adquiridas e alugadas. Acredito estar a ser feito o que pode ser feito.”

Um dos aspetos salientados como um dos determinantes da qualidade de vida é a capacidade financeira da família. A este respeito Importa ressaltar, que a doença acarreta, as despesas contínuas, passando a fazer parte do orçamento familiar, o que pode representar cortes de supremo de outras necessidades. As dificuldades financeiras encaradas pelas famílias tornam a experiência de vivenciar a doença ainda mais dolorosa devida as condições impostas pela doença e pelos seus tratamentos que são fundamentais (Ferreira et al., 2013). A doença crónica afeta os pais em várias dimensões da vida pessoal e social. Uma delas é o maior investimento que se tem na criança, um maior número de preocupações e maiores gastos financeiros. Os pais referem que a vida após o aparecimento da doença com um desgaste muito forte e emocional e físico (Ferreira, 2013).

2.8.11 Intervenção do fisioterapeuta na doença/ deficiência crónica

Na abordagem fisioterapêutica são realizadas manobras de mobilização das secreções, higiene brônquica e aspiração vias aéreas; técnicas de fortalecimento da musculatura respiratória; técnicas de alongamento e fortalecimento global; correção postural; cinesioterapia passiva e ativo-assistida, acompanhada de atividades lúdicas. Estas técnicas contribuem para a manutenção da função muscular, proporcionando fortalecimento global e equilíbrio postural. É mantido sob ventilação mecânica em modo Pressão de Suporte Ventilatório (PSV) com episódios de

alternância para Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada (SIMV). As suas funções motoras residuais permitem movimentos ativos que contribuem com as atividades diárias desenvolvidas durante as brincadeiras

2.9 Discussão

No presente relatório a parte que diz respeito ao estudo de caso viu-se que segundo (Baioni et al Ambiel 2010) relataram que A atrofia muscular espinhal (AME) é uma doença genética de herança autossômica recessiva que afeta o corpo do neurônio motor no corno anterior da medula espinhal Caracteriza-se pela degeneração dos neurônios motores medulares que condiciona a atrofia e fraqueza muscular progressiva.

Uma cópia quase idêntica do gene SMN1, chamada SMN2 modula gravidade da doença. Essa patologia deixa o paciente hipotônico, sem poder ter atividades de vida diária que uma criança normal deve ter.

No estudo apresentado foi possível verificar que algumas famílias com crianças com necessidades especiais tem problemas de aceitação a doença. As consequências da doença são mais negativas no ponto de vista dos pais, do que no ponto de vista das próprias crianças. Isto foi comprovado num estudo com crianças com Artrite Juvenil, no qual as suas mães referiram que existia um maior comprometimento pela doença em relação à autoestima e à competência, relativamente ao referido pelas próprias crianças (Costa, 2012).

O tempo é considerado um verdadeiro luxo para as famílias que têm uma criança com deficiência. Os pais queixam-se frequentemente de que têm pouco tempo para si, para dormir, descansar e conviver, e para dedicar aos outros filhos, o que contribui para o aumento do stress familiar que se pode traduzir por manifestações de impaciência e tensão entre os seus membros (Neto 2010). A qualidade de vida é uma forte influência na expectativa de vida de portadores de doença crônica. Cuidados da fisioterapia contribuem para melhorar a qualidade de vida, atuando na hipotonia, nas deformidades e nas complicações respiratórias, motora.

3.10 Conclusão

Conclui-se que as doenças crônicas na família são um problema muito severo que a criança e os pais têm que enfrentar. Na realidade qualquer pessoa deseja sentir que tem controle sobre a sua própria vida, sendo esse, igualmente, o desejo de todos os pais ao assumirem a paternidade. Apesar das incertezas experimentadas inicialmente no exercício da função parental, os pais consideram-se por norma responsáveis e capazes de assegurar a educação e o bem-estar dos seus filhos. Este sentimento não é vivenciado muitas vezes pelos pais de crianças com incapacidades, que sentem grande dificuldade em gerir as situações difíceis com que se deparam (Mori,1983; citado por Ferrel, 1990). De facto, a deficiência vem aumentar as incertezas experimentadas pela generalidade dos pais, acrescentando dúvidas e ansiedades a questões como: que futuro estará reservado ao filho, que grau de independência irá atingir, que percurso académico e profissional poderá conseguir, se poderá vir a constituir família.

Na fisioterapia pediátrica, existe grande necessidade de uma abordagem holística que abranja a criança como um todo, a família e os ambientes em que a criança vive, aprende e brinca. A eficácia da intervenção com crianças com limitações neuro motoras e suas famílias é influenciada pelo grau de preparação dos profissionais para desenvolver este trabalho. As crianças são parte de uma família, e isto precisa ser considerado para que qualquer intervenção seja adaptada ao atendimento de suas necessidades particulares (Bernardo2012).

Após a avaliação, o fisioterapeuta deverá decidir junto da família onde acreditam que as intervenções serão mais eficazes.

Na prática, devido à exigência de mudanças de abordagem, alguns fisioterapeutas consideram que “a capacitação das famílias significa a renúncia de todo conhecimento e responsabilidades, esperando que os pais tomem todas as decisões. (Bernardo 2012).

Referências bibliográficas

Alves I M M (2009) “ *Qualidade de vida da família de crianças com atrofia muscular espinhal*” dissertação para obtenção do título de mestre, apresentada na Universidade de Fortaleza-UNIFOR,

Fortaleza.

Arantes M (2010) ” *Método de reconhecimento da marcha humana por meio da fusão das características do movimento global*” Tese apresentada á escola de engenharia de São Carlos – USP, como porte dos requisitos para obtenção do título em doutor em ciências, programa de

engenharia eléctrica, São PauAraújo F G (2012) “ *Traumato- ortopedia com enfâse em terapia manual,*” faculdade Á Vila, Pós graduação em FisioterapiaArtur A M, Lanini T M, Lima N M, Ian Y, Artur R, (2010) “ Tratamento fisioterapêutico em pacientes pós AVC: Uma revisão do papel da neuro imagem do estudo da plasticidade neural” 14 (1): pp.

Baioni M t C et al Ambiel C (2010) “*Atrofia muscular espinhal: diagnostico, tratamento perspectivas futuras*” J Pediatr 86 (4) 261-270 Rio de Janeiro.

Braccially L M P et al bagagi A N (2012) “ *Qualidade de vida de cuidados de pessoas com cuidados especiais*” Revista Brasileira, volume 18.

Bernardo A C P (2012) “ *Qualidade de vida, Necessidades Terapêuticas e preocupações de Pais crianças com necessidades especiais- Abordagem centrada na família*” Monografia para obtenção de Mestre, apresentada no Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTSL).

Braga C C S (2010) “ *Perturbações do espectro do Autismo e inclusão: Atitudes e representações dos pais professores e Educadores de infância*” Monografia para obtenção do título de Mestre na Universidade o Minho.

Cancela D M G (2008) “ *Acidente Vascular Cerebral- Classificação principais consequências e reabilitação*” monografia apresentada para licenciatura em Psicologia na universidade Lusíada do Porto.

Cargenin A P M, Mazzitelli C, (2003) “ Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espastica, com enfâse nas alterações músculo-esquelética” Revista Neurociência 11 (1): pp 34-39.

Castro B S L ET AL, Machi G M (2010) “ *Relação da força Muscular do Assoalho Pélvico com a postura estática da pelve em funcionarias da Unama*”. Monografia para obtenção de título de graduação na Universidade de Amazonia.

Catana F L S R (2013) “ *A doença rara na família e na escola a perspectiva parental*” monografia apresentada para título de mestre na Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.

Cândido A M D (2004) “*Paralisia cerebral: Abordagem para pediatra geral e manejo multidisciplinar*” monografia para a conclusão do curso de residência médica pelo hospital regional da asa sul.

Conde M G O (2008) “*Avaliação da fisioterapia na Bronquiectasia*” monografia apresentada para a conclusão do Curso de fisioterapia na Universidade Veiga Almeida. Rio de Janeiro.

Correia S F M S (2011) “*Desenvolvimento da linguagem em crianças inseridas em ambiente familiar intituonalizadas*” monografia apresentada para o título de licenciada Na Universidade Fernando Pessoa. Porto

El-Hage S F (2007) “ *Paralisia Cerebral e as contribuições da psicomotricidade*” monografia apresentada para o título de Mestre na Universidade Cândido Mendes, Instituto vez do Mestre.

Dias A A S, (2007) “ *Revisão bibliográfica sobre “o método bobath- A luz da fisioterapia na encefalopatia crónica da infância tipo diplegia espástica do (zero) a 3 anos*” Monografia de conclusão do curso de fisioterapia da Universidade Veiga de Almeida, como registo para obtenção do título de fisioterapeuta.

16- Ferreira P R A (2013) “ *Doença crónica na criança: impotência do núcleo familiar*” Monografia apresentada na Universidade Católica Portuguesa para o título de licenciada. Braga Portugal

Frezza R M, Silva S R N, Fagundes S L (2005) “*Actualização do tratamento fisioterapêutico das distrofia musculares de Duchenne e de Becker*” pp.

Fernandes C I S (2012) “*Reaprendizagem motora e fisioterapia neurológica- revisão bibliográfica, licenciatura em Fisioterapia, projecto e estágio profissionalizante.*

Fougo T (2009) “*Avaliação da representação especial do corpo em crianças com Paralisia cerebral tudo como referencia o Método Halliwick: Três estudos de casos*” Monografia realizada no âmbito da disciplina de seminário do 5 ano de licenciatura na Faculdade de desporto da Universidade do Porto.

Leite J M R S (2004) “Paralisia cerebral aspectos Fisioterapeuticos e Clinicas Revista Neurociencia, volume12 numero1.

Leoni U G (2005) “*A dinâmica Familiar de crianças com doença crônica*”monografia apresentada para o título de bacharel na Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.

Furtado M CC et al Lima R A G (2003) “ *O cotidiano da família com filho com fibrose cística: Subsidio para a enfermagem pediátrica*” Revista Latino em enfermagem; 11(1):66-73.

Lima M B, Froes orrico K, Morais A P F, Ribeiro C S N S, (2010) “ Actuação da fisioterapia na doença de werdning Hoffmann” Relato de caso. Revista Neurociência 18 (1): pp 50-54.

Levitt,s (2011) “ *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor.* ”3ª edição São Paulo

Lopes R M F, Nascimento R F L, Sousa S G, Mallet L G (2010) “ Desenvolvimento cognitivo e motor de crianças de zero a quinze meses” Um estudo de revisão pp. Lopes A, Dicionário ilustrativo de fisioterapia, Rio de Janeiro, 2ª edição editora Guanabara,2009

Lobato A M R (2002) “*Paralisia cerebral musicoterapia na disfunção da Linguagem*” tese de pós graduação no conservatório Brasileiro de musica, Centro universitário. Rio de janeiro.

Lima S D S M (2009) “ *Acidente Vascular Cerebral:Conhecimento dos Alunos do 3º ano*” Projeto apresentado para obtenção do grau de licenciado em enfermagem na Universidade Fernando Pessoa. Porto.

Március Vinícius M Maranhão (2005) . Anestesia e Paralisia Cerebaral Rev. Bras. Anesthesiol. vol.55 no.6 Campinas Nov./Dec. 2005

Marcotti A C (2005) “ *Estudo dos efeitos da dormência hemisférica cerebral esquerda sobre o acidente vascular encefálico através de escalas de funcionalidade*” Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título graduado em Fisioterapia, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Mazzitelli A P P, Amaral P P, Mazzitelli C, (2003) “Alterações Ortopédicas em crianças com paralisia cerebral da clínica-escola de Fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo, Revista Neurociência 1 (1): pp 29-33.

Moura B M, Fonseca C O, & Paixão T F (2007) “ *Relação quantitativa entre o peso da mochila escolar x 0 peso da criança e suas possíveis alterações posturais e algias*” monografia apresentada para titulo de bacharel na Universidade Amazônia.

Melo A I M T (2005) “Emoções no período Escolar: Estratégias parametrizadas face à expressão emocional da criança” monografia apresentada para o título de mestre na Universidade do Ninho.

Mutch L, Alberman E, Hagberg B et al - Cerebral palsy epidemiology: where are we now and where are we going? *Dev Med Child Neurol*, 1992;34:547-551
Neves E B, Krueger E (2014) “Terapia neuromotora intensiva na reabilitação da atrofia muscular espinal” Estudo de caso. *Revista Neurociência*, 22 (1): pp 66-74.

Nunes J A (2008) “*Intervenção da fisioterapia num contexto lúdico junto às crianças com doenças respiratórias crônicas*” Projeto de pesquisa apresentado ao programa de pós-graduação em psicologia da saúde da Universidade Metodista de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em psicologia da saúde, São Bernardo do Campo;

Oliveira L B, Dantas A C L M, Paiva J C, Leite L P, Ferreira P H, Abreu T M A, (2013) “Recursos Fisioterapêuticos na paralisia pediátrica” revista científica da escola de saúde. 3 (2): pp.

Otsoboni C, Veloso fontes S, Fukujima M M (2006) “Estudo comparativo entre a marcha normal e a de pacientes hemiparéticos por acidente vascular encefálico: Aspectos biomecânicos. *Revista neurociência*, 10 (1): pp 10-16.

Palminha J M et al Carrilho E M (2003) “*Orientação diagnóstica em pediatria*” editora LIDEL.
Silva J L, et al Silva C F, Macedo A B (2010) “*Prevalência das articulações posturais e percepção da dor nos discentes e supervisores do 8 período do curso de fisioterapia do curso de ensino superior de catalão*” *Revista Eletrônica saúde CESUC-nº1*.

Pimentel A G L (2013) “*Autismo e escola: Perspectiva de Pais e Professores*” Monografia para obtenção do título de Mestre apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Pinho G K O (1999) “*Paralisia cerebral: Alterações e atuação Fonoaudiológicas*” Monografia de conclusão do Curso de Especialização Centro de Especialização em Fonoaudiológica Clínica Motricidade Oral. Curitiba.

Pinto e Sá L M S M (2013) “*Intervenção Precoce e Microcefalia Estratégias de Intervenção Eficazes*” Dissertação apresentada a Escola Superior de graduação João de Deus para obtenção do título de Mestre. Lisboa.

PIRES M, et al MARREIROS H (2011) “*Atrofia muscular espinhal Analise descritiva de uma serie de casos*” Acta Med; 24(S2): 95-102 Porto

Ribeiro C A M (2009) “*Coordenação motora em populações especiais*” monografia apresentada para o título de mestre na FADUP na Universidade do Porto.

Soares M I F G (2011) “*Acidente Vascular Cerebral Isquemico. Segundo o volume e a Localização de enfarte*” Dissertação apresentada para o título de mestre em Medicina. Covilhã.

Raimacciotti E C, Nascimento C F (2010) “*E feito do exercício resistido na função motora do paciente com distrofia muscular de Duchenne*” Relato de caso Revista Neuro ciência 18 (3) pp 341-346.

Santos L (2006) “*Efetividade da fisioterapia na restituição da funcionalidade dos indivíduos com espasticidade apos AVC* Tese de licenciatura na Escola Superior de Saúde amantida. Barcarena.

Santos M C (2010) “*Vivencia Parental da Doença Cronica, Estudo sobre a experiencia subjetiva da doença em mães de crianças com fibrose Quistica e com diabetes*” edição: edições Colibri/ Instituto Politécnico de Lisboa

Sousa A S P (2010) “*Controlo postural e marcha humana: Analise multifatorial*” Tese de Doutoramento Faculdade de Engenharia da Universidade de Porto.

Suplementar A N S “*Testes genéticos moleculares para doenças Neurodegenerativas Hereditarias*. Gloria Rio de Janeiro.

Silva J Taranto I C, Piasecki (2012) “*Ginastica Laboral: alongamento x flexionamento*” Sábios-Revista saúde e Biologia, Campo Mourão 1 (2): pp 6-12.

Trombily, C. A et al Radomski, M. V(2005) “*Terapia ocupacional para disfunção*” física. 5.ed. São Paulo: Santos, 2005.

Teixeira A A C (2012) “*Paralisia cerebral estudo de caso*” Monografia para obtenção do obtenção do título Mestre, apresentada na Escola Superior de Educação Almeida Garret Lisboa.

Tonioll B H R (2012) “*Analise comparativa do equilibrio e mortalidade funcional em idosos sedentários e ativos*” Dissertação apresentada para obtenção de pós graduação na Universidade Camilo Castelo Branco. São José dos Campos.

Vasconcelos B (2007) “*Estudo da frequência de alterações cromossômicas nos pacientes atendidos na unidade de genética do instituto da criança entre 1992 a 2002*”, dissertação

apresentada á faculdade de medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em ciência. Veiga C L S (2006) “*A eficácia da hidroterapia em pacientes portadores de artrogripose múltipla congénita. Estudo de caso*” monografia apresentada para o título de bacharel da Faculdade Assis Gurgacz. Cascavel.

Vieira M A Lima R A G (2002) “*Crianças e Adolescentes com doença crónica*”: Convivendo Mestre em ciência.

Apêndice 1: Fichas sobre paralisia cerebral

Registo do dia:28-2-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: A. O

IDADE: 3 anos

DIAGNOSTICO: paralisia cerebral GMFCS IV- tetraparesia com componente distónico

PRESENTES NO TRATAMENTO: os pais e irmã.

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: oferecer a paciente um adequado funcionamento a nível da coordenação motora, e atos funcionais.

SESSAO DE TRATAMENTO: 1 hora por dia, durante 1 semana

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: proporcionar a paciente maior grau de independência a fim de facilitar a mobilização na vida diária

CONDUTA	OBJETIVO
<p>Iniciou-se o tratamento com os alongamentos, mobilizações. Em seguida fez-se exercícios com brinquedos no meio de uma corda ligada a grade de uma ponta a outra, e a paciente teve de transferir os mesmos brinquedos tirando primeiro do lado direito da corda para o lado esquerdo e depois o oposto.</p> <p>Treino na passadeira na técnica do pediasuit, ao término da terapia no pediasuit, fez-se exercício no baloiço e cavalo.</p>	<p>Os alongamentos têm como principal objetivo prevenir lesões músculo tendinosas, restaurar e facilitar o relaxamento muscular, amplitude de movimento normal na articulação envolvida e mobilidades das partes moles envolvidas. Previne o encurtamento muscular, e aumenta a amplitude de movimento da aérea a tratar.</p> <p>O exercício com os brinquedos e a corda serviu para trabalhar a musculatura dos glúteos, e dissociação de cintura pélvica</p> <p>Paciente ligada aos elásticos da técnica do cage/pediasuit faz treino de marcha na passadeira, automaticamente trabalha a musculatura que participa na marcha.</p>

PRINCIPAL ALTERAÇÃO: a paciente deslocou-se na posição de sentada arrastando-se em uma distância de mais ou menos 70 centímetros.

OBSERVAÇÕES

Estado de humor da criança: bem-humorada

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 20 grau de colaboração

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: nenhum problema

Registo do dia: 21-2-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: P L

IDADE: 19 anos

DIAGNOSTICO: Paralisia Cerebral

PRESENTES NO TRATAMENTO: Terapeuta e estagiária

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: reduzir a incapacidade e melhorar a função.

SESSAO DE TRATAMENTO: 1 sessão duas vezes por semana

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: o objetivo principal foi fazer com que paciente ficasse em pé sem apoio.

Conduta	Objetivo
Terapeuta inicia o tratamento com alongamentos dos músculos adutores, isquiotibiais, trícepsural, retofemorais, quadríceps, dissociação da cintura escapular e mobilizações. Em seguida o paciente é colocado na técnica do pediasuit onde juntamente com a passadeira realiza o treino de marcha com ajuda da terapeuta. Treino de equilíbrio estático (em pé sem apoio).	Os alongamentos têm como objetivo de prevenir lesões dos músculos, restaurar e facilitar o relaxamento muscular, melhor mobilidade, melhor articulação. Previne o encurtamento muscular, aumenta a amplitude de movimento da área a tratar. Faz se alongamentos dos músculos adutores, os isquiotibiais, trícepsural, estabilização da pelve, extensão da coluna. Na técnica do pediasuit o objetivo é fazer com que paciente tenha controlo motor, correção postural, planeamento motor, equilíbrio, além disso corrige as alterações posturais apresentadas pelo paciente que são a cifose, hiperlordose. Na passadeira faz se treino de marcha com correção dos pés que estão sempre

	<p>em abdução, treina também o equilíbrio e a coordenação motora.</p> <p>dissociação de cintura, flexão e extensão do tronco. Nos membros inferiores fortalece os músculos. E faz treino funcional de mudanças posturais.</p> <p>Treino de equilíbrio estático e reações de equilíbrio.</p>
--	---

Principal alteração: paciente ficou em pé sem apoio. Enquanto terapeuta contava de 1 e 80.

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 15 grau de colaboração

Estado do humor do acompanhante: não esteve presente.

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20):

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE

HISTÓRIA CLÍNICA DA CRIANÇA

Registo dia: 12-2-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: M C

IDADE: 5 anos

DIAGNOSTICO: Paralisia cerebral

PRESENTES NO TRATAMENTO: A terapeuta e as estagiárias

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: Inibição da atividade reflexa anormal para adequar o tónus muscular e facilitar o movimento funcional, com isso haverá uma melhora da força, flexibilidade, amplitude de movimento, dos padrões de movimento e em geral, das capacidades motoras básicas para mobilidade funcional.

SESSAO DE TRATAMENTO: 1 sessão por semana

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: reduzir a incapacidade e melhorar a função cognitiva.

CONDUTA	OBJETIVO
<p>A terapeuta começou com alongamentos, mobilizações, em seguida o paciente fez a técnica do pediasuit. Com o uso da passadeira, fez-se treino e correção da marcha.</p> <p>Fez-se também o jogo da wii. E para terminar a sessão da terapia, terapeuta fez novamente os alongamentos.</p>	<p>Fez se alongamentos para preparar o paciente para a terapia, além disso os alongamentos proporcionam a flexibilidade, melhora a tensão muscular, facilita a mobilidade, reduz também os riscos de lesões, facilita a correção da postura e amplitude de movimento.</p> <p>Na técnica do pediasuit só o facto do paciente fazer o uso do fato já a trabalhar toda a musculatura,</p> <p>motricidade, precisão do movimento,</p>

	<p>equilíbrio, propriocepção correção postural.</p> <p>Na passadeira faz-se treino funcional para melhoria do padrão da marcha. Com o treino funcional o espelho acaba sendo importante porque é um bom recurso para o paciente se observar, e uma fonte de percepção da postura ou movimento desejado pela terapeuta.</p> <p>O jogo da wii ajuda a melhorar o equilíbrio, porque cada vez que o paciente realiza carga de um membro inferior para o outro ele ganha mais estabilidade, coordenação motora, estímulo da capacidade cerebral, aumento da capacidade de concentração, e aumento da capacidade de locomoção, além do trabalho de dissociação de cintura e orientação da carga.</p>
--	---

PRINCIPAL ALTERAÇÃO: o tratamento houve correção postural. Paciente apresenta uma curvatura em c no lado direito do tronco com concavidade no lado esquerdo, e quando o paciente é retirado da técnica do pediasuit a correção postural era visível porque ficava com a postura correta.

OBSERVAÇÕES

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 18 graus.

Estado do humor do acompanhante:

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante:

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE

FISIOTERAPIA
<p>NOME: M C</p> <p>IDADE: 5 anos</p> <p>DIAGNOSTICO CLINICO: Paralisia cerebral grau II</p> <p>DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: apresenta concavidade de tronco do lado esquerdo, tónus muscular.</p> <p>CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: Cage/ pediasuit</p> <p>FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 1 sessão (2hs) por semana</p>
<p>BREVE AVALIAÇÃO: Mateus apareceu nos serviços de fisioterapia e lhe foi observado extensão da cabeça, ombros com protusão, tronco em flexão, pelve em anterversão, joelhos em rotação interna e adução dos membros inferiores, pé pronado, apresenta hipertonia no tríceps sural, tem diminuição de força muscular, diminuição de equilíbrio e apresenta distonia. Tem uma marcha propulsiva, caminha com os joelhos flectidos e adução e rotação interna; os membros inferiores avançam de forma lenta e desajustado com movimentos oscilante, os pés com um padrão pronado; paciente apresenta distúrbio central da linguagem (afasia), apresenta boa percepção nas tarefas funcionais.</p> <p>Quanto ao contexto familiar, o paciente é sempre acompanhado pela mãe que tem dado impulso ao seu filho para a realização do tratamento.</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS: - Corrigir a postura global; Fortalecer os músculos do abdómen para maior funcionalidade. Melhorar o equilíbrio estático/dinâmico.</p> <p>Aumentar a autonomia.</p>
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ganhar extensão do tronco - Corrigir o valgismo nos membros inferiores - Corrigir a postura e o padrão da marcha anormal

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: alongamento dos adutores em seguida a terapeuta realiza alongamento do músculo isquiotibial; alongamento de iliopsoas; alongamento do tríceps sural; mobilização pélvica, terapeuta faz a flexão dos dois joelhos do paciente e com uma das mãos estabiliza a pelve e com a outra faz o deslizamento da pelve para cima, troca de membros e vice-versa; treino funcional de mudanças posturais. Com o fato de pediasuit, terapeuta faz a correção do corpo fazendo a rotação dos ombros para trás, estabilização e extensão do tronco, estabilização da pelve, extensão do joelho, paciente faz exercícios ativo de agachamento apanhando um objeto no chão com os joelhos abduzidos e sem tocar o joelho no solo. Exercício ativo assistido na prancha instável, paciente em cima da prancha, terapeuta vai empurrando dum lado ao outro para treinar reações de equilíbrio e propriocepção. Treino de marcha na passadeira eléctrica numa forma ativo assistido, terapeuta vai ajustando os passos do paciente segurando no calcanhar, controlando a postura da cabeça, tronco e membros inferiores. Exercícios activo no cavalo dinâmico terapeuta vai controlando o alinhamento da cabeça, do tronco, pelve, terapeuta controla o equilíbrio, coordenação global e o desenvolvimento da dissociação de cinturas, terapeuta através do comando vocal vai progredindo o exercício pedindo que o paciente levante as duas mãos para cima, depois numa forma assistida vai mudando de direcção no cavalo dinâmico.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES:

Tronco em posição neutra; Equilíbrio estático/dinâmico depois da intervenção;
Mudanças posturais, nos exercícios ativo-assistido no cavalo; Redução do valgismo dos membros inferiores depois do uso do fato de pediasuit; RI e ad. Postura global neutra com o fato de pediasuit.

FISIOTERAPIA
<p>NOME: Anais Oliver</p> <p>IDADE: 3 anos</p> <p>DIAGNOSTICO CLINICO: Paralisia cerebral/ encefalopatia cronica não evolutiva da infância</p> <p>DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: GMFCS grau IV – tetraparesia com componente distônico</p> <p>CONTEXTO DA INTERVENAO: Cage - pediasuit</p> <p>FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 5 sessões (1h) por semana, por uma semana</p>
<p>BREVE AVALIAÇÃO: paciente apresenta hiperextensão do joelho, não fala, não anda, tem coordenação motora, tem sensibilidade, não apresenta nenhum problema respiratório.</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS: inibir da atividade reflexa anormal para minimizar o tônus muscular para facilitar o movimento normal, com isso estará a melhorar a flexibilidade, a amplitude de movimento (ADM), dos padrões de movimento e as capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional.</p>
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: amplitude do movimento, coordenação, equilíbrio, alinhamento postural.</p>
<p>DESCRICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: alongamentos globais porque reduzem as tensões musculares, permitem que os movimentos sejam melhores, previne as lesões musculares, ativa a circulação sanguínea além de prevenir as lesões melhora a flexibilidade.</p>
<p>PRINCIPAIS ALTERAÇÕES: a paciente conseguiu locomover-se saindo de um lugar para o outro com uma distância de mais ou menos um metro ela conseguiu se arrastar na posição de sentada.</p>

FISIOTERAPIA
<p>NOME: Pedro Lobão</p> <p>IDADE: 19 anos</p> <p>DIAGNÓSTICO CLINICO: Paralisia cerebral</p> <p>DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO: Apresenta alteração no tónus muscular.</p> <p>CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: clínica love 4 kids. Pediasuit</p> <p>FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 2 sessões (2h) por semana</p>
<p>BREVE AVALIAÇÃO: Tem pouca amplitude de movimento a nível dos membros inferiores, dificuldade na marcha, anda com apoio do andarilho, tem os pés em abdução com deformidades consolidadas, apresenta dificuldade na fala, hipelordose.</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS: fazer com que paciente ganhe equilíbrio e consiga estabilidade para uma melhor marcha.</p>
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: melhora da amplitude de movimento, coordenação motora, equilíbrio, força muscular a nível dos membros inferiores, alinhamento postural, propriocepção.</p>
<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: terapeuta deu início a terapia com alongamentos e mobilizações, na passadeira faz treino de marcha, alinhamento postural, no pediasuit trabalha a musculatura global porque só o facto do paciente fazer o uso do fato. O treino no cavalo serve para fortalecimento da musculatura pélvica porque fortalecendo esta musculatura vai fazer com que paciente ganhe mais equilíbrio. O treino com as bolinhas serve para paciente fazer mudanças de postura em que sai da posição de joelho para em pé.</p>
<p>PRINCIPAL ALTERAÇÃO: Paciente conseguiu ficar na posição em pé sem apoio por alguns minutos.</p>

Apêndice 2: Fichas sobre atrofia muscular espinhal

Registo do dia: 17-3-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: M A

IDADE: 3 anos

DIAGNOSTICO: Atrofia muscular espinhal tipoII

PRESENTES NO TRATAMENTO: pais

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: fazer com que paciente ganhe mais habilidades e seja mais independente possível.

SESSÃO DE TRATAMENTO: 1vez por semana com duração de 2horas.

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: fortalecimento da musculatura para ganho de força.

CONDUTA	OBJETIVO
Terapeuta começou o tratamento com os alongamentos e mobilizações, dissociação de cintura, em seguida fez-se o exercício de forama ativo assistido. Trabalhou-se também no pediasuit e no trampolim.	Os alongamentos tem o objetivo de Paciente na passadeira tem como objetivo trabalhar a musculatura responsável pela marcha para futuramente paciente caminhe só. Faz-se também alongamento ativo. Com isso treina se o controle cortical, planejamento motor, coordenação motora. Pediasuit cage, esta técnica para a paciente tem como objetivo o ganho da estabilidade e controle do tronco. Paciente ligada a técnica do pedia suit tem de tirar o brinquedo que esta sobre o solo, para coloca-lo em cima do objeto onde se encontra outro brinquedo que a paciente deve colocar as pecas. Essa

	<p>terapia obriga a paciente a exercitar a posição de joelho para posição em pé</p> <p>Com isso esta a treina a musculatura dos membros inferiores que são: os extensores do quadril, os flexores do quadril, os adutores, os abdutores.</p> <p>No espelho a paciente constrói seu esquema corporal usando sua própria referência.</p> <p>Quando a paciente usa o trampolim, usa com a finalidade de tonificar e fortalecer a musculatura dos membros inferiores, e coordenação motora. Cada vez que a paciente dá um salto aproxima as articulações, beneficiando a contração.</p> <p>E quando retorna ao solo a energia volta a subir para as pernas, e essa energia que ativa a musculatura da mesma região e trabalha também o controle motor.</p>
--	--

PRINCIPAL ALTERAÇÃO: paciente conseguiu sair da posição de joelhos para a posição em pé com ajuda da terapeuta.

OBSERVAÇÕES

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 19 grau

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração

IDENTIFICAÇÃO

NOME: D R

IDADE: 3 anos

DIAGNÓSTICO: Atrofia Muscular Espinhal do tipoII

PRESENTES NO TRATAMENTO: Avos Maternos (Domiclio)

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: Melhorar a capacidade física, ganho da força muscular e oferecer qualidade de vida.

SESSÃO DE TRATAMENTO: 3 sessões por semana

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: Ganhar força muscular e controlo do tronco.

Conduta	Objetivo
<ul style="list-style-type: none">- Iniciou-se o tratamento com Coaptação ou co-contracção articular da anca, joelho e pé.-Mobilização da pelve: (abdução da anca); em decúbito dorsal; exercícios ativo assistido dos membros inferiores.-Mobilização do pé (articulação talo crural); em decúbito dorsal. -Sentado, flexão dos dois joelhos, o paciente tem de aguentar alguns segundos ou minutos para ganhar força nos membros inferiores.- Sentado, fazer adução do quadril, levantando o joelho da superfície estável.- Sentado, fazer extensão do braço até ao	<ul style="list-style-type: none">-Ajustes antecipatórios do músculo, maior estabilidade articular dos músculos que cruzam uma articulação, qualidade de coordenação motora, aumento de força. -Consciência corporal; orientação do movimento; dissociação de cintura e propriocepção.- Flexão plantar/ dorsiflexão - Correção do tronco, estabilidade, equilíbrio, fortalecimento e controlo motor. - Força muscular. - Carga, propriocepção, consciência

<p>solo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em decúbito ventral, fazer com que o paciente levante a cabeça com apoio em antebraço, com assistência a nível torácico. - Colocação da banda neuromuscular, na região do antebraço. - Exercícios na bola de bobath. - Fica no Standing frame durante 30 minutos. 	<p>corporal, reações protetivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Extensão dos músculos intercostais, controlo motor, controlo da cabeça e tronco e fortalecimento muscular. - Facilitar a supinação do antebraço - Equilíbrio, fortalecimento dos abdominais, controle motor. - Alinhamento postural, benefícios da carga nos membros inferior; a criança suporta o seu próprio peso; manter simetrias; estabilização da cintura pélvica, anca, joelho e os pés; melhor controlo da cabeça; melhor funcionalidade das extremidades superiores; é ajustável ao tronco consoante o crescimento ou devido a alterações físicas da criança.
---	--

PRINCIPAL ALTERAÇÃO: paciente esteve na posição em pé com ajuda da terapeuta, com o suporte da bola de bobath por alguns segundos.

OBSERVAÇÕES:

Estado de humor da criança: bom humor.

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 18

Estado de humor do acompanhante: bom humor na parte do avô já a avó tem estado algumas vezes muito ansiosa e nota-se que nem sempre está bem-humorada, porque ela queria mesmo e que as terapias dessem rápidas melhoras.

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20) do avô 20, da avó 19

PROBLEMAS APRESENTADOS PELO ACOMPANHANTE: Nenhum problema por parte do avô, já a avó nota-se a ansiedade a ela. O que ela gostaria mesmo era de ver o neto a andar, correr mexer nas coisas, brincar.

FISIOTERAPIA**NOME:** Duarte Rato**IDADE:** 3 Anos**DIAGNOSTICO CLINICO:** Atrofia Muscular Espinhal do tipo II**DIAGNOSTICO TERAPEUTICO:** hipotonia, subluxação dos quadris dos membros inferiores.**CONTEXTO DA INTERVENÇÃO:** Ao domicílio.**FREQUENCIA DO ATENDIMENTO:** 3 sessões (1h) por semana

BREVE AVALIAÇÃO: Duarte é uma criança hipotonica, com redução do controlo de cabeça, controlo do tronco reduzido, apresenta encurtamento dos pronadores de antebraço, diminuição de força muscular global, redução das reações de equilíbrio e tem displasia da anca bilateral. Paciente apresenta boa cognição, percebe, aprende claramente as tarefas funcionais.

Quanto ao contexto familiar, ele é rodeado principalmente pelos Avôs maternos que têm sido muito atenciosos, carinhosos, quanto á evolução da intervenção da fisioterapia, as expectativas dos Avôs são elevadas, demonstram ansiedade relativamente aos resultados no âmbito da fisioterapia. O Duarte para além das intervenções ao domicílio ele faz também hidroterapia algo que ele não muito. A avó lamenta tanto pela patologia do neto, pelo facto de não poder passear com o seu neto pelo parque infantil para brincar, correr com outras crianças. O mesmo também tem tido problemas respiratórios. Os Avôs maternos ocupam-se plenamente aos cuidados da criança sem outra preocupação social, isso faz com que haja bom funcionamento e desenvolvimento familiar “ se a família não estiver bem em termos psicológicos também não há bom desenvolvimento da criança”. Actualmente os familiares receberam uma informação de que a patologia do paciente está estagnada, isso fez com que os familiares estejam com mas expectativas quanto a recuperação motora.

OBJETIVOS GERAIS:

- Melhorar o controle motor;
- Aumentar força muscular;
- Promover equilíbrio

OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: - Ganhar equilíbrio estático do tronco, contar os minutos que o paciente consegue sustentar o tronco.

- Rolar o tronco numa forma ativo-assistido dum lado ao outro e verificar o movimento ativo do paciente.

DESCRICAO DA INTERVENCAO: terapeuta iniciou a sessão de tratamento com a coaptação da anca estabilizando a pelve, em seguida o joelho segurando na parte distal do músculo quadríceps e a parte proximal do osso da tíbia e posteriormente segurando no pé e na parte distal do osso da tibia, unindo as extremidades articulares com um movimento moderado, em cada seguimento, fortalecimento de adutores; alongamento do músculo isquiotibial; treino funcional do rolar com o ponto-chave coxa- em RE; mobilização pélvica, extensão da cabeça e do tronco; treino das reações de equilíbrio e controlo do tronco; carga em membros superiores, associada a alongamentos em RE, de bíceps e flexores de punho e dedos, associada á propriocepção, coaptação articular e treino de extensão protetiva.

Paciente usa colete para estabilidade do tronco; banda neuromuscular para facilitar o alongamento dos pronadores e a supinação do antebraço; usa tala para facilitar a extensão dos membros inferiores exclusivo em contexto de Standing frame.

Fica no Standing frame para o alinhamento postural e para realização de carga nos membros inferiores. Rolar o tronco numa forma ativo-assistido dum lado ao outro e verificar o movimento ativo do paciente.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES:

- Equilíbrio estático; controlo do tronco quando fica sentado.
- Sentado sustenta a cabeça e o tronco durante 2 minutos, progredindo para 3 minutos.
- Rolamento ativo-assistido do tronco.
- Ganho de força muscular nos membros inferiores mantendo os joelhos fletidos sem apoio.

FISIOTERAPIA
<p>NOME: Madalena Arsénio</p> <p>IDADE: 3 anos</p> <p>DIAGNOSTICO CLINICO: Atrofia Muscular espinhaltipoII</p> <p>DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: hipotonia</p> <p>CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: Pediasuit cage</p> <p>FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 1sessao (2hs) por semana.</p>
<p>BREVE AVALIAÇÃO: paciente apresenta redução da força muscular, a nível dos membros superiores e inferiores, Realiza com dificuldade e deficit de amplitude os movimentos de flexo-extensão, elevação e abdução dos membros superiores, tem pouca mobilidade a nível da cintura pélvica. Com pouca amplitude de movimento, em termos de cognição esta muito bem porque é uma paciente que colabora com as sessões de fisioterapia, tem boa articulação das palavras. Tem movimentos ativos a nível dos membros superiores.</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS: retardar o progresso da doença e melhorar a função muscular residual do paciente e oferecer melhor qualidade de vida a paciente.</p>
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: melhorar a força muscular, melhorar a postura, equilíbrio, amplitude do movimento.</p>
<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: alongamentos globais, porque reduzem as tensões musculares, permitem que os movimentos sejam melhores, previne as lesões musculares, ativa a circulação sanguínea alem de prevenir as lesões melhora a flexibilidade. Fez-se dissociação de cintura para fortalecimento da musculatura e para melhorar a articulação. Fez-se também exercícios na técnica do pediasuit cage em que a paciente teve de fazer mudanças de postura em que tinha de fazer movimentos de sair na posição de joelhos para em pé, com o objetivo de fortalecimento da musculatura dos membros inferiores. Trabalhou-se também no trampolim com o objetivo de trabalhar a coordenação motora e o planeamento motor toda vez que a paciente saltava. Com um só pé conseguiu-se controlar o movimento, o salto maior aproxima as articulações e acaba por ter todos os benefícios da contração. E quando a paciente retorna do salto a energia sobe para as pernas, e essa energia que ativa a musculatura daquela região e o controlo motor. O treino da marcha na passadeira tem o benefício do alongamento ativo, controle motor, planeamento motor e também a coordenação motora.</p>

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES: a paciente conseguiu sair na posição de joelho para em pé com ajuda da terapeuta. A mesma teve uma grande colaboração para que houvesse essa alteração.

Apendice3: Fichas sobre accidente vascular cerebral

Registo dia:

IDENTIFICAÇÃO

NOME: João Pereira

IDADE: 33 anos

DIAGNOSTICO: AVC

PRESENTES NO TRATAMENTO: Namorada

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: melhorar a incapacidade, fazer com que paciente tenha a máxima independência possível na sua vida diária.

SESSAO DE TRATAMENTO: 1 vez por semana durante 2horas

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: equilíbrio, ganho de força muscular.

CONDUTA	OBJETIVO
Terapeuta iniciou o tratamento com alongamentos, onde fez – se mobilizações dos membros inferiores, membros superiores, cintura pélvica. Em seguida o paciente fez a terapia na técnica do pediasuit fez treino de chutar a bola, e por ultimo o jogo da wii. No pediasuit ligado ao elástico paciente faz treino de agachamento	Os objetivos dos alongamentos são para restaurar a amplitude do movimento normal na articulação envolvida e a mobilidade das partes moles, prevenir o encurtamento ou tensionamento irreversíveis dos grupos musculares, reduzir lesões de músculo e tendões. Com a bola o objetivo principal e fazer com que paciente ganhe melhor controle de movimento, estabilidade, transferência de carga e precisão de movimento. O objetivo da wii para o paciente e a orientação do movimento e distribuição da carga.

Principal Alteração: Paciente fez o chute da bola várias vezes, e conseguiu marcar vários golos com a baliza que a terapeuta montou, com o membro afetado

Observações:

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 20 grau

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADOS PELO ACOMPANHANTE: Nenhum problema

FISIOTERAPIA

NOME: João Pereira

IDADE: 33 anos

DIAGNOSTICO CLINICO: AVC hemorrágico

DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: Hemiparesia do lado esquerdo

CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: Cage - pediasuit

FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 1 sessão (2h) por semana.

BREVE AVALIAÇÃO: Paciente apresenta dificuldade na fala, alteração na marcha, hipotonia no membro superior afetado. Marcha claudicante, alteração na coordenação, apresenta clonus com característica de espasticidade.

OBJETIVOS GERAIS: melhorar o equilíbrio, a estabilização, melhorar a qualidade e velocidade dos movimentos para que paciente possa deambular com segurança, favorecer a atividade funcional, como recolher objetos do chão, calcar, obtenção da maior independência possível.

OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: ganho da força muscular a nível dos membros afetados, equilíbrio, planejamento motor e sensibilidade e a diminuição do tônus.

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: Tratamento teve início com alongamentos globais. O alongamento prepara o paciente para a terapia além de reduzir as tensões musculares, permite que os movimentos sejam melhores, previne as lesões musculares, ativa a circulação sanguínea além de prevenir as lesões melhora a flexibilidade. Em seguida fez-se dissociação de cintura para ativar a articulação para facilitar a marcha. Na passadeira faz-se treino de marcha e ao mesmo tempo treina-se o equilíbrio. Com o jogo da wii faz-se orientação de movimento e a distribuição da carga.

PINCIPAL ALTERAÇÃO: paciente durante os exercícios conseguiu chutar a bola várias vezes sem apresentar qualquer tipo de queixa.

Apendice:4 Fichas sobre doença rara

Registo do dia:11-2-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: G C

IDADE: 9 anos

DIAGNOSTICO: Doença rara

PRESENTES NO TRATAMENTO: Mãe

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: melhorar a capacidade vital e funcional respiratória, e a parte motora.

SESSAO DE TRATAMENTO: 2 sessões por semana durante 1 hora.

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: mobilizar as secreções para prevenção de infeções.

CONDUTA	OBJETIVO
Iniciou-se o tratamento com as manobras manuais de higiene brônquica, depois paciente foi colocado sobre o standing frame.	As manobras de higiene brônquica servem para ajudar a mobilizar e eliminar as secreções pulmonares, e melhorar a ventilação pulmonar, promover a reexpansão pulmonar, melhorar a oxigenação e trocas gasosas, diminuir o trabalho respiratório, diminuir o consumo de oxigénio, aumentar a mobilidade torácica, aumentar a força muscular respiratória, aumentar a endurace, reeducar a musculatura respiratória e promover a independência respiratória funcional. Paciente no standing frame consegue manter o alinhamento postural em pé, além de realizar a carga do corpo para os membros inferiores.

Principal Alteração: paciente caminhou com ajuda da terapeuta saindo do quarto até ao corredor da casa onde encontrava-se o standing frame.

OBSERVAÇÕES:

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 12 grau

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: nenhum problema

Registro do dia: 10-3-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: M

IDADE: 7 anos

DIAGNOSTICO: lesões cerebrais apos episódio de afogamento

PRESENTES NO TRATAMENTO: Mãe

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: melhorar a função respiratória, para prevenir infecções, e trabalhar mais a parte motora para fazer com que a paciente responda mais a estímulos.

SESSAO DE TRATAMENTO: 1 vez por semana, com duração de 1 hora.

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: retirada das secreções a nível do pulmão através das manobras de higiene brônquica.

Conduta	Objetivo
O início sessão da terapia foi feito com alongamentos, calor, manobras de higiene brônquica, treino postural.	Os alongamentos têm como objetivo prevenir lesões músculo tendinosas. Restaura e facilita o relaxamento muscular amplitude de movimento normal na articulação envolvida e a mobilidade das partes moles adjacentes a articulação envolvida, previne o encurtamento, tensionamento irreversível do grupo muscular, aumenta a amplitude de movimento da área a tratar. As manobras de higiene brônquica servem para ajudar a mobilizar e eliminar as secreções pulmonares, e melhorar a ventilação pulmonar, promover a reexpansão pulmonar, melhorar a oxigenação e trocas gasosas, diminuir o trabalho respiratório, diminuir o consumo de oxigênio, aumentar a mobilidade

	<p>torácica, aumentar a força muscular respiratória, aumentar a endurece, reeducar a musculatura respiratória e promover a independência respiratória funcional.</p> <p>O calor faz com que a paciente tenha uma melhor amplitude de movimento permitindo que a terapeuta faça melhor as mobilizações.</p> <p>Paciente sentada com o apoio da terapeuta alonga-se a musculatura do pescoço permitindo que a paciente faça rotação da cabeça. Os músculos que participam na rotação da cabeça e o esternocleidomastóideo.</p>
--	--

PRINCIPAL ALTERAÇÃO Paciente respondeu a estímulo feito pela terapeuta, e fez rotação cervical ativa posição de decúbito dorsal.

OBSERVAÇÕES:

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 15 grau

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: Nenhum

Registo do dia: 10-3-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: R C

IDADE: 3 anos

DIAGNOSTICO: Microcefalia

PRESENTES NO TRATAMENTO: Diretora da creche

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: Fazer com que a paciente ganhe autonomia para que possa ser mais independente possível.

SESSÃO DE TRATAMENTO: 1 sessão por semana durante 2 horas.

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: fazer com que paciente tenha equilíbrio e ande por si mesma sem apoio.

Conduta	Objetivo
<p>A terapeuta iniciou o tratamento com os alongamentos dos músculos adutores, isquiotibiais, eretores da espinha, e mobilizações. Fez se treino para a marcha com desenhos animados para estimular a paciente.</p> <p>Talas dinâmicas.</p> <p>O exercício da borboleta mantem a coluna ereta e alonga os adutores</p> <p>Treino de equilíbrio estático e dinâmico</p>	<p>Os alongamentos têm como objetivo prevenir lesões músculo tendinosas. Restaura e facilita o relaxamento muscular amplitude de movimento normal na articulação envolvida e a mobilidade das partes moles adjacentes a articulação envolvida, previne o encurtamento, tensionamento irreversível do grupo muscular, aumenta a amplitude de movimento da área a tratar.</p> <p>Quando a paciente esta em posição de sentada com os membros inferiores em extensão está a trabalhar os músculos Quadricípite, crural, Pectíneo, Pequeno Adutor Médio, Adutor Grande Adutor Recto Interno. E ao mesmo tempo estão a ser alongados a musculatura do tronco. Os eretores da espinha.</p>

	<p>Estimulo da marcha em que a terapeuta coloca um objeto sobre a mesa a frente da paciente e pede para paciente tirar o mesmo objeto numa distancia de 3 metros a paciente anda em direção ao objeto varias vezes com isso faz se o treino de marcha, coordenação motora, planejamento motor, equilíbrio, postura.</p> <p>As talas ajudam a fazer com que a paciente se mantenha em pé, e a fazer a dorsiflexão, impede a flexão plantar e facilita a marcha.</p>
--	--

PRINCIPAL ALTERAÇÃO: paciente conseguiu andar sozinha sem apoio por alguns segundos.

OBSERVAÇÕES:

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 18 grau de colaboração

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: nenhum problema

Registro do dia: 10-3-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: G R

IDADE: 5 anos

DIAGNOSTICO: Atraso no desenvolvimento global sem causa definida

PRESENTES NO TRATAMENTO: Mãe

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: fazer com que o paciente desenvolva a parte motora para que seja capaz de controlar seu próprio corpo, garantir a sua independência e contribuir para que tenha um bom conceito de si mesmo.

ESSAO DE TRATAMENTO: 3 sessões por semana durante 1h.

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: melhorar o alinhamento postural do paciente, equilíbrio e a coordenação motora.

Conduta	Objetivo
Terapeuta da início ao tratamento com a técnica do Pediasuit. Paciente na técnica e ao mesmo tempo na passadeira faz treino de marcha, depois fez treino de mudanças posturais em que o paciente tinha de baixar e se levantar a vezes para tirar o objeto do chão e colocar no cesto que estava pendurado no teto da grade.	O fato da técnica do pediasuit ajuda o paciente a equilibrar se e a manter o alinhamento postural. Com os brinquedos o paciente tem de sair na posição de joelhos para em pé Neste exercício o paciente faz treino de dissociação de cintura, planejamento motor. Treino funcional de mudanças posturais. Na passadeira treina a marcha, coordenação motora, equilíbrio e propriocepcao.

Principal alteração: paciente fez treino de marcha na passadeira sem ajuda da terapeuta por alguns segundos.

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 15 grau de colaboração

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: nenhum problema apresentado

Registo do dia: 17-3-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: R R

IDADE: 7 anos

DIAGNOSTICO: Atraso global no desenvolvimento sem causa definida, com características de perturbação do espectro do autismo.

PRESENTES NO TRATAMENTO: os pais

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: alterar ou seja qualquer problema a nível dos movimentos que cause limitações funcionais. Ganho de Habilidades motoras como sentar-se, levantar-se, caminhar, saltar. Equilíbrio e a parte sensorial.

SESSAO DE TRATAMENTO: 1 sessão por semana

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: fazer com que paciente interaja com o meio que o rodeia, ganhe novas habilidades.

Conduta	Objetivo
Terapeuta coloca paciente para fazer a terapia na técnica do pediasuit. No trampolim terapeuta faz com que o paciente sobe e desce, como se fosse a subir e descer de um degrau. Na bola de bobath o paciente e colocado na posição de sentado e a terapeuta faz movimentos de saltar na mesma posição em que paciente encontra-se. Paciente no pedia suit, a terapeuta balança os elásticos para treino de coordenação motora, equilíbrio e mudança de carga de um membro para o outro e integração sensorial.	Paciente sentado na bola de bobath esta a manter o tronco reto, joelhos em angulo reto. Faz fortalecimento dos reto abdominais também servem para planeamento motor. Esses exercícios são importantes para planeamento motor porque paciente tem de pensar o que fazer. No trampolim paciente melhora o desenvolvimento da coordenação, da capacidade de reação e velocidade, aumento da resistência muscular.

Principal alteração: houve entrega por parte do paciente com relação a terapia.

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 15 grau de colaboração

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: nenhum problema apresentado

Principal alteração: paciente fez treino de marcha na passadeira sem ajuda da terapeuta por alguns segundos.

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 15 grau de colaboração

Estado do humor do acompanhante: bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: nenhum problema apresentado

Ficha do dia:

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Dinis Rosa

IDADE: 5anos

DIAGNOSTICO: Leuco encefalopatia com calcificações e quistos cerebrais

PRESENTES NO TRATAMENTO:

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: Alcançar um grau maior de autonomia e funcionalidade.

SESSAO DE TRATAMENTO: 3 sessões por semana com duração de 1h.

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: diminuição de tremor e ganho da coordenação motora.

Conduta	Objetivo
<p>Terapeuta iniciou a terapia com jogos da quebra cabeça, do puzzle.</p> <p>Paciente fez terapia nas caixas, em que a terapeuta coloca duas caixas de uma ponta a outra com uma tabua por cima ligada as duas caixas.</p> <p>Paciente usa talas dinâmicas articuladas em tibiotársicas.</p> <p>Exercícios com a bola de bobath.</p>	<p>Jogos, do quebra cabeça, nesse exercício o paciente esforça-se para executar as jogadas procurando colocar as pecas nos seus respetivos lugares. Com esse objetivo pretende-se treinar a motricidade, melhoria nos movimentos e equilíbrio, estímulo na atividade cerebral e aumento da capacidade de concentração e coordenação motora, planeamento motor, precisão de movimento e motricidade.</p> <p>Com as talas pretende – se manter a articulação do tornozelo na posição funcional, controla a motricidade, aprimora a independência, qualidade da marcha, equilíbrio e tónus musculares.</p> <p>Quando o paciente faz exercícios das caixas esta a treinar equilíbrio, orientação do movimento, coordenação motora.</p>

	No exercício na bola de bobath paciente treina a musculatura abdominal para fortalecer e melhorar a postura e o equilíbrio.
--	---

PRINCIPAL ALTERAÇÃO: Paciente abriu a porta do armário com a chave sem a ajuda da terapeuta.

OBSERVAÇÕES:

Estado de humor da criança: bom estado de humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 18 grau

Estado de humor do acompanhante:

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante:

PROBLEMAS APRESENTADOS PELO ACOMPANHANTE:

Registo do dia: 17-3-2014

IDENTIFICAÇÃO

NOME: Francisco Goes

IDADE: 5anos

DIAGNOSTICO: Atraso global do desenvolvimento sem causa definida

PRESENTES NO TRATAMENTO: Mãe

OBJETIVO DA FISIOTERAPIA: fazer com que paciente tenha qualidade de vida.

SESSAO DE TRATAMENTO: 3 sessões por semana

OBJETIVO PRINCIPAL DO TRATAMENTO: retirar as secreções do pulmão através da manobra de higiene brônquica.

CONDUTA	OBJETIVO
Alongamentos, mobilizações, co- contração. Paciente sobre o solo em decúbito dorsal a terapeuta coloca um objeto com luz e som bem próximo da cabeça do paciente para estímulo. Manobras manuais de higiene brônquica.	Os alongamentos têm como objetivo ativar a articulação e fortalecer a musculatura. Mobilizações são feitas com objetivo do paciente Faz- se a co- contração com objetivo de Quando a terapeuta usou o brinquedo com as luzes e o som serviu para paciente explorar a coordenação visual, espacial, em que o paciente terá de acompanhar com os olhos o espaço por onde o ponto luminoso ira passar. Com isso paciente acaba trabalhando a musculatura da cabeça que e o esternocleidomastóideo que e responsável pela flexão, inclinação e rotação da cabeça. As manobras de vibração manual o

	<p>objetivo e o desprendimento e a mobilização de secreções. Favorece o desprendimento das secreções desde o segmento bronco pulmonar distais até os grandes brônquios, para uma melhor expulsão, promovendo a limpeza das vias aéreas respiratórias e melhora da troca gasosa, além de prevenir e minimizar complicações decorrentes.</p> <p>Vendo-se no espelho o paciente constrói em esquema seu esquema corporal, usando sua própria referência.</p> <p>Colete flexcorp Quando a terapeuta coloca o colete ao paciente e para retificação postural, controle cervical, melhor execução de movimento e alinhamento postural.</p>
--	--

OBSERVAÇÕES:

Estado de humor da criança: bom humor

Avaliação do grau de colaboração da criança (0-20): 12 grau de colaboração

Estado de humor do acompanhante: Bom humor

Avaliação do grau de colaboração do acompanhante (0-20): 20 grau de colaboração

PROBLEMAS APRESENTADO PELO ACOMPANHANTE: nenhum problema

FISIOTERAPIA
<p>NOME: Gonçalo Cardoso</p> <p>IDADE: 9 anos</p> <p>DIAGNOSTICO CLINICO: tetrassomia do braço curto do cromossomo 7</p> <p>DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: Displasia do membro inferior direito.</p> <p>CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: Ao domicílio</p> <p>FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 2 sessões (1h) por semana.</p>
BREVE AVALIAÇÃO: paciente
OBJETIVOS GERAIS: fazer com que paciente ganhe força muscular a nível dos membros inferiores e equilíbrio, ganhe sensibilidade proprioceptiva.
OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: melhora da sensibilidade proprioceptiva, ganho da força muscular a nível dos membros inferiores, melhora da postura.
DESCRICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: Mobilizações, alongamentos alongamento prepara o paciente para a terapia além de reduzir as tensões musculares, permite que os movimentos sejam melhores, previne as lesões musculares, ativa a circulação sanguínea ale de prevenir as lesões melhora a flexibilidade. E manobras de higiene brônquica para prevenção de futuras infeções.
PINCIPAL ALTERAÇÃO: paciente saiu na posição de sentado para em pé sem ajuda da terapeuta apenas com estímulo. Em que a terapeuta dava um toque de leve ao paciente e dizia para ele se por em pé o paciente demorou a se colocar em pé mais depois de alguns minutos colocou-se em Pé.

FISIOTERAPIA
NOME: Guilherme Ribeiro
IDADE: 6 anos
DIAGNOSTICO CLINICO: atraso no desenvolvimento global sem causa definida.
DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: Dificuldade na marcha, atraso na linguagem ou seja fala com dificuldade.
CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: Clinica love 4 kids.
FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 3 sessões (1h) por semana.
BREVE AVALIAÇÃO: apresenta dificuldade na fala, alteração na coordenação motora, não tem equilíbrio, dificuldade na marcha, não apresenta problemas visuais e nem na audição.
OBJETIVOS GERAIS: fazer com que paciente tenha qualidade de vida, seja independente, tenha uma marcha normal e auto confiança.
OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: Melhora da marcha, melhora do equilíbrio, melhora da postura, propriocepção.
DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: deu-se inicio ao tratamento com treino de marcha na passadeira com o paciente ligado aos elásticos da técnica do pedia suit. Só o facto de o paciente estar ligado aos elásticos da técnica do pedia suit esta a trabalhar toda a musculatura em especial a dos membros inferiores. Coordenação motora, propriocepção. A terapeuta terminou a sessão do tratamento com alongamentos porque os alongamentos reduzem as tensões musculares, permitem que os movimentos sejam melhores, previne as lesões musculares, ativa a circulação sanguínea além de prevenir as lesões melhora a flexibilidade.
PINCIPAL ALTERAÇÃO: paciente fez treino de marcha na passadeira, e conseguiu andar sem ajuda da terapeuta por alguns segundos.

FISIOTERAPIA
<p>NOME: R C</p> <p>IDADE: 2Anos e 20 meses</p> <p>DIAGNÓSTICO CLÍNICO: Atraso global do desenvolvimento sem causa definida, com microcefalia.</p> <p>DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO: cifose, joelho em flexão, andar de bailarina tónus aumentado.</p> <p>CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: A terapia foi feita na creche.</p> <p>FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 1 sessão (2hs) por semana.</p>
<p>BREVE AVALIAÇÃO: Paciente apresenta marcha equina, tem coordenação motora, não tem segurança, joelhos em flexão, não tem alinhamento postural, cifose. Apresenta pouca amplitude de movimento, se locomove a engatinhar por falta de equilíbrio, a presença de tónus muscular aumentado, interage bem com as outras crianças do infantário, faz uso de talas, em termos de funcionalidade tem respondido bem ao estímulo da marcha.</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS: fazer com que paciente tenha qualidade de vida, melhoramento da marcha e postura.</p>
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: alinhamento postural, equilíbrio, coordenação motora, flexibilidade a nível da cintura pélvica, marcha.</p>
<p>DESCRICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: inicia-se o tratamento com alongamento para prevenir lesões, preparar a musculatura, aumentar a flexibilidade além de aprimorar a mobilidade. Em seguida terapeuta sentada colocou a paciente em seu colo pediu que a mesma fizesse mudança de postura em que a paciente tinha de se levantar varias vezes com o objetivo de fortalecer os músculos extensores da cadeia posterior.</p>
<p>PRINCIPAIS ALTERAÇÕES: paciente tem conseguido caminhar sem ajuda por alguns minutos durante o treino de marcha em que a terapeuta da estímulo e faz com que a paciente ande sem ajuda. E ela tem conseguido algumas vezes. A nível de flexão articular tem apresentado melhorias.</p>

FISIOTERAPIA
<p>NOME: D R</p> <p>IDADE: 6 anos</p> <p>DIAGNÓSTICO CLINICO: Leuconcefalopatia com calcificações e quistos cerebrais e síndrome de coats bilateral.</p> <p>DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: Tremores, hiperextensão do joelho, alteração</p> <p>CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: E feito no jardim da infância.</p> <p>FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 3 sessões (1h) semana.</p>
<p>BREVE AVALIAÇÃO: paciente apresenta tremores, demonstra a falta de equilíbrio, hiperextensão do joelho, motricidade diminuída, tônus muscular aumentado. Tem alteração na marcha, fala bem, ouve bem, tem coordenação motora, tem sensibilidade, alteração na motricidade fina, tem problemas de visão.</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS: minimizar os temores, melhorar a marcha, fazer com que o paciente tenha qualidade de vida diária.</p>
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: melhorar a coordenação motora, motricidade fina, minimizar os tremores.</p>
<p>DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO: terapeuta deu início ao tratamento com o jogo da quebra cabeça em que o paciente tem de montar as peças em seus respectivos lugares, com esse objectivo trabalhou-se o panejamento motor, precisão do movimento, coordenação motora e motricidade.</p>
<p>PRINCIPAL ALTERAÇÃO: paciente conseguiu varias vezes montar os jogo da puzzles com êxitos. E abriu a porta do armário com uma chave sem ajuda da terapeuta.</p>

FISIOTERAPIA
<p>NOME: R.R IDADE: 7 anos DIAGNOSTICO CLINICO: Atraso global do desenvolvimento sem causa definida, com características das Perturbações do Espectro do Autismo DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: pediasuit FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 2 sessões (1h) por semana.</p>
<p>BREVE AVALIAÇÃO: paciente apresenta bases alargadas, alteração da postura, tem dificuldades em sair do chão para posição em pé. Não fala, tem dificuldade na marcha porque é anteriorizado, apresenta também dificuldades na coordenação motora, tem alteração na sensibilidade.</p>
<p>OBJETIVOS GERAIS: melhorar a auto confiança, a marcha, equilíbrio, propriocepção.</p>
<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: melhoria da propriocepção, da sensibilidade, coordenação motora, alinhamento postural e a marcha.</p>
<p>DESCRICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: A terapia no pedia suit cage serviu para melhorar a coordenação motora, ganho de equilíbrio, mudança de carga de uma perna para outra. Com a bola de bobath fez-se treinos dos músculos abdominais para fortalecimento. Trabalhou-se também no degrau para melhorar a marcha, equilíbrio e a coordenação motora.</p>
<p>PRINCIPAL ALTERAÇÃO: ganho de confiança da terapeuta</p>

FISIOTERAPIA
NOME: F G
IDADE: 5 anos
DIAGNOSTICO CLINICO: Atraso global no desenvolvimento sem causa definida
DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: hipotonia muscular
CONTEXTO DA INTERVENÇÃO: Ao domicílio
FREQUENCIA DO ATENDIMENTO: 3sessoes (1h) por semana.
BREVE AVALIAÇÃO: paciente hipotónico, apresenta dificuldade na coordenação motora, Apresenta fraqueza muscular a nível global. Os membros superiores estão sempre em pronação, a nível dos membros inferiores apresenta deformação, não tem controlo motor, apresenta problemas respiratórios, não fala, em termos de visão não se sabe ate que ponto o paciente vê, em termos de audição houve bem.
OBJETIVOS GERAIS: retardar a doença e melhorar a função muscular residual do paciente e oferecer melhor qualidade de vida ao paciente.
OBJETIVOS ESPECIFICOS MENSURAVEIS: melhorar a força muscular global, sensibilidade, coordenação motora, propriocepcao.
DESCRICAÇÃO DA INTERVENÇÃO: São realizadas manobras de mobilização das secreções, higiene brônquica e aspiração de vias aéreas; técnicas de fortalecimento da musculatura respiratória; alongamentos e fortalecimento global; correção postural.
PRINCIPAIS ALTERAÇÕES: paciente apresentou melhorias da parte respiratória porque no princípio, o paciente engasgava-se muito não tinha força muscular suficiente para tossir e retirar toda a secreção que havia nos pulmões. Mais conforme foi fazendo as manobras e fortalecimento da musculatura abdominal foi ganhando mais força. Paciente respondeu ao estímulo em que a terapeuta colocou um brinquedo com som e luz e ele seguiu o som conforme a terapeuta foi passando ao lado da cabeça e isso fez com que o paciente rolasse.

Apêndice 5: Questionários aspetos psicossociais

Questionário

1-Quais foram os primeiros sinais da doença

R:Os primeiros sinais da doença manifestaram-se aos 9 meses de idade incapacidade para se manter sentado durante largos minutos, incapacidade para se por em pé

2-quem lhe transmitiu a doença? Como e que foi transmitido?

R: foi o neurologista que transmitiu o diagnóstico, depois de feito um exame genético foi transmitido sem rodeios e direitos ao assunto.

3- Como viveu os primeiros dias depois do diagnóstico? Quais foram as suas primeiras preocupações?

R: Alguns dos sentimentos foram: angustia tristeza, impotência, ansiedade, revolta, um turbilhão de sentimentos negativos. Maior preocupação passa pela incerteza em relação ao futuro e qualidade de vida D.

4- O que mudou na vida depois de alterar que o seu filho tinha esta doença?

R: Tudo. Os nossos hábitos alteram por completo o simples tomar banho e refeições são desafios diários os obstáculos físicos para qualquer sitio onde vamos não contribuem para o bem-estar do D.

5-O que, ou quem e a (o) ajudou a viver menos mal nos dias depois de saber que o seu filho tinha esta doença?

R: A família e amigos em primeiro, depois os terapeutas e instituições que ajudam no dia.

Por favor pense na fase em que o seu filho foi diagnosticado

6- No momento atual como se sente (em relação a doença do seu filho)?

R: continuo ansioso sobre como vamos lidar com tudo o que venha a acontecer no futuro. A ansiedade e difícil de controlar, mas temos de lutar diariamente para proporcionarmos ao D uma vida mais normal e feliz possível.

7- Momento atual o que e que o faz sentir- se pior

R: a incapacidade para poder fazer mais pelo meu filho acreditamos e dá-nos paz saber que estamos a fazer o que esta ao nosso alcance. Mas como pais isso nunca e o suficiente.

8-No momento atual o que considera ser mais grave/ mais negativo da doença?

R: O mais grave/ negativo e ter uma criança com capacidade total cognitiva, presa num corpo que não lhe obedece, dificuldades respiratórias neste momento bem como lesões estruturais são frequentes.

9-No momento atual o que e que faz para sentir mais tranquila (o)?

R: o facto do D, felizmente ser uma criança que cognitivamente esta muito bem, isto permite esperar mais e melhor contudo aumenta o nível de frustração.

10-No momento atual quem o ajuda? Como e feita essa ajuda?

R: Somos acompanhados por uma equipa interdisciplinar (Neurologista, Fisiatra, Pneumologista e Pediatra- equipa hospital dona Estefânia). Fisioterapeutas da liga A L e pessoal acompanhado em casa). Ajudas técnicas adquiridas e alugadas.

11-No momento atual o que e que pensa sobre o tratamento do seu filho?

R: Acredito estar a ser feito o que pose ser feito.

Apêndice 6: Fichas de aprendizagem

ESTÁGIO – FICHA DE DESENVOLVIMENTO TEMÁTICO

Nº 1

DATA: 10-1-2014 TEMA: Neuro plasticidade

A neuroplasticidade dentre suas muitas definições pode ser a capacidade de adaptação do sistema nervoso, especialmente a dos neurônios, às mudanças nas condições do ambiente que ocorrem diariamente na vida dos indivíduos. Esta reorganização neural é um objectivo preliminar da recuperação neural para facilitar a recuperação da função e pode ser influenciada pela experiência, comportamento, prática de tarefas e em resposta a lesões cerebrais (Borela et al Sacchelli 2008).

Relação entre fisioterapia e neuroplasticidade: a fisioterapia com os seus objectivos tem contribuído na reaprendizagem motora, e com um papel essencial no processo de reorganização neural que se reflecte no aumento das capacidades funcionais de pessoas com lesão ao nível do sistema nervoso central. Pequenas variações do input, repetições dos movimentos, motivação e administração de feedback têm um papel indispensável na reaprendizagem motora. Estes estímulos externos fornecidos pelos fisioterapeutas estão presentes nas estratégias de reaprendizagem motora referidas, pois representam um papel importante na evolução das habilidades motoras (Fernandes 2012).

O que é tónus Muscular: e a resistência de um músculo à distensão é comumente referida como seu tonos ou tono. Tonos refere-se a firmeza à palpação e está presente tanto em repouso quanto em movimento. Pode ser dividido em espático, hipertónico, hipotónico, flácido, distónico e coreico (Mura et al Silva 2007).

Tipos de tónus muscular: hipotonia e a flacidez são termos usados para definir tónus muscular diminuído ou ausente. A resistência ao movimento passivo está diminuída, aos reflexos de estiramento estão deprimidos ou ausentes e os membros são facilmente movidos.

Distonia: é um distúrbio de movimento hiperkinético caracterizado por tónus alterado e movimentos involuntários envolvendo grandes porções do corpo. Os movimentos são similares aos movimentos atetoides com torções e enrolamento típicos (O’Sullivan et al Schmitz 2010).

Hipertonia: consiste num aumento anormal do tónus muscular e da redução da sua capacidade de estiramento (aumento da rigidez). É geralmente acompanhada de espasticidade aumentada (O’Sullivan et al Schmitz 2010).

As intervenções terapêuticas são de bastante importância para que a pessoa afectada por este tipo de enfermidade consiga normalizar ou pelo menos minimizar as suas posturas em termos musculares e ao mesmo tempo facilitar a sua movimentação.

A hipertonia afecta pessoas que sofreram paralisia cerebral, danos à coluna vertebral ou que estejam em coma.

Caracterização da espasticidade

Como características principais da espasticidade, existe um aumento no reflexo de estiramento, postura anormal, padrões de movimento em massa, co-contracção muscular inadequada, incapacidade de fragmentar padrões de movimento e de desempenhar um movimento isoladamente. Também estão presentes reflexos exteroceptivos exagerados dos membros, produzindo a retirada em flexão, além de espasmos extensores e sinal de Babinski (Santos 2010).

3.3 Caracterização do desenvolvimento motor normal, com as actividades motoras esperadas para cada idade:

3º Mês

A um interesse evidente pelo meio. Olha as mãos, concentra a atenção sobre um objecto colocado perto, numa perpendicular ao plano do rosto. Segura a cabeça, quando tracionado para a posição de sentado. Em posição ventral eleva a cabeça facilmente. O plano do rosto relativamente a cama atinge um ângulo de 45° e 90°. Vira a cabeça para o som produzido ao nível do pavilhão. Segue objectos, ate um ângulo de 180°. Vocaliza em resposta a voz da mãe (primeiros consoantes – m,q,g,p,b). Começa a agitar-se globalmente: movimentos dos braços e membros inferiores associados a manifestações de alegria ou desespero (choro). Procura os rostos e parece apreciar a companhia dos outros (Palminha et al Carrilho 2003).

Começa a haver um sentido de organização entre o lactente e a sua mãe ou de quem o rodeia. Parece haver um manifesto desejo relativamente a repetição de certos gestos, as manipulações com o mesmo ritmo, etc. o constante repetir para além de lhe permitir um melhor conhecimento, parece manifestar uma maior segurança (Palminha et al Carrilho 2003).

6º Mês

Começa a apoiar-se sobre as mãos e não sobre os cotovelos, como ate então. Começa a sentar-se com o mínimo de apoio, emite outros sons: ba, da, ca. Vira a cabeça para os sons produzidos

abaixo da orelha. Agarra um objeto com a palma da mão. Mais tarde, passa-o de uma mão para outra. Começa uma nova fase exploratória: pode agarrar os pés observa-los, leva-los a boca (Palminha et al Carrilho 2003).

Com seis meses, a criança quase acha tudo engraçado dando gargalhadas, já pode pegar objectos e com isso se distrai quando a mãe se ausenta embora fique magoado ao ver-se sozinha (Lopes et al Nascimento 2010).

Prosseguem assim o conhecimento do corpo. Cada vez mais sensível, a voz humana, a entoação a brusquidão, a canção. Pode deixar de chorar ouvindo a telefonia. Pode começar a dar atenção a própria voz e acompanha-a com movimentos de braços e pernas (Palminha et al Carrilho 2003).

12º Mês

As crianças aos 12 meses já compreende grande número de palavras, escuta com atenção aquilo que não corresponde, usa palavras próprias no interno de se comunicar com os que o rodeiam (Lopes et al Nascimento 2010).

Primeiras tentativas para andar, ajudando por um adulto. Lança objectos deliberadamente para o chão. Aceita dar um boneco ao examinador. Gosta de por objectos um sobre o outro e de introduzir e de retirar. Aumenta progressivamente a sua capacidade de manipulação fina. Da atenção a cantigas. Olha a imagem de um livro. Diz uma a duas palavras: mama papa, com. Começa a compreender o sentido das frases (Palminha et al Carrilho 2003).

2 Anos

Reúne duas ou três palavras, repete. Desce e sobe escadas sozinhas, pondo os dois pés sobre um degrau. Corre depressa, pontapeia bem uma bola, salta a pés juntos. Constrói torres de 6 cubos, coloca 3 ou 4 peças de um «puzzle». Começa a saber vestir-se. Faz traços verticais, controlo do esfíncter, anal e do vesical durante o dia aos 2,5 anos já quer baixar as calças para fazer as suas necessidades e sentar-se no bacio, sem apoio (Palminha et al, Carrilho 2003)

5 Anos

Melhora a agilidade e equilíbrio, corre e chuta a bola. Sobe escadas a correr. Usa a faca e o garfo. Conhece algumas moedas. Faz a cópia de figuras geométricas simples. Sabe contar até 15 habitualmente (Palminha et al, Carrilho 2003)

3.2.1 ESTAGIO – FICHA DE DESENVOLVIMENTO TEMATICO

Nº 2

DATA: 15-1-2014

TEMA: Fases da marcha

Caracterização da marcha: a marcha caracteriza-se pela performance repetitiva dos membros inferiores que avançam o corpo ao longo de uma linha de progressão, mantendo uma postura estável de sustentação de peso corporal; mobilização articular, acção muscular selectiva, forças contínuas de reacção do solo, movimentos associados dos membros inferiores, superiores, tronco, cabeça e olhos, suaves oscilações do centro de gravidade (Ottoboni et al, Fontes 2006).

FASES DA MARCHA:

Fase 1: Contacto inicial

Nesta fase, o quadril esta flectido e um dos membros esta com o joelho estendido e o tornozelo dorsifletido em neutro. O contacto com o solo e realizado pelo calcanhar. O outro membro esta no final do apoio terminal. objetivo desta fase e posicionar o membro para iniciar o apoio com o rolamento com o calcanhar (PERRY 2005).

Fase 2: resposta a carga.

Intervalo: 0% - 10% do CM Este e o período de duplo apoio inicial. A fase começa com o contacto inicial com o solo e continua ate que o outro pé eleve-se para o balanço.

Objectivos: absorção do choque, estabilidade, estabilidade para recessão de peso, preservação da progressão (Perry, 2005).

Fase3: Apoio Médio

Intervalo: 10% -30% do CM

Esta e a primeira metade do intervalo do apoio simples. Ela inicia-se quando o outro pé elevado e contínua ate que o peso do corpo seja alinhado sobre o ante pé. Objectivos: progressão sobre o pé estacionado, estabilidade do tronco e do membro. Fase 4: apoio terminal Intervalo: 30% - 50% do CM Essa fase completa o apoio simples. Ela começa com a elevação do calcanhar e

continua até que o outro pé toque o solo. Durante toda essa fase o peso do corpo desloca-se para frente sobre o ante pé. objetivo: progressão do corpo a um pé de sustentação (Perry 2005).

Fase 5: pré balanço

O contacto com o solo por um dos membros da início ao duplo apoio terminal. O responde como aumento da flexão plantar do tornozelo, maior flexão do joelho e perda da extensão do quadril. O outro membro está na posição de carga. O objectivo desta fase e posicionar o membro para o balanço (Arantes 2010).

Fase 6: balanço inicial

Intervalo: 60% -73% do CM

Essa primeira fase e aproximadamente um terço do período ela começa com a elevação do pé do solo e termina quando o pé de balanço esta oposto ao pé de apoio.

Objetivos: liberação do pé do solo, avançar o membro partir de sua posição de queda

Fase7: balanço médio (Perry 2005).

Avanço do membro anterior a linha do peso do corpo e obtido por uma flexão adicional do quadril. O joelho estende em resposta a gravidade, enquanto o tornozelo continua dorsifletindo em neutro. O outro membro esta no final do apoio. Os objectivos são: avanço do membro e a liberação do pé do solo (Arantes 2010).

Fase 8: balanço terminal

Intervalo: 87% - 100% do CM

Essa fase final do balanço inicia-se com a tíbia vertical e termina quando o pé toca o solo. O avanço do membro e completado enquanto a perna (tíbia) desloca-se para frente da coxa.

Objectivos: completar o avanço do membro, preparar o membro para o apoio (Perry 2005).

3.3.2 O que se pode ser verificado numa avaliação postural?

Numa avaliação postural pode ser verificado a inclinação e/ou rotação da cabeça, a simetria ou elevação dos ombros, a simetria ou assimetria do triângulo de Tales, o alinhamento ou rotação do tronco, o alinhamento ou elevação das espinhas ilíacas ântero-superiores, o alinhamento ou rotação das coxas e a presença de geno valgo ou geno varo (Mighelli et al, Abilio 2009).

Quais principais alterações que se pode verificar a nível de tronco, cabeça, membro?

Tronco: rectificação cervical, hipercifose torácica, híper lordose lombar, escoliose (Silva et al, Silva 2010).

Cabeça: anteriorizacão, inclinação lateral a direita, inclinação lateral a esquerda, protusão.

Membro superior: elevação do ombro a esquerda, elevação do ombro a direita, protusão do ombro.

Membro inferior: joelhos hiperestendido, joelho vago, joelho valgo, pé plano, pé cavo

Quais os principais grupos musculares responsáveis por:

Flexão do tronco: reto abdominais, oblíquo externo, eretores da espinha interno.

Extensão de tronco: musculo oblíquo interno do abdome, músculo iliocostal do lombo, parte torácica, músculo longuíssimo do tórax

Inclinação Lateral do tronco: musculo reto do abdome, músculo oblíquo externo do abdome, músculo oblíquo interno do abdome. **Estabilização pélvica:** músculo transverso do abdome, musculo oblíquo interno, e o músculo oblíquo externo

Flexão do cotovelo: musculo peitoral maior, músculo deltoide parte clavicular, músculo coracobraquial, músculo infra espinhal

Extensão do cotovelo: músculo latíssimo do dorso, musculo tríceps braquial cabeça longa, músculo redondo maior, músculo deltoide, parte espinhal, músculo subescapular

Pronação do antebraço: músculo pronador redondo, músculo pronador redondo, músculo pronador quadrado, músculo flexor radial do carpo, músculo palmar longo e extensor radial do carpo.

Supinação do antebraço: musculo bíceps, músculo supinador, músculo abductor longo, músculo extensor curto do polegar e o extensor próprio do indicador.

Flexão da coxa: musculo reto femoral, musculo glúteo medio, músculo tensor da fáscia lata, músculos adutores.

Flexão da perna: musculo bíceps femoral, musculo semi tendineo, músculo semi membranáceo, músculo grácil, músculo quadríceps femoral, músculo glúteo máximo, músculo tensor da fáscia lata.

Dorsiflexao do pé: musculo tibial anterior, musculo, músculos extensores longos dos dedos, e o músculo peronial.

Flexão plantar: musculo fíbular longo, musculo flexor longo do hálux, e o músculo fíbular curto.

ESTÁGIO - FICHA DE DESENVOLVIMENTO TEMÁTICO

Nº 3

DATA: 18 -2-2014

TEMA: Principais elementos que devem constar numa avaliação

Defina os principais elementos que devem conter numa avaliação para que sejam estabelecidos os objetivos.

Coordenação: refere-se a qualquer a habilidade de integrar em padrões eficientes de movimento, sistema motores separados com modalidades sensoriais variadas, sendo que quanto mais complexas as tarefas motoras, maior o nível de coordenação necessário para um desempenho eficiente (Ribeiro2009).

Equilíbrio: o equilíbrio ou controle postural e o processo onde o sistema nervoso central gera padrões de atividades musculares necessárias para coordenada a relação entre o centro de massa corporal e a base de suporte (Toniolli 2012).

Postura: A postura é uma posição ou atitude do corpo, formada por meio de arranjo relativo de suas partes para uma atividade específica, ou ainda uma maneira individual de sustentação orientada em função da força de gravidade (Mouraet al Fonseca 2007).

Marcha: A marcha pode ser descrita como uma progressão translacional do corpo como um todo, produzida por movimentos rotatórios de segmentos corporais coordenados. A marcha normal e rítmica e e caracterizada pela alternância entre os movimentos propulsivos das extremidades inferiores (Sousa 2010).

Sensibilidade: Sentido de movimento e de posição dos diferentes segmentos corporais. Esta integrada pelos diferentes meios, pelos quais o indivíduo conhece a posição de seus segmentos corporais e suas relações recíprocas com a gravidade.

Amplitude de movimento: a quantidade de um movimento de uma articulação e denominada amplitude de movimento. A amplitude de movimento que uma articulação consegue realizar constitui uma função morfológica, não só da articulação mais também da capsula e dos ligamentos assim, como os músculos ou tendões que atravessam essa mesma articulação (Veiga 2006).

Força muscular: a força muscular pode ser definida como a quantidade máxima de força que um músculo ou grupo muscular pode gerar em um padrão específico de movimento realizado em dada velocidade. Nas últimas décadas ela passou a ser considerada um componente fundamental da aptidão física voltada para a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos, fazendo parte da maioria dos programas de treinamento físico com vista a saúde (Sullivan et al, Schmitz 2010).

Desenvolvimento motor: o desenvolvimento motor é considerado como um processo sequencial contínuo e relacionado a idade cronológica, pelo qual o ser humano adquire uma enorme quantidade de habilidades motoras, as quais progredem de movimentos simples e desorganizados para a execução de habilidades motoras altamente organizadas e complexas (Wilrich et al, Azevedo 2008).

Motivação: é o resultado da interação do indivíduo com a situação, podendo ser definida como “o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta (Soler et al, Paula 2008).

Suporte familiar: Segundo Campos (2004), o principal efeito do suporte familiar se dá na medida em que o indivíduo percebe esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado e ainda, participando de uma rede de informações que são com ele partilhadas. É esse suporte que vai ajudar o indivíduo a enfrentar as adversidades do ambiente, trazendo consequências positivas para o seu bem-estar, reduzindo o estresse. A percepção e o recebimento de suporte, pelas pessoas, são fontes fundamentais na manutenção da saúde mental, no enfrentamento de situações estressantes e no alívio dos estresses físico e psíquico (Sousa et al, Baptista 2008).

Avaliação respiratória: A avaliação respiratória segue a linha de uma anamnese, ou seja, ela deve seguir os passos de uma avaliação clínica que consta na identificação do paciente, queixa

principal, história da doença atual, história patológica progressiva, história social, história família, exame físico e, quando necessário, exames complementares (Conde 2008).

Funcionalidade: são as praticas das tarefas funcionais específicas nas quais o paciente é treinado (LOPES 2009).

Atividades de vida diária: As atividades de vida diária (AVD) são as tarefas de desempenho ocupacional que o indivíduo realiza diariamente. Não se resume somente aos auto – cuidados de vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, tomar banho, e pentear-se, mas engloba também as habilidades de usar telefone, escrever, manipular livros, etc. além da capacidade de virar-se na cama, sentar-se, mover-se e transferir-se de um lugar à outro. (TROMBLY, 1989).

Como são definidos os objetivos de intervenção

Alongamentos: o alongamento e qualquer manobra terapêutica elaborada para alongar estruturas de tecido mole encurtadas patologicamente e assim aumentar a amplitude de movimento (Lopes 2009).

Mobilização: são movimentos suaves passivos (realizados por um fisioterapeuta), sem velocidade exacerbada, em que o paciente pode interromper a qualquer hora o exercício (Lopes 2009).

Manobras de higiene brônquica: As manobras de Higiene Brônquica correspondem a um conjunto de técnicas para garantir a permeabilidade das vias aéreas, promovendo condições para uma adequada ventilação e prevenção de infecções respiratórias (Wanderley et al , Dall Igna 2007).

Calor: e uma modalidade terapêutico utilizado para reduzir os espasmos musculares. O calor é indicado como tratamento mesmo tendo efeito de curta duração, pois facilita a execução da cinesioterapia, quando esta é realizada logo após a sua aplicação (Felice et al, 2008).

Como determinamos a conduta terapêutica: a conduta terapêutica é determinada através do meio em que o terapeuta utiliza para atingir os seus objetivos de tratamento.

Exemplo: A técnica do pediasuit cage, hipo terapia, passadeira etc.

O que é a microcefalia

Microcefalia é uma doença neurológica. As crianças com que apresentam esta problemática, nascem com o tamanho da cabeça significativamente abaixo da média, quando comparada a crianças da mesma idade e do mesmo sexo. A dimensão dos ossos é mais pequena, por consequência o perímetro cefálico é mais pequeno, (problema genético que, por problemas na

fontanela, impede o crescimento do cérebro, não permitindo o seu normal desenvolvimento) (Pinto et al Sá 2013).

Probabilisticamente, significa que a cabeça é o equivalente a 3 desvios-padrão menor do que a média, ou seja, tem menos do que 42 cm de circunferência no crescimento completo. Frequentemente, a microcefalia é diagnosticada ao nascimento ou durante os exames de rotina dos bebês. Nele, são medidos a altura, o peso e o perímetro cefálico, (perímetro da cabeça). A criança diagnosticada com microcefalia, apresenta atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor e um grau de atraso mental (Pinto e Sá 2013).

ESTAGIO - FICHA DE DESENVOLVIMENTO TEMATICO

Nº 5

DATA: 24-3-2014

TEMA: Autismo

Retroversão pélvica caracterização

A retroversão pélvica caracteriza-se por uma alteração postural pélvica, aonde a pelve inclina-se para trás, as articulações do quadril se estendem e a coluna lombar se retifica, levando a uma postura de dorso plano, que pode resultar de um encurtamento dos músculos isquiotibiais (Castro et al, Macchi 2010).

Grupos musculares que devemos alongar: Músculos reto abdominais, e retobliquos, glúteo máximo, musculo obliquo externo.

Grupos musculares que devemos fortalecer: os músculos isquiotibiais.

Caracterize a anteversão ou (anteroversao) pélvica. Quais os grupos que devemos alongar e fortalecer.

Anteroversao caracterização

Na ocorrência de uma alteração postural da pelve em anteversão, a pelve inclina-se para frente diminuindo o ângulo entre a pelve e a coxa anteriormente, resultando em flexão da articulação do quadril, assim a coluna inferior irá se arquear para frente criando um aumento na curvatura (lordose) da coluna lombar. Essa alteração pode ocorrer pela fraqueza dos músculos abdominais (retos e oblíquos) (Castro et al, Macchi 2010).

Músculos que devemos fortalecer: os músculos que devem ser fortalecidos são os músculos abdominais.

Músculos que devemos alongar: os músculos que devem ser alongados são os glúteos medio

AUTISMO

O autismo se caracteriza pela presença de um desenvolvimento acentuadamente atípico na interação social e comunicação, assim como repertorio marcadamente restrito de atividades e interesses. Essas características podem levar a um isolamento contínuo da criança e sua família. Entretanto acredita-se que a inclusão escolar proporcionar a essas crianças oportunidades de

convivência com outras da mesma faixa etária, constituindo-se num espaço de aprendizagem e de desenvolvimento da competência social (Pimentel 2013).

As perturbações do autismo consistem numa perturbação severa do neurodesenvolvimento e manifestam-se através de dificuldades muito específicas da comunicação e da interação, associadas a dificuldades em utilizar a imaginação, em aceitar alterações de rotinas e à exibição de comportamentos estereotipados e restritos. Estas perturbações implicam um défice na flexibilidade de pensamento e uma especificidade no modo de aprender que comprometem, em particular, o contacto e a comunicação do indivíduo com o meio (Braga 2010).

O autismo surge antes dos 3 anos de idade, em dois possíveis períodos de pico. A maioria das crianças começa a manifestar alterações no desenvolvimento nos 2 primeiros anos de vida. Em casos raros pode ocorrer depois dos 2 anos de idade, mas sempre antes do terceiro ano de vida. Os sintomas do autismo, especialmente os comportamentos repetitivos e estereotipados, parecem aumentar durante alguns anos após o início, atingindo habitualmente um pico na idade pré-escolar, e começam a estabilizar ou declinar durante a idade escolar. É de referir que a maioria dos sujeitos com a doença evolui com a passagem do tempo (Braga 2010).

Estudos realizados têm revelado uma etiologia orgânica e tem-se defendido a ideia de que o autismo ocorre em associação com uma grande variedade de distúrbios biológicos (paralisia cerebral, encefalopatia, rubéola pré-natal, meningite ou vários tipos de epilepsia). Os indícios apontam para uma origem neurológica de base, resulta de uma perturbação de áreas específicas do sistema nervoso central, que afetam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo intelectual e a capacidade de se relacionar com os outros (Fernandes 2010).

