

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

ESTHEFANY CRISTINA CARNEIRO DE ALMEIDA
GIOVANA HONORATO OLIVEIRA
PÂMELA LIMA DO ESPÍRITO SANTO

PORTFÓLIO ACADÊMICO: INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS
NAS DISFUNÇÕES NEUROFUNCIONAIS PEDIÁTRICAS E
DERMATOLÓGICAS

LAVRAS-MG
2023

ESTHEFANY CRISTINA CARNEIRO DE ALMEIDA
GIOVANA HONORATO OLIVEIRA
PÂMELA LIMA DO ESPÍRITO SANTO

PORTFÓLIO ACADÊMICO: INTERVENÇÕES
FISIOTERAPÊUTICAS NAS DISFUNÇÕES NEUROFUNCIONAIS
PEDIÁTRICAS E DERMATOLÓGICAS

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Fisioterapia.

PROFESSORA

Prof^a. Ma. Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga

LAVRAS-MG
2023

ESTHEFANY CRISTINA CARNEIRO DE ALMEIDA
GIOVANA HONORATO OLIVEIRA
PÂMELA LIMA DO ESPÍRITO SANTO

PORTFÓLIO ACADÊMICO: INTERVENÇÕES
FISIOTERAPÊUTICAS NAS DISFUNÇÕES NEUROFUNCIONAIS
PEDIÁTRICAS E DERMATOLÓGICAS

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, curso de graduação em Fisioterapia.

Aprovado em ___/___/___

PROFESSORA

Prof^a. Ma. Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga

MEMBRO DA BANCA

Prof^a. Ma. Amanda Godoy da Silva

LAVRAS-MG
2023

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico
da Biblioteca Central do UNILAVRAS

A447i Almeida, Esthefany Cristina Carneiro de.
Intervenções fisioterapêuticas nas disfunções neurofuncionais pediátricas e dermatológicas / Esthefany Cristina Carneiro de Almeida, Giovana Honorato Oliveira, Pâmela Lima do Espírito Santo. – Lavras: Unilavras, 2023.

71f.:il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Fisioterapia) – Unilavras, Lavras, 2023.

Orientador: Prof.^a Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga.

1. Fisioterapia. 2. Queimadura. 3. Paralisia cerebral. 4. Mielomeningocele.
I. Oliveira, Giovana Honorato. II. Santo, Pâmela Lima do Espírito. III. Alvarenga, Nívea Maria Saldanha Lagoeiro (Orient.). IV. Título.

Dedico primeiramente a Deus por me capacitar, em especial a minha tia, minha irmã e meu namorado, por todo apoio e contribuírem para que essa jornada fosse mais leve.

Esthefany Cristina Carneiro de Almeida

Dedico a Deus que sustenta todos os sonhos. Aos meus pais e sobrinho João Pedro.

Giovana Honorato Oliveira

Dedico a minha mãe, que sempre esteve presente. Esse portfólio é a confirmação de que todo seu investimento e sacrifício valeram a pena.

Pâmela Lima do Espírito Santo

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por estar ao meu lado, me dando forças e permitindo que eu chegasse até aqui.

A minha tia Maria de Lourdes Almeida e minha irmã Alciene Almeida, por todo suporte, tornando este sonho possível, sempre me incentivando a continuar não permitindo que eu desistisse.

Ao meu namorado, Lucas, por todo apoio, paciência, companheirismo e por nunca medir esforços para me ajudar.

Aos amigos, que caminharam comigo nesses cinco anos, por toda ajuda, contribuindo para que a jornada fosse mais leve.

Aos professores, em especial a orientadora Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga, que proporcionaram um ensino de qualidade, além de todo apoio e conselhos durante a vida acadêmica.

Esthefany Cristina Carneiro de Almeida

Agradeço primeiramente a Deus. Toda sabedoria, persistência e inteligência vem do criador para com as criaturas, sem Ele nada seria possível ao coração humano. Aos pais Andreisa e João, os maiores incentivadores de sonhos, que nunca me deixaram desanimar diante das dificuldades e constantemente acreditaram no meu potencial. A irmã Geislaine, meu espelho, exemplo de força, garra e determinação. Ao namorado Wallans, que sempre foi o ouvinte e ombro amigo nos momentos de dificuldade e desânimo, e que, vibrou em todas as conquistas e superações.

A todos os familiares que foram suporte, em especial a minha avó (*in memoriam*).

Aos mestres, eterna gratidão. Vocês foram os responsáveis por formar profissionais apaixonados pela fisioterapia e nos ensinaram além da profissão, pois hoje somos seres humanos especializados em ajudar, em especial à orientadora Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga.

As colaboradoras de projeto Esthefany e Pâmela pela parceria e cumplicidade e as amigas de caminhada Vitória, Maria e Amanda, que sempre foram suporte e equilíbrio.

Giovana Honorato Oliveira

Agradeço a Deus, pela saúde, sabedoria, inteligência, que tornaram possível a elaboração desse portfólio.

A minha mãe, por todo apoio e investimento nos meus estudos. E ao meu pai (*In memoriam*), pela oportunidade de nascer e conviver com o senhor ainda que por pouco tempo.

Aos meus irmãos, irmãs, e também aos cunhados (as), que, nos momentos que precisei me incentivaram e apoiaram, dando suporte para que a minha formação fosse possível.

Ao meu noivo, por me escutar quando eu mais precisava, me oferecer seu ombro para chorar, e me proporcionar conforto.

As minhas amigas, por tornarem a faculdade mais leve através de toda ajuda, troca de conhecimento e companheirismo.

Aos professores, em especial à orientadora Nívea Maria Saldanha Lagoeiro Alvarenga, por serem facilitadores do conhecimento, transmitindo ensinamentos tanto para a profissão, quanto para a vida.

Pâmela Lima do Espírito Santo

“A nossa recompensa está no esforço,
não no resultado. Um esforço total é
uma vitória completa.”

Mahatma Gandhi (1869-1948)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Classificação das queimaduras segundo as profundidades.....	20
Figura 2 – Drenagem Linfática Manual (DLM) em MSD.....	22
Figura 3 – Alongamento passivo de cotovelo.....	24
Figura 4 – Mobilização Tecidual.....	25
Figura 5 – Dessensibilização de cicatriz	26
Figura 6 – Aprimoramento e manutenção do MSD.....	27
Figura 7 – GMFCS.....	30
Figura 8 – CIF.....	32
Figura 9 – Treino de marcha e equilíbrio.....	34
Figura 10 – Aprimoramento do controle de tronco e estabilidade postural...	35
Figura 11 – Treino de atividade bimanual.....	36
Figura 12 – Treino de fortalecimento muscular.....	37
Figura 13 – Treino de coordenação e motricidade fina bimanual.....	38
Figura 14 – Aprimoramento do controle de tronco.....	45
Figura 15 – Fortalecimento abdominal.....	46
Figura 16 – Fortalecimento de MMSS.....	47
Figura 17 – Estímulo da posição ortostática.....	48
Figura 18 – Estímulo da marcha.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Principais tópicos da ficha de avaliação do paciente.....	21
Tabela 2 – Perimetria após técnica de DLM.....	23
Tabela 3 – Goniometria de extensão de cotovelo.....	25
Tabela 4 – Critério de avaliação.....	30
Tabela 5 – Principais tópicos da ficha de avaliação do paciente.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM: amplitude de movimento

AFO: *Anckle- Foot-Orthosis* – Órtese Suropodálica

APGAR: Escala ou Índice de Apgar

AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

AVD`s: Atividades de vida diária

BN: Bexiga neurogênica

CIF: Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

COFFITO: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DD: Decúbito dorsal

DFTN: Defeitos do fechamento do tubo neural

DLM: Drenagem linfática manual

DRA: Doutora

DVP: Derivação ventrículo peritoneal

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GMFCS: *Gross Motor Function Classification System* - Sistema de Classificação da Função Motora Grossa

HKAFO: *Hip-Knee-Ankle-Foot-Orthosis* - Órtese Quadril, Joelho, Tornozelo, Pé

LLA: Ângulo de lordose lombar alterado

LTF: liberação tecidual funcional

MDH: Movimento e desenvolvimento humano

MID: Membro inferior direito

MMC: Mielomeningocele

MMII: Membros inferiores

MMSS: Membros superiores

MSD: Membro superior direito

MSE: Membro superior esquerdo

PBE: Prática baseada em evidências

PC: Paralisia Cerebral

RGO: Órtese de marcha recíproca

SIC: Segundo informações colhidas

SNC: Sistema Nervoso Central

SNP: Sistema Nervoso Periférico

UNILAVRAS: Centro Universitário de Lavras

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 DESENVOLVIMENTO COLETIVO	15
2.1 Fisioterapia Neurofuncional.....	15
2.1.2 Score de Apgar.....	15
2.1.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	15
2.1.4 Tônus muscular.....	16
2.1.5 Dispositivos auxiliares.....	16
2.2 Fisioterapia Dermatofuncional.....	17
2.2.1 Avaliação da sensibilidade.....	18
3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL	19
3.1 Contextualização da aluna Esthefany Cristina Carneiro de Almeida.....	19
3.1.1 Cicatrização e enxerto.....	19
3.1.2 Queimadura.....	20
3.1.3 Avaliação.....	21
3.1.4 Condutas e Intervenções.....	21
3.2 Contextualização da aluna Giovana Honorato Oliveira.....	28
3.2.1 Paralisia Cerebral.....	29
3.2.2 Paralisia Cerebral Espástica Hemiplégica.....	30
3.2.3 Avaliação.....	30
3.2.4 Condutas e Intervenções.....	33
3.3 Contextualização da aluna Pâmela Lima do Espírito Santo.....	39
3.3.1 Defeitos do fechamento do tubo neural.....	40
3.3.2 Malformação de Chiari tipo II.....	41
3.3.3 Derivação ventrículo-peritoneal.....	41
3.3.4 Bexiga neurogênica.....	41
3.3.5 Cistostomia.....	42
3.3.6 Medula presa.....	42
3.3.7 Avaliação.....	42
3.3.8 Condutas e Intervenções.....	44

4 AUTOAVALIAÇÃO	52
4.1 Análise Crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Esthefany Cristina Carneiro de Almeida.....	52
4.2 Análise Crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Giovana Honorato Oliveira.....	52
4.3 Análise Crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Pâmela Lima do Espírito Santo.....	52
5 CONCLUSÃO	54
5.1 Esthefany Cristina Carneiro de Almeida.....	54
5.2 Giovana Honorato Oliveira.....	54
5.3 Pâmela Lima do Espírito Santo.....	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	62
Anexo 1 – Termo de autorização.....	62
Anexo 2 – Ficha de Avaliação de Dermatofuncional.....	63
Anexo 3 – Ficha de Avaliação de Neuropediatria.....	67

1 INTRODUÇÃO

Este portfólio pretende estreitar os laços entre a teoria e a prática; por isso, são apresentados os tratamentos fisioterapêuticos executados na Clínica Escola de Fisioterapia do Centro Universitário de Lavras, como parte obrigatória das atividades de estágio dos alunos, correlacionada com conhecimentos adquiridos durante o período acadêmico e com a literatura científica atual.

A aluna Esthefany Cristina Carneiro de Almeida iniciou a graduação no curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Lavras MG em 2019. Seu interesse pelo curso surgiu em 2016, enquanto fazia cursinho pré-vestibulares. Desde o início, já esteve encantada com o curso e com o passar do tempo, percebeu que não poderia ter feito escolha melhor. Com o início do estágio supervisionado, teve contato com diversas áreas, despertando o interesse pela área de Dermatofuncional. O objetivo deste portfólio é apresentar a intervenção fisioterapêutica em uma paciente com caso de queimadura na infância, seguida de câncer e enxerto na região, da área de Dermatofuncional.

A aluna Giovana Honorato Oliveira, inicialmente, em 2016, ingressou na Universidade Federal de Lavras. No primeiro momento, o curso escolhido foi Engenharia Ambiental e Sanitária. Após a conclusão de cinco períodos da graduação, devido à falta de identificação, decidiu experimentar uma nova área acadêmica, optando por cursar Fisioterapia no Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS). No decorrer do curso, o interesse foi aumentando e descobriu-se a vocação para lidar com pessoas. A intervenção fisioterapêutica discorrida neste portfólio foi de um paciente da área de neuropediatria, com quadro de Paralisia Cerebral Hemiplégica.

A aluna Pâmela Lima do Espírito Santo iniciou a graduação no curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Lavras MG em 2019. O interesse pela profissão surgiu no primeiro ano do Ensino Médio, quando uma pessoa importante precisou de atendimento fisioterapêutico, e esse fato foi muito marcante. Então, com isso, foi percebendo o incrível trabalho, evolução e resultado da intervenção fisioterapêutica. O intuito desse portfólio é descrever o tratamento de uma paciente da área de Neuropediatria, com diagnóstico de Mielomeningocele.

Tal portfólio foi desenvolvido conforme as afinidades adquiridas ao decorrer do período de estágio. Além disso, teve como objetivo experimentar relações de solidariedade, empatia e contribuição social. Tais aspectos foram de relevante importância para o crescimento individual e profissional.

2 DESENVOLVIMENTO COLETIVO

2.1 Fisioterapia Neurofuncional

A fisioterapia neurofuncional é responsável por participar do processo de reabilitação, direcionada para a resolução de dificuldades percebidas pela criança e familiares mediante a execução de atividades funcionais que necessitem de habilidades motoras. Estas alterações podem ser ocasionadas por intercorrências ocorridas durante os períodos pré-natais, perinatais e pós-natais. Deve ser ressaltado, que esses estímulos precisam ser incorporados na vida da criança de forma precoce, a fim de alcançar os marcos motores e promover a independência (RODRIGUES et al., 2023).

2.1.2 Score de Apgar

O Score de Apgar foi criado pela Dra. Virgínia Apgar, a fim de avaliar de modo rápido e padronizado os recém-nascidos no primeiro e quinto minutos, após seu nascimento, bem como, a necessidade de intervenção imediata para estabelecer a respiração. Esse Score é composto por cinco componentes, sendo: cor, frequência cardíaca, reflexos, tônus muscular, e respiração. Cada um desses recebe uma pontuação de zero, um ou dois, totalizando dez pontos. Portanto, ele representa um método aceito para relatar o estado clínico do bebê imediatamente após seu nascimento, assim como, a resposta à reanimação, se necessária (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2015).

2.1.3 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Para realizar uma avaliação criteriosa da funcionalidade, foi utilizado o sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); o qual padroniza mundialmente a linguagem sobre saúde e deficiência, considerando o desenvolvimento humano um estado constante de mudança,

principalmente se tratando de saúde e funcionalidade. Por meio deste, é possível verificar: “estrutura e funções do corpo”, que tratam da fisiologia e anatomia do corpo; “atividades e participação”, que se relacionam com a execução de tarefas e envolvimento do indivíduo em atividades em sociedade, respectivamente; e “fatores ambientais e pessoais”, representam situações e limitações do ambiente externo e fatores intrínsecos ao indivíduo, nessa ordem (VARGUS-ADAMS; MAJNEMER, 2014).

2.1.4 Tônus muscular

O tônus muscular é definido como a capacidade de tensão muscular no estado de repouso, podendo também ser compreendido como a habilidade de realizar contração. Um movimento só pode ser realizado de forma harmoniosa caso haja força e intensidade apropriadas, porém, estes fatores somente serão eficientes com a presença do tônus adequado. Em crianças com comprometimento neurológico, pode-se observar variações no tônus, sendo definido como hipotonia a presença de redução de tensão e hipertonia o aumento da mesma. Outra possível alteração é a espasticidade, caracterizada como aumento da resistência diretamente proporcional a velocidade e alongamento aplicados durante o movimento. A avaliação do tônus deve ser realizada através da movimentação passiva, de forma lenta, atentando-se a presença ou ausência de resistência. Já a espasticidade deve ser avaliada através da realização de movimento em diferentes velocidades, observando a mudança de resistência (UMPHRED; CARLSON, 2007).

2.1.5 Dispositivos auxiliares

As órteses são dispositivos usados para exercer funções específicas em áreas do corpo alteradas, a fim de reestabelecer a funcionalidade. Por exemplo, em casos neurológicos, crianças que possuem o pé em flexão plantar, a órtese forçará a dorsiflexão, oferecendo estabilidade para que a marcha se torne mais funcional. É importante ressaltar que existem vários tipos, tanto para membro inferior, quanto para membro superior, e a sua prescrição se dá de modo individualizado, conforme os objetivos. Sua classificação está atrelada ao tipo de funcionalidade e constituição

de materiais, podendo receber uma subclassificação segundo o dinamismo e funcionalidade. Dentre esses dispositivos, temos a órtese tornozelo pé (AFO), empregada na estabilidade das articulações tibiotársica e subtalar, podendo ser rígida ou articulada e alcançar diferentes regiões do membro inferior. Outro tipo de órtese é a quadril Joelho-tornozelo-pé (HKAFO), de utilização bilateral em membros inferiores, oferecendo suporte para região do quadril através do cinto pélvico e apoio toracolombar (BARBIN, 2017).

2.2 Fisioterapia Dermatofuncional

Dentre as especialidades da Fisioterapia, destaca-se a Fisioterapia Dermatofuncional, que possui todo o conhecimento sobre a anatomia, fisiologia e patologia, apresentando métodos e técnicas terapêuticas, que permitem atuar na prevenção, manutenção e reabilitação, proporcionando assim benefícios na qualidade de vida (MELO, 2014).

As condutas afetam diretamente o sistema tegumentar, endócrino, linfático, subcutâneo, musculoesquelético, recuperando a integridade física, funcional e estética. Dentre as grandes áreas de atuação, pode-se destacar o tratamento em lesões por queimadura, estando presente tanto na fase aguda quanto crônica, visando à prevenção de patologias respiratórias, disfunções motoras e alívio da dor, tendo como objetivo principal o tratamento dos distúrbios que afetam o tegumento (MATIELLO et al., 2021). As intervenções fisioterapêuticas devem ser aplicadas com conhecimento, a fim de proporcionar efeitos benéficos no tratamento de disfunções que influenciam o sistema tegumentar, não acarretando malefícios ao bem-estar do paciente (GUIRRO; GUIRRO, 2023).

O Fisioterapeuta Dermatofuncional está habilitado a tratar lesões por queimadura (COFFITO, 2018), tendo como um dos seus principais recursos a cinesioterapia, sendo importante no tratamento tanto das feridas quanto das queimaduras, possibilitando uma efetiva reabilitação e um retorno às atividades funcionais, garantindo independência. (COFFITO, 2019). Além desse, também podemos citar os recursos terapêuticos manuais, incluindo a drenagem linfática, uma técnica que possui manobras lentas, suaves, rítmicas, utilizando as mãos, seguindo

o trajeto do sistema linfático superficial, tendo a finalidade de reduzir edemas, melhorando algumas de suas consequências (SOCIEDADE BRASILEIRA, 2021).

2.2.1 Avaliação da sensibilidade

O déficit sensorial pode ocorrer em qualquer patologia que afeta o Sistema Nervoso Central (SNC) ou Sistema Nervoso Periférico (SNP), ou até mesmo em lesões que afetam os dois sistemas, podendo danificar receptores sensoriais, nervos periféricos, nervos espinais, córtex sensoriais. Tendo em vista que, as disfunções sensoriais podem acarretar danos sensoriais em: doenças ou lesões dos nervos periféricos, infecções, queimaduras, lesões nas raízes nervosas ou na medula espinal, dentre outros (SULLIVAN; SCHMITZ, 2010).

3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

3.1 Contextualização da aluna Esthefany Cristina Carneiro Almeida

Paciente M.F. S, sexo feminino, 85 anos, idosa, relata que na sua infância, sofreu queimadura no fogão à lenha no membro superior direito (MSD). Paciente não relata ter realizado tratamento. No ano de 2020 ela foi diagnosticada com câncer de pele na região da queimadura, necessitando de 8 sessões de radioterapia. Além disso, foi preciso realizar o procedimento de auto enxerto. Para isso, foi retirada uma porção de pele da região de coxa de membro inferior direito (MID) para o MSD que foi a área queimada. Relata que ao realizar as atividades de vida diária (AVD's), como tarefas que exigem elevação dos braços, ou ficar por tempos prolongados em pé, sente dores em MSD e MID. Além disso, também apresenta hipersensibilidade em MSD e também diminuição de amplitude de movimento (ADM) em MSD.

3.1.1 Cicatrização e enxerto

O processo de cicatrização da queimadura acontece em fases: na primeira fase ocorre a homeostasia, posteriormente a fase celular, incluindo a inflamação, proliferação e remodelação. Esse período de cicatrização varia de acordo com cada paciente, com a profundidade da lesão e com a extensão da superfície da queimadura. Dessa forma, uma alteração no processo de cicatrização, leva a uma cicatriz patológica, podendo apresentar hipertrofia, quelóide, podendo levar à dor e incapacidade (SILVA et al., 2021).

As lesões devastadoras, como por exemplo, uma queimadura profunda necessita de uma intervenção rápida e especializada. Sendo assim, a melhor opção é o procedimento denominado enxerto autógeno. O enxerto de pele é uma área de tecido, formada de epiderme e derme, sendo separada de sua localização original e de seu suprimento sanguíneo antes de ser levado para outra área do corpo. O procedimento cirúrgico consiste em retirada de pele da própria paciente e passada para outra área receptora (BORGES et al., 2015).

Os enxertos podem ser classificados, como: enxerto de pele total, enxerto de pele parcial, enxertos compostos, autoenxerto, homoenxerto ou aloenxerto, isoenxerto, xenoenxerto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DERMATOLÓGICA, 2019).

3.1.2 Queimadura

É denominada queimadura uma ferida traumática causada, principalmente, por agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos. Acomete os tecidos de revestimentos do corpo humano, podendo destruir parcial ou totalmente a pele e seus anexos, como também áreas mais profundas, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos (OLIVEIRA et al., 2016).

Diversos fatores abrangem as queimaduras, tais como a profundidade, extensão e localização. A queimadura pode ser separada em graus (VALE, 2005). A figura 1 apresenta a classificação das queimaduras segundo as profundidades, sendo a queimadura de 1º grau acometendo apenas a epiderme, 2º grau acomete completamente a epiderme e parcialmente a derme e 3º grau afeta todas as camadas da pele, podendo atingir tecidos mais profundos.

Figura 1: Classificação das queimaduras segundo as profundidades.

Primeiro grau	Segundo grau	Terceiro grau
<ul style="list-style-type: none">● compromete apenas a epiderme	<ul style="list-style-type: none">● compromete totalmente a epiderme e parcialmente a derme	<ul style="list-style-type: none">● destrói todas as camadas da pele, atingindo até o subcutâneo, podendo atingir tendões, ligamentos, músculos e ossos
<ul style="list-style-type: none">● apresenta eritema, calor e dor	<ul style="list-style-type: none">● apresenta dor, eritema, edema, bolhas, erosão ou ulceração	<ul style="list-style-type: none">● causa lesão branca ou marrom, seca, dura, inelástica
<ul style="list-style-type: none">● não há formação de bolhas	<ul style="list-style-type: none">● há regeneração espontânea	<ul style="list-style-type: none">● é indolor
<ul style="list-style-type: none">● evolui com descamação em poucos dias	<ul style="list-style-type: none">● ocorre reepitelização a partir dos anexos cutâneos (foliculos pilosos e glândulas)	<ul style="list-style-type: none">● não há regeneração espontânea, necessitando de enxertia
<ul style="list-style-type: none">● regride sem deixar cicatrizes	<ul style="list-style-type: none">● cicatrização mais lenta (2-4 semanas)	<ul style="list-style-type: none">● eventualmente pode cicatrizar, porém com retração das bordas
<ul style="list-style-type: none">● repercussão sistêmica é desprezível	<ul style="list-style-type: none">● pode deixar seqüelas: discromia (superficial); cicatriz (profunda)	
<ul style="list-style-type: none">● não é considerada na avaliação da área atingida		

Fonte: Vale, (2005).

3.1.3 Avaliação

Após a coleta da história da paciente, foi realizada uma avaliação criteriosa, incluindo queixa principal, goniometria, inspeção, palpação e perimetria. O material de suporte para a avaliação foi a ficha de Fisioterapia Dermatofuncional, disponibilizada pela Clínica Escola do UNILAVRAS, disposta na tabela 1.

Tabela 1- Principais tópicos da ficha de avaliação do paciente.

Itens da ficha de avaliação de Fisioterapia Dermatofuncional	Dados coletados
Queixa principal:	Dor persistente na região da cicatriz, em MSD e MID, hipersensibilidade em MSD
Goniometria MSD:	Extensão de ombro 36° Flexão de ombro- 90° Abdução de ombro-90° Adução de ombro- 30° Rotação interna de ombro- 40° Rotação externa de ombro- 50° Flexão de cotovelo- 60° Extensão de cotovelo- 117° Pronação e supinação- 64°/84°
Inspeção e palpação:	Aderência Cicatricial, extensa, com presença algica
Perimetria MSD:	Superior da prega cubital: 26,5cm Inferior da prega cubital: 19 cm

Fonte: Do autor (2023).

3.1.4 Condutas e Intervenções

O tratamento foi realizado à partir das informações obtidas na avaliação sendo traçados pelo terapeuta os seguintes objetivos: diminuir edema em MSD, dessensibilização e liberação de aderência da cicatriz e aprimorar e manter a ADM

de MSD. Os atendimentos ocorriam duas vezes na semana durante 1 hora por sessão.

Durante os 5 anos de graduação, foram adquiridos conhecimentos que nos permitiram a tomada de decisão sobre condutas e intervenções a serem aplicadas. Diante disso, algumas disciplinas puderam ser correlacionadas ao trabalho realizado: Cinesioterapia, por utilizar do movimento humano para a melhora da funcionalidade, força, ADM e alívio de dor; Terapia Manual, por desfrutar de diversas técnicas utilizando as mãos sobre o corpo do paciente, com o objetivo normalizar os sistemas e trazer bem-estar; Fisioterapia Dermatofuncional, por trazer benefícios nas condições funcionais do paciente, possibilitando uma melhora da autoestima, da saúde e conseqüentemente, da qualidade de vida; Prática Baseada em Evidência (PBE), por nos mostrar a importância de estarmos sempre atualizados e em busca de conhecimentos com evidencia científica.

À seguir serão apresentadas imagens com a conduta fisioterapêutica realizada.

Figura 2: Drenagem Linfática Manual (DLM) em MSD.



Fonte: Do Autor (2023).

Paciente em decúbito dorsal (DD), terapeuta realizando a DLM do método Leduc em MSD, a fim de reduzir edema.

A DLM é uma técnica fisioterapêutica que consiste em manobras que são utilizadas para diminuir edema, alívio de dor e melhora da circulação sanguínea, direcionando o fluxo linfático delicadamente até os gânglios linfáticos, com o intuito de serem eliminados pela urina. Dessa forma, a técnica deve ser realizada de forma

lenta, rítmica e delicada, levando em consideração a fisiologia do sistema linfático e a anatomia do corpo humano (BRITO; ANGELIM; CASSEB, 2021).

A finalidade da DLM é drenar os líquidos que estão em excesso nas células, possibilitando um equilíbrio hídrico nos espaços intersticiais. É composta por dois passos: captação e evacuação. A captação é feita no mesmo nível da infiltração dos tecidos e a evacuação leva o líquido captado, distanciando da zona de captação (LEDUC; LEDUC, 2000). Além disso, o principal objetivo da manobra de captação é absorver os líquidos que estão em grande quantidade na área com edema e levá-los por meio dos vasos linfáticos de maneira que volte para a circulação venosa. É realizada com a mão; os dedos exercem uma pressão com movimentos circulares do punho, facilitando para que haja um aumento da pressão tissular, ajudando na evacuação. Já o objetivo da manobra de evacuação é aumentar o fluxo linfático na área proximal, possibilitando um descongestionamento da região e assim trazendo benefícios para o fluxo linfático das áreas distais, diminuindo o excesso nos vasos. É realizada de maneira que os ombros e cotovelos estejam em movimentos, o punho é flexionado para que não aconteça uma pressão forte e os movimentos são sempre leves e delicados (OLIVEIRA, 2018).

Após a utilização da DLM, ao final do último atendimento, foi realizada uma reavaliação, medindo a perimetria da prega superior e inferior da região cubital, e através dos resultados foi possível observar redução do edema de MSD, concluindo-se que a técnica é eficaz e benéfica.

À seguir será apresentada a tabela que corresponde à perimetria após o tratamento.

Tabela 2: Perimetria após técnica de DLM.

Perimetria MSD (antes)	Dados coletados
Superior da prega cubital	26,5 cm
Inferior da prega cubital	19 cm
Perimetria MSD (depois)	Dados coletados
Superior da prega cubital	24 cm
Inferior da prega cubital	17,5 cm

Fonte: Do Autor (2023).

À seguir será apresentada a Figura 3 que corresponde ao ganho de ADM de cotovelo.

Figura 3: Alongamento passivo de cotovelo.



Fonte: Do Autor (2023).

Paciente em DD, terapeuta realizando alongamento passivo de cotovelo, a fim de aprimorar a ADM de extensão de cotovelo.

O alongamento passivo é uma técnica fisioterapêutica que tem a finalidade de alongar tecidos moles que estão encurtados e impossibilita a mobilidade articular. Leva à melhora na ADM e diminui a rigidez articular (MOREIRA et al., 2006).

A melhora na ADM tem amplos benefícios não só nos músculos como também nas articulações, levando a uma diminuição do quadro algico e a uma independência funcional nas atividades de vida diária (AVD's) (NELSON; KOKKONEN, 2007).

Dessa forma, o alongamento passivo, na realização das AVD's se torna uma abordagem importante a ser considerada durante as intervenções. Diante disso, após a realização do alongamento passivo, foi possível observar a melhora na ADM de extensão de cotovelo, melhorando a funcionalidade e prática nas AVD's.

À seguir será apresentada a tabela que corresponde à reavaliação da goniometria de extensão de cotovelo após as intervenções.

Tabela 3: Goniometria de extensão de cotovelo.

Goniometria MSD (antes)	Dados coletados
Extensão de cotovelo	117 cm
Goniometria MSD (depois)	Dados coletados
Extensão de cotovelo	127 cm

Fonte: Do Autor (2023).

À seguir será apresentada a Figura 4 que corresponde à mobilização tecidual.

Figura 4: Mobilização Tecidual.



Fonte: Do Autor (2023)

Paciente em DD, terapeuta realizando mobilização tecidual a fim de diminuir a aderência cicatricial.

A manipulação do tecido cicatricial por meio de manobras de massagem isoladas, é empregado em cicatrizes com o intuito de reduzir prurido e dor, além de aumentar a maleabilidade do tecido envolvido. A manobra utilizada é denominada fricção, que consiste em uma pressão que é suficiente para mobilizar o tecido superficial em relação ao profundo, objetivando a liberação de aderência cicatricial (GUIRRO; GUIRRO, 2023).

A liberação tecidual funcional (LTF) que foi desenvolvida pela fisioterapeuta Mariane Altomare, vem empregando esse conceito no tratamento que apontam resultados interessantes, favorecendo a remodelação e reorganização tecidual, melhorando a mobilidade articular. O tratamento engloba aplicação de tensões manuais sobre o tecido de acordo com cada indivíduo, de modo que ocorra um rearranjo estrutural, de forma mais natural. Isso faz com que a cicatriz não permaneça em aderência, adquirindo funcionalidade, levando à melhora na reabilitação (SILVA; MEJIA, 2017).

Após a técnica de mobilização tecidual, foi realizado uma reavaliação em que consistia em inspeção visual e palpação, sendo possível observar a diminuição da aderência cicatricial, tornando o tecido mais flexível, favorecendo no ganho de ADM.

À seguir será apresentada a Figura 5 que corresponde à dessensibilização de cicatriz.

Figura 5: Dessensibilização de cicatriz.



Fonte: Do Autor (2023).

Paciente em DD, terapeuta realizando a técnica de dessensibilização de cicatriz, a fim de reduzir a hipersensibilidade na cicatriz de MSD. Foi iniciado com pedaços de algodão, realizando-se movimentos lentos e delicados. Conforme a tolerância da paciente as texturas foram progredindo para uma textura áspera, utilizando gazes de curativo.

Os danos causados devido a queimadura podem acarretar um acervo de alterações, destacando-se as alterações sensoriais. Levando em consideração que na superfície cutânea as terminações nervosas e receptores cutâneos são capazes de identificar estímulos térmicos, mecânicos e/ou dolorosos. Dessa forma, caso ocorra uma queimadura, estas terminações nervosas e receptores podem ser lesionados ou até mesmo destruídos, interrompendo a via sensitiva (LIMA et al., 2021).

As queimaduras mais profundas causam danos nas terminações nervosas do tecido cutâneo interferindo na qualidade de vida do paciente, prejudicando a percepção tátil, de temperatura e dor. Sendo assim, após uma lesão térmica os pacientes podem sofrer alteração da sensibilidade cutânea e dor crônica (GIRARD, 2017).

Após os atendimentos, foi realizado uma reavaliação em que foi possível observar que a técnica de dessensibilização de cicatriz foi eficaz para a paciente, no que se refere a melhora da hipersensibilidade na área da cicatriz e diminuição do quadro álgico segundo relatos da paciente e através da aceitação ao toque durante as intervenções.

À seguir será apresentada a Figura 6 que corresponde ao aprimoramento e manutenção da ADM do MSD.

Figura 6: Aprimoramento e manutenção do MSD.



Fonte: Do Autor (2023).

A cinesioterapia é o exercício terapêutico que realiza movimentos corporais, com a finalidade de promoção, prevenção ou reabilitação da funcionalidade (FAGUNDES; VARGAS, 2018).

Ela deve estar presente no tratamento fisioterapêutico de lesões térmicas, principalmente nas alterações do sistema musculoesquelético, com a finalidade de acabar ou reduzir a limitação funcional e a incapacidade física. Além do que, os exercícios terapêuticos permitem que o indivíduo fique cada vez mais ativo, adquirindo uma independência funcional. Seu principal objetivo é manter, corrigir e/ou recuperar uma determinada função do corpo, melhorando a força, mobilidade, ADM e flexibilidade (COLARES et al., 2017).

Os distúrbios de um ou mais sistemas corporais, a deficiência de qualquer parte do sistema motor humano, juntos ou separado, podem levar a uma limitação

funcional e incapacidade para realizar ou colaborar nas AVD's. O tratamento envolvendo exercícios terapêuticos é individualizado para cada paciente, abrangendo forças físicas que são impostas ao sistema motor humano, tecidos específicos ou estruturas individuais, trazendo segurança para aprimorar os movimentos e também a experiência humana (KISNER; COLBY; BORSTAD, 2021).

Após as intervenções utilizando exercícios ativos para MMSS, foi realizada uma reavaliação em que a paciente relatou redução de dor, aprimoramento nas AVD's e ganho de funcionalidade. Conclui-se que a cinesioterapia foi importante para a melhora na qualidade de vida da paciente.

3.2 Contextualização da aluna Giovana Honorato Oliveira

Trata-se do paciente J. M. R., três anos e um mês, com diagnóstico médico de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). Do seu histórico, a mãe relatou gravidez não planejada, tranquila e sem intercorrências, descoberta por volta de um mês. Não foi realizado o uso do ácido fólico previamente e durante a gestação. Os acompanhamentos pré-natais foram feitos com a periodicidade adequada, sem observação de alterações no feto, exceto uma mancha no miocárdio, que posteriormente sumiu sem nenhuma intervenção. O parto foi cesáreo, com trinta e nove semanas de gestação. De acordo com os laudos, o bebê nasceu bem, no dia 02/02/2020, pesando 3.680 kg, comprimento de 53 centímetros, perímetro cefálico de trinta e quatro centímetros, escala APGAR 9 no primeiro minuto e 10 ao quinto minuto. Porém, após o parto, o mesmo apresentou desconforto respiratório nas primeiras horas de vida, necessitando de oxigênio por *HOOD*, evoluindo bem para a retirada. No segundo dia de vida, foram observados movimentos clônicos na mão direita e movimentos mastigatórios. No terceiro dia de vida, o bebê foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva neonatal, iniciando o uso de Levetiracetam 22 mg/kg e ataque de Fenobarbital, medicações para o controle de ataques epiléticos. Após exames laboratoriais de imagem e avaliação com Neuropediatra, foi diagnosticado AVCI em hemisfério cerebral esquerdo e crise focal clônica, levantando o questionamento de causas peri-natal por extração difícil ou intra útero. Atualmente, frequenta a escola no maternal III.

3.2.1 Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral (PC) é definida pelo consenso nacional como “um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações das atividades, que são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no cérebro em desenvolvimento” (ROSENBAUM et al., 2008). Outros danos podem ser associados, como distúrbios de percepção, cognição, comunicação e comportamento; além disso, pacientes com tal diagnóstico podem apresentar epilepsia e alterações musculoesqueléticas (CAMARGOS et al., 2019).

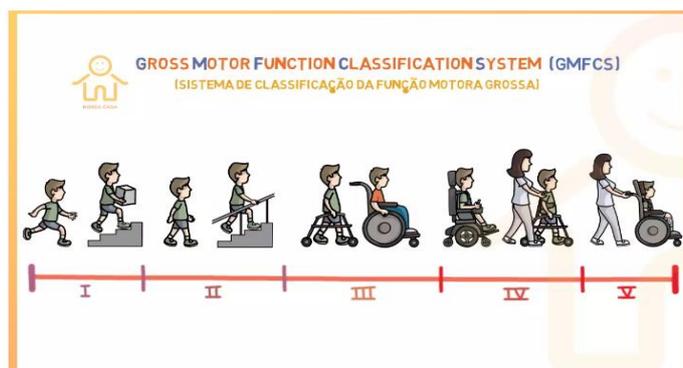
A PC pode ser ocasionada por inúmeros fatores que causam danos encefálicos no período pré-natal, perinatal e pós-natal, em crianças com aproximadamente dois ou três anos de idade. Dentre esses fatores etiológicos, o acidente vascular isquêmico é uma causa comum (CAMARGOS et al., 2019). O AVCI perinatal é caracterizado com um padrão distinto de lesão cerebral isquêmica focal ou multifocal do sistema nervoso central, onde a subclassificação diagnóstica é feita de acordo com o período de ocorrência. Convulsões e déficits neurológicos são sinais e sintomas que podem ser detectados (LEHMAN; RIVKIN, 2014).

Os pacientes que apresentam quadro de PC podem ser classificados quanto à severidade de acordo com o acometimento mais predominante, sendo: indivíduo espástico, discinético ou atáxico (CANS et al., 2007).

Outra classificação utilizada, porém com enfoque na funcionalidade e severidade da disfunção do movimento em crianças com PC é o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System - GMFCS), que tem como objetivo dar ênfase ao movimento iniciado de maneira voluntária, priorizando o sentar, a mobilidade e transferências (ROSEBAUM et al., 2008).

O GMFCS possui cinco níveis que variam de acordo com as limitações de mobilidade, sendo o nível I a presença mínima ou nenhuma disfunção relacionada à mobilidade e o nível V total dependência para mobilidade (HIRATUKA; MATSUKURA; PFEIFER, 2010). A figura 7 demonstra a classificação GMFCS e os respectivos níveis de independência.

Figura 7: GMFCS.



Fonte: Nossa Casa (2018).

3.2.2 Paralisia Cerebral Espástica Hemiplégica

O subtipo mais comum de PC é a espástica, caracterizada pela lesão do neurônio motor superior. Dentre os sinais clínicos estão o aumento do tônus muscular, a espasticidade e a redução do limiar de estiramento dos reflexos (CAMARGOS et al., 2019).

Crianças com PC hemiplégica apresentam acometimento em um hemicorpo, contralateral ao hemisfério cerebral afetado. Alterações como fraqueza muscular, dificuldade de preensão, realização de movimentos complexos e alteração de propriocepção são comuns a tal patologia. Os membros superiores demonstram maiores dificuldades, tornando o uso do membro reduzido (JAMALI; AMINI, 2018).

3.2.3 Avaliação

Após a coleta da história do paciente, uma avaliação criteriosa foi realizada a fim de traçar o diagnóstico fisioterapêutico, objetivos e condutas terapêuticas, levando em consideração as queixas familiares e a CIF. Desse modo, o material de suporte para a avaliação foi a ficha de Neuropediatria da Clínica Escola do UNILAVRAS, disposta na Tabela 4.

Tabela 4 - Critérios de avaliação (continua).

FICHA DE AVALIAÇÃO	DADOS COLETADOS
Data da avaliação:	28/02/2023

Tabela 4 - Critérios de avaliação (continua).

Diagnóstico médico:	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Crise focal Clônica
Diagnóstico fisioterapêutico:	Disfunção Neurofuncional levando a hipertonia muscular; rigidez articular em punho, cotovelo, joelho e tornozelo em hemicorpo direito; disfunção do padrão da marcha e equilíbrio dinâmico.
Queixa principal:	O desejo dos familiares é que o paciente utilize o MS hemiplégico, melhorando o controle motor durante as atividades lúdicas e de AVD's.
Desenvolvimento motor:	Apresenta controle cervical, tronco, rolar, arrastar/engatinhar, ortostatismo e marcha hemiparética.
Tipo de Tônus/ Balanço articular:	Apresenta hipertonia elástica em MSD e MID. Balanço articular diminuído em punho e tornozelo direito.
Atividades reflexas:	Reação corporal de retificação e reação de proteção (anterior, lateral e posterior) presentes.
Contratura/ Deformidades/ Encurtamentos:	Encurtamento em musculatura flexora de MSD e musculatura extensora de MID.
Transferências e Posturas:	Assume todas as posturas, porém apresenta padrão flexor em MSD, leve compensação em tronco e desequilíbrio.
Equilíbrio:	Apresenta desequilíbrio ao andar em linha reta e circular. Não realiza apoio unipodal.
Órteses e equipamentos adaptativos:	Órtese Suropodálica (AFO) e Splint de Punho, mão e dedos.
Marcha:	Leve flexão plantar no apoio inicial e médio, diminuição da hiperextensão total de joelho na fase de apoio terminal do membro inferior direito. Dorsiflexão diminuída na fase de balanço em

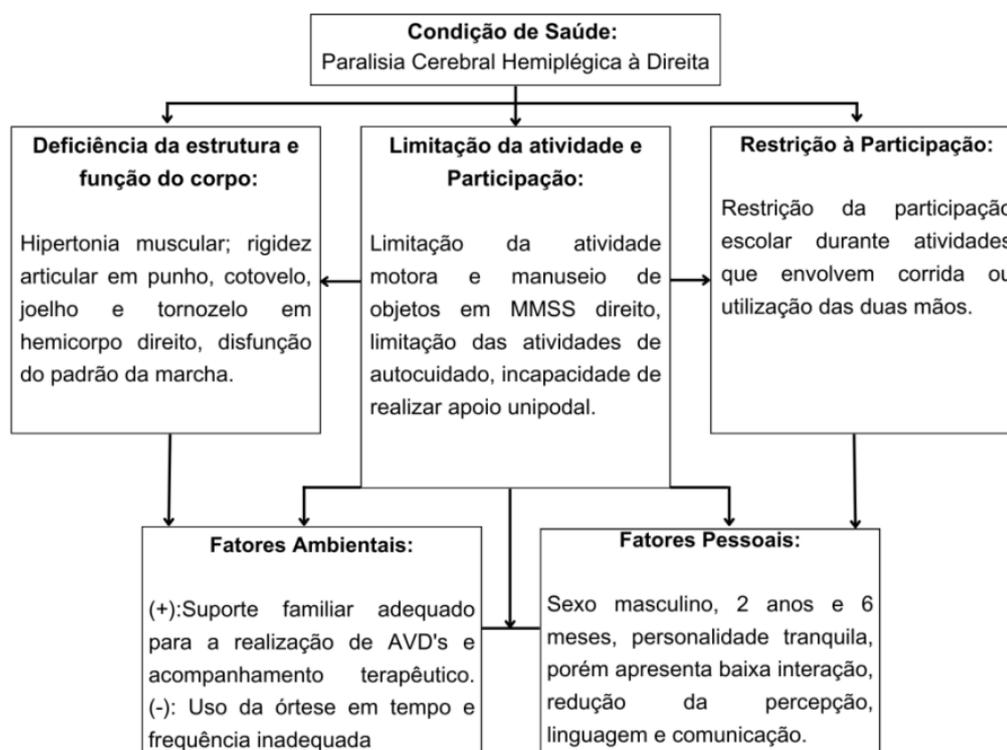
Tabela 4 - Critérios de avaliação (conclusão).

	<p>tornozelo direito. Flexão de quadril diminuída em lado direito, sendo compensada pela circundução do membro inferior, compensação de quadrado lombar. Flexão lateral do tronco para o lado direito. Diminuição da dissociação de cinturas.</p>
<p>Outras informações:</p>	<p>Alimenta de forma saudável, sem necessidade de texturas pastosas. Necessita de auxílio para se vestir e realizar a higiene pessoal. Dorme cerca de oito horas diárias.</p>

Fonte: Do Autor (2023).

Outro critério de avaliação utilizado foi a CIF, a qual possibilita tornar o diagnóstico mais funcional e adequado aos objetivos do paciente. Sendo assim, o tratamento se torna mais efetivo e multidimensional. Desse modo, segue na Figura 8 o quadro da CIF.

Figura 8: CIF.



Fonte: Do Autor (2023).

A fim de definir de forma precisa o grau de espasticidade, foi utilizado como ferramenta de avaliação a Escala de Ashwort Modificada, onde o paciente apresentou grau 2, sendo: aumento acentuado do tônus muscular durante maior parte da amplitude de movimento, mas a(s) parte(s) afetada(s) ainda é (são) facilmente movida(s). Essa escala possui critérios avaliativos graduados de 0 a 4, onde o primeiro determina movimento sem resistência e o segundo membro rígido em extensão ou flexão (HARB; KISHNER, 2023).

3.2.4 Condutas e intervenções

As condutas e intervenções foram traçadas partindo dos objetivos considerados durante a avaliação. Os atendimentos eram realizados com frequência de duas vezes semanais, durante uma hora. O tratamento fisioterapêutico realizado de forma eficiente deve ser embasado em práticas clínicas com evidências científicas seguras, a fim de possibilitar a melhora clínica do paciente. Por isso, durante cinco anos, foi possível acumular conhecimento nas mais diversas áreas fisioterapêuticas, possibilitando promover a correlação das disciplinas com o tratamento. Logo, de acordo com a disciplina de Semiologia, a anamnese é o primeiro passo decisivo para que a conduta terapêutica seja prescrita de forma adequada, pois é durante esta que serão realizados os testes específicos determinantes do grau de mobilidade, amplitude de movimento, dor e contraturas, além de colher informações do histórico de vida atual e progresso do paciente, hábitos alimentares e de exercícios físicos. Em relação à ativação muscular e realização de movimentos osteoarticulares, as disciplinas de Anatomia Músculo Esquelética; Biomecânica e Cinesiologia proporcionaram conhecimentos sobre a dinâmica corporal durante a execução do exercício. Para conhecer com precisão o desenvolvimento sensório-motor e as mudanças relacionadas à postura e comportamento, a disciplina de Movimento e Desenvolvimento Humano (MDH) possibilitou a melhor compreensão dos marcos motores esperados na vida da criança. Por fim, as disciplinas de Neurofuncional Pediátrica e PBE possibilitaram conhecimentos relacionados a afecções neurológicas centrais e periféricas infantis; e

como a adequada intervenção deve ser aplicada, a fim de promover a reabilitação e estabilização das consequências ocasionadas por tal patologia.

Os objetivos traçados à partir da avaliação foram: aprimoramento da marcha e equilíbrio, aprimoramento do controle de tronco, estimulação de tarefas bimanuais, fortalecimento e prevenção de deformidades musculoesqueléticas em MSD e MID e aperfeiçoamento da coordenação e motricidade fina em membros superiores. As intervenções fisioterapêuticas foram realizadas à partir destes objetivos. À seguir, na figura 9, é possível observar o paciente realizando treino de marcha e equilíbrio.

Figura 9 – Treino de marcha e equilíbrio.



Fonte: Do Autor (2023).

A figura 9 representa o paciente realizando o treino de marcha associado ao treino de equilíbrio. O objetivo principal é passar pelo circuito levando os animais até a fazenda. Inicialmente, foi solicitada a passagem do paciente pelo tapete numérico, alternando os apoios unipodal e bipodal. Posteriormente, era necessário realizar a passagem pelos obstáculos, realizando flexão de quadril. Por fim, era necessário atravessar o colchonete instável.

Fortes recomendações para o treinamento de marcha em crianças com PC foram consideradas como tratamento de primeira linha para melhora do quadro motor (DEMONT et al., 2022).

Crianças com comprometimento espástico hemiplégico com GMFCS I e II apresentam frequência maior no comprometimento da força, equilíbrio e habilidades motoras grossas como a marcha. O treinamento funcional é ideal quando o ambiente

simula o ambiente real, incluindo apoio em superfícies instáveis, ficar de pé unipodal e pular quadrados como amarelinha (SURAKANA et al., 2019).

O treino de tarefas motoras grossas com repetição proporciona melhora no componente atividade, de acordo com a classificação da CIF. Além disso, é possível avaliar melhora na marcha e estabilidade postural dinâmica em crianças com PC (DEWAR; LOVE; JOHNSTON, 2014).

À seguir, na Figura 10, será apresentado o treino de aprimoramento do controle de tronco.

Figura 10 – Aprimoramento do controle de tronco e estabilidade postural.



Fonte: Do Autor (2023).

A figura 10 representa o paciente executando treinamento de controle de tronco e estabilidade na postura ajoelhada. O objetivo da brincadeira é encaixar cada cone em sua respectiva cor de forma oblíqua, alternando os membros com os quais se realiza a tarefa, sendo necessária a reestruturação do equilíbrio corporal durante a sua execução. A postura assumida é a ajoelhada, onde o mesmo apresenta déficit de equilíbrio.

Crianças com PC possuem certa dificuldade em manter estabilidade mediante algumas posturas, dentre elas na posição ajoelhada. É importante promover estímulos que envolvem a desestabilização, pois a restauração da estabilidade é capaz de prevenir quedas e conexão entre os mecanismos que envolvem o equilíbrio (CAMARGOS et al. 2019).

Durante a realização da marcha patológica, muitos movimentos compensatórios ocorrem principalmente no nível do tronco, o que posteriormente, com a repetição, podem acarretar danos musculoesqueléticos secundários. Além disso, movimentos anormais podem ocasionar alterações no equilíbrio e funcionalidade (ATTIAS et al., 2014).

O direcionamento do treinamento de exercícios que envolvem o tronco promove melhor alinhamento postural, melhora dos ajustes antecipatórios e fortalecimento. Além disso, o treinamento da musculatura de tronco promove melhorias na realização da marcha (DEWAR; LOVE; JOHNSTON, 2014).

A figura 11 representa o paciente treinando atividades bimanuais.

Figura 11 – Treino de atividade bimanual.



Fonte: Do Autor (2023).

A figura 11 representa o paciente executando atividade bimanual, onde o objetivo é encontrar a peça exata de cada molde, utilizando as duas mãos para a realização do encaixe. Além disso, durante a ação da tarefa é possível estimular o cognitivo.

É comum, em indivíduos que apresentam PC, o surgimento de limitações que envolvem a realização de tarefas motoras. Porém, existem métodos com eficácia comprovada, que provêm a melhora motora do paciente que realiza durante a sua intervenção terapêutica o treinamento bimanual (NOVAK et al., 2020).

Em crianças portadoras de PC hemiplégica, durante a prática de tarefas bimanuais, é importante focar na realização completa da atividade. A tarefa bimanual possui a capacidade de envolver o uso das duas mãos durante a execução do objetivo, principalmente estimulando a mão mais afetada na promoção de atividades motoras e funções manuais como preensão e estabilização (JAKMAN et al., 2021).

Cada indivíduo possui um padrão único durante a realização de tarefas manuais, e de maneira cotidiana, é comum uma maior confiabilidade na mão não afetada. Durante a execução de tarefas bimanuais, é importante que o terapeuta realize *feedback* verbal. Logo, a melhora durante a execução de movimentos básicos com o membro afetado aumenta de forma significativa (WANG et al., 2021).

À seguir, na Figura 12, será apresentado o treino de fortalecimento muscular de membros superiores e inferiores.

Figura 12 – Treino de fortalecimento muscular.



Fonte: Do Autor (2023).

A figura 12 representa o paciente realizando treino de fortalecimento de membros superiores e inferiores, a partir da escalada no espaldar. O objetivo da brincadeira é alcançar o parafuso no topo e realizar o reparo com as ferramentas de brinquedo.

Crianças com PC apresentam, com frequência, força muscular reduzida acompanhada de espasticidade, além da dificuldade de realizar controle motor de maneira seletiva. Essas alterações podem ser ocasionadas pelo menor volume

muscular, redução no comprimento das fibras e déficits na ativação da unidade motora recrutada (TECKLIN, 2019).

O treinamento de força atua como estratégia de prevenção em crianças que apresentam PC. Além disso, contribui para a melhora do condicionamento físico (NOVAK, 2020).

O fortalecimento em crianças com PC se mostra eficiente quando se trata da melhora da força muscular de membros inferiores, além da melhora da resistência e benefícios na velocidade da marcha e equilíbrio na posição ortostática (MERINO-ANDRÉS et al., 2022).

À seguir, na Figura 13, será apresentado o treino de motricidade fina bimanual.

Figura 13 – Treino de coordenação e motricidade fina bimanual.



Fonte: Do Autor (2023).

O objetivo da atividade é completar o quadro de pinos com a maior quantidade possível de elásticos, permanecendo fixos e com o máximo de extensibilidade. Durante a tarefa os dois membros devem ser utilizados, realizando o treinamento dos movimentos de pinça fina.

Crianças com PC podem apresentar dificuldades na realização de tarefas que envolvem as mãos, podendo afetar a sua qualidade de vida. É importante conhecer o desenvolvimento das habilidades motoras finas, pois assim as intervenções podem

ser realizadas a fim de promover maior independência e funcionalidade, principalmente durante as atividades de vida diária que incluem a motricidade fina, como: vestir-se, rotina de cuidados pessoais, manipulação de pequenos objetos ou realização de atividades escolares (TECKLIN, 2019).

O treinamento bimanual com progressão da dificuldade, incluindo exercícios que promovem o uso da motricidade fina com o objetivo de conclusão de metas, promove melhorias na destreza e uso funcional das mãos em crianças com PC espástica hemiplégica (BRANDÃO et al., 2013).

O treinamento da motricidade em crianças com PC antes dos sete anos de idade visa uma melhor promoção da funcionalidade e otimização da função motora, visto que nesta faixa etária o ganho de aprendizado e capacidade de realização de neuroplasticidade são maiores devido à janela de aprendizagem (TINDERHOLT MYRHAUG et al., 2014).

Após a realização de em média vinte e cinco atendimentos, mesmo sem a utilização de escala qualificadora específica, foi possível observar durante a reavaliação melhora na atividade motora grossa e realização de tarefas bimanuais. Inicialmente, quanto à atividade motora grossa, o paciente realizava as intervenções de marcha e equilíbrio somente com apoio da terapeuta, apresentando significativo desequilíbrio. Posteriormente, realizou as mesmas intervenções com deambulação livre e maior controle do equilíbrio. Em relação às atividades bimanuais, o mesmo, no início, apresentava desuso do membro afetado, realizando tarefas unimanuais. Logo, no decorrer do tratamento, demonstrou maior interesse no uso do membro afetado, realizando tarefas bimanuais. Segundo relatos da mãe, durante as AVD's, apresentou maior independência para realização de tarefas que necessitam do uso bimanual.

3.3 Contextualização da aluna Pâmela Lima do Espírito do Santo

Paciente G. E. O. S. S, sexo feminino, oito anos e seis meses, com diagnóstico médico de Mielomeningocele (MMC). Durante a avaliação, a mãe relatou que a gestação não foi planejada, tendo sido descoberta aos três meses. Desde então, realizou o acompanhamento pré-natal, usou ácido fólico, sendo que,

nenhuma alteração foi encontrada nos primeiros exames, até que, faltando um mês para o parto o médico solicitou um Ultrassom, que mostrou a má formação na coluna da paciente. O parto foi cesáreo, com 39 semanas de gestação, no dia 31/03/2015, a paciente apresentou os seguintes dados ao nascimento: Perímetro Cefálico 34 cm; Comprimento 48,5 cm; Peso ao Nascimento 2.890 kg; Apgar no primeiro minuto 8 e no quinto minuto 9. Logo após o nascimento, foi submetida a uma intervenção cirúrgica para correção do Defeito do Fechamento do Tubo Neural (DFTN) e colocação da Derivação Ventrículo Peritoneal (DVP), e precisou ficar sete dias na UTI Neonatal, recebendo alta no dia 09/04/2015. Há dois anos, realizou a drenagem do líquido, e após um ano realizou a troca da válvula. A paciente também passou por uma cistostomia devido à bexiga neurogênica (BN). Além disso, em maio de 2023, a paciente passou por uma cirurgia de medula presa, que estava prejudicando suas atividades diárias, causando regressão de habilidades já adquiridas. Em relação à CIF, a G.E. é independente para realizar suas atividades diárias de alimentação, locomoção, higiene, sendo dependente somente de alguém para trocar a sua fralda. Além disso, a paciente participa de todas as atividades propostas pela escola onde estuda, não apresentando restrições.

3.3.1 Defeitos do fechamento do tubo neural

Os DFTN são malformações congênitas, devido a uma falha no fechamento do Tubo Neural, que ocorre durante a quarta semana de gestação. Sua etiologia é multifatorial, envolvendo tanto fatores genéticos, como Diabetes Mellitus materno, ou mãe com epilepsia que faz uso de anticonvulsivantes durante a gestação, quanto fatores ambientais, com ênfase na deficiência do ácido fólico. A MMC é caracterizada por um defeito no fechamento ósseo posterior da coluna vertebral, em que não ocorre a formação do processo espinhoso, ocasionando o extravasamento da placa Neural. Cerca de 20% das crianças com MMC podem apresentar malformações em outros sistemas, como o urinário, o digestivo, e o cardiovascular. Por isso, é importante realizar uma avaliação completa de todos esses sistemas (EBSERH, 2021).

3.3.2 Malformação de Chiari tipo II

A malformação de Chiari é uma alteração congênita em que ocorre um alongamento descendente do tronco cerebral e do cerebelo em direção ao canal medular. Pode ser subdividida em vários tipos, sendo que, no tipo II em específico, há herniação das seguintes estruturas através do forame occipital: amígdalas, verme cerebelar, IV° ventrículo e porção inferior do bulbo (ARAÚJO et al., 2017).

A malformação de Chiari tipo II e a Hidrocefalia são alterações comuns associadas à MMC, sendo que, em aproximadamente 80% a 90% dos pacientes ocorre a Hidrocefalia caracterizada por hipertensão intracraniana e dilatação ventricular progressiva, sendo necessário à colocação de válvula de derivação ventrículo peritoneal (BIZZI; MACHADO, 2012).

3.3.3 Derivação ventrículo-peritoneal

A derivação ventrículo-peritoneal é realizada colocando-se um cateter dentro do ventrículo, ligado a uma válvula unidirecional, que é conectada a outro cateter que segue em direção ao peritônio, onde o excesso de líquido é drenado, com o objetivo de manter a pressão intracraniana controlada (CUNHA et al., 2021).

3.3.4 Bexiga neurogênica

Algumas crianças com MMC possuem alterações no sistema urinário caracterizando a chamada Bexiga Neurogênica, sendo uma alteração neurológica que causa disfunções nas vesículas e nos esfíncteres, resultando em alteração do seu funcionamento fisiológico. A BN pode ser tanto hiperativa, em que há incontinência e urgência miccional, quanto hipoativa, por exemplo, na MMC, em que não há esvaziamento completo da bexiga e devido a isso resta um resíduo urinário pós-miccional (TAVARES et al., 2021)

3.3.5 Cistostomia

A Cistostomia é uma cirurgia de derivação vesical em que é colocado um cateter no interior da bexiga, a fim de criar uma saída alternativa da urina retida. Ela é indicada para bexiga neurogênica, principalmente por evitar a passagem de sonda vesical várias vezes ao dia, diminuindo o risco de infecção (COLOGNA, 2011).

3.3.6 Medula presa

Como dito anteriormente, após o nascimento, as crianças com MMC passam pela cirurgia para correção do DFTN. No entanto, com o crescimento da criança e consequente estiramento da medula, a cicatriz da cirurgia pode sofrer aderência dos tecidos levando a dor, fraqueza muscular, escoliose, deformidades ortopédicas. Diante disso, há necessidade de se realizar uma nova cirurgia, para liberação da medula, que interrompe o agravamento clínico e revertendo os sintomas (OLIVEIRA; CAVALHEIRO; FARIA, 2014).

3.3.7 Avaliação

Após coleta da história da paciente com a mãe, foi realizada uma avaliação física específica da criança, levando em consideração questões individuais, a fim de determinar o diagnóstico fisioterapêutico, bem como objetivos e condutas fisioterapêuticas. Essa avaliação, foi realizada baseada na ficha de avaliação de Neuropediatria da Clínica Escola do UNILAVRAS, disposta na tabela 5.

Tabela 5- Principais tópicos da ficha de avaliação do paciente (continua).

Itens da ficha de avaliação de Neuropediatria	Dados coletados
Data de avaliação com a mãe:	28/02/2023
Data de avaliação com a criança:	07/03/2023

TABELA 5: Principais tópicos de avaliação do paciente (continua).

Queixa principal:	Melhorar o controle do quadril, pois caí para o lado às vezes, melhorar a força, e andar com ajuda (SIC).
Desenvolvimento motor:	Possuí controle cervical total; de tronco com déficit de força em abdômen inferior devido ao nível da MMC. Rola com ajuda dos membros superiores para completar o movimento devido à inativação dos músculos dos membros inferiores. Arrasta somente na posição sentada. Ortostatismo somente com apoio e uso de tecnologia assistiva. Não realiza a marcha independente, e atualmente realiza o treino de marcha com auxílio da HKAFO.
Tipo de tônus / Balanço:	Hipotonia de MMII e tronco inferior. Balanço articular aumentado
Atividades reflexas:	Possuí reação corporal de retificação e reações de proteção anterior, lateral e posterior.
Encurtamentos/Contraturas/Deformidades:	Apresenta luxação de quadril (conforme informações descritas pela mãe) escoliose, e rigidez articular nos joelhos.
Transferências e posturas:	Realiza a transferência de supino para prono com compensação, força com os MMSS e tronco superior para girar o tronco inferior e as pernas. Realiza a transferência de prono para gato com compensação forçando somente os MMSS. Assume a postura de gato e permanece, controlando com os MMSS e desalinhamento de quadril. As demais posturas não foram testadas, pois a paciente não realiza de modo independente.
Equilíbrio:	Possui equilíbrio estático sentada. Os demais não foram possíveis testar, pois a paciente não assume postura.

TABELA 5: Principais tópicos de avaliação do paciente (conclusão).

Órteses e equipamentos Adaptativos:	AFO, HKAFO, e polaina extensora bilateral. Cadeira de rodas e de banho.
Marcha:	Não foi possível realizar a análise da marcha, pois paciente não realiza sem equipamentos adaptativos.
Informações adicionais:	Paciente não faz uso de medicamentos, nunca teve convulsão. Mãe não apresentou nenhum exame.

Fonte: Do Autor (2023).

3.3.8 Conduas e intervenções

De acordo com as informações colhidas na avaliação, e do conhecimento teórico adquirido durante a formação acadêmica, foi possível traçar os seguintes objetivos fisioterapêuticos: aprimorar controle de tronco; fortalecer os músculos abdominais e os músculos dos MMSS; estimular a posição ortostática com apoio e através dessa, fortalecer os músculos dos MMII; estimular a marcha com estímulos e apoio.

Sendo assim, serão apresentados alguns exercícios realizados ao longo das sessões que podem ser relacionados com as disciplinas: MDH, pois explica sobre o desenvolvimento motor típico das crianças; Fisioterapia Neurofuncional Pediátrica, onde são estudadas as principais patologias que acometem as crianças, e conseqüentemente as alterações no desenvolvimento motor, bem como as intervenções fisioterapêuticas; Anatomia Musculoesquelética, que permite o conhecimento dos músculos, suas origens, inserções e ações, sendo importante para aplicabilidade dos exercícios; Cinesiologia, pois permite entender como ocorrem os movimentos, tanto musculares, quanto articulares; Cinesioterapia, que ensina várias intervenções para serem realizadas no paciente, como fortalecimento muscular, alongamento; PBE, pois permite o aprendizado para busca de bons artigos, auxiliando para um bom tratamento fisioterapêutico.

À seguir será apresentada a figura 14, que corresponde ao aprimoramento do controle de tronco.

Figura 14 – Aprimoramento do controle de tronco.



Fonte: Do Autor (2023).

Esse exercício foi proposto a fim de aprimorar o controle de tronco, em superfície instável, em que, a paciente era orientada a pegar algumas bolas que estavam dentro da caixa, e realizar rotação e inclinação do tronco, para colocá-las em outra caixa do lado oposto.

A MMC causa alterações motoras e sensoriais, do nível da lesão para baixo. Devido a isso, e à adoção de posturas viciosas, as crianças desenvolvem alterações tanto na coluna vertebral, como aumento da cifose e escoliose, quanto no quadril e MMII, como assimetrias e contraturas. Sendo que, em pacientes que utilizam a cadeira de rodas para mobilidade, assimetrias pélvicas podem piorar as alterações da coluna vertebral (CAMARGOS, et al., 2019).

Crianças com MMC frequentemente possuem deformidades vertebrais, que podem causar dificuldades para a manutenção do equilíbrio de tronco, fazendo com que utilizem as mãos como apoio, prejudicando o uso da cadeira de rodas, conseqüentemente diminuindo sua qualidade de vida (ALVES; MONTES; ANDRADE, 2022).

Devido ao não fechamento posterior da coluna, as crianças com MMC nascem com um ângulo de lordose lombar alterado (LLA). Existe uma forte relação entre o LLA, às funções do tronco e o equilíbrio sentado. Então, para essas crianças,

o aprimoramento do controle de tronco é de suma importância para estabilização segmentar e postural e desenvolvimento do equilíbrio (KARACA; KÝLÝNÇ, 2021).

Diante disso, entende-se a importância de ter como um dos objetivos o aprimoramento do controle de tronco, já que, a estabilização postural, a mobilidade na cadeira de rodas, e a qualidade de vida são dependentes desse controle.

À seguir será apresentada a Figura 15, que corresponde ao fortalecimento dos músculos abdominais.

Figura 15 – Fortalecimento abdominal.



Fonte: Do Autor (2023).

Nesse exercício, a criança devia passar da postura deitada para sentada, com objetivo de fortalecer os músculos abdominais, com auxílio da fisioterapeuta para estabilizar os MMII. Essa atividade foi proposta em forma de competição de quem tirava o chapéu dos cones mais rápido, sendo cronometrado o tempo.

É necessária uma avaliação rigorosa quanto aos objetivos fisioterapêuticos individuais para cada criança, levando-se em consideração o nível de lesão. Sendo que, para pacientes com lesão lombar alta, o fortalecimento dos músculos abdominais é benéfico para melhorar sua estabilização corporal (NUNES et al., 2023).

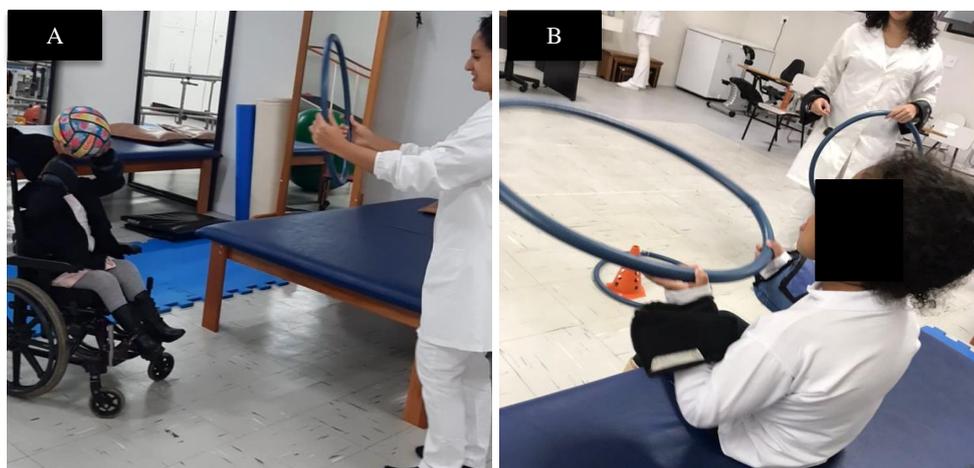
Na intervenção fisioterapêutica para crianças com MMC, devem ser realizados exercícios que exigem a contração abdominal, a fim de fortalecer os músculos abdominais e retificar a coluna lombar (SANTOS et al., 2022).

Para fortalecimento abdominal em crianças com MMC, podem ser usados exercícios do método Pilates no solo ou aparelhos, de modo adaptado a fim de se introduzir o lúdico, favorecendo a melhora da estabilização, controle e ajuste postural (ARAÚJO et al., 2020).

Assim, nota-se que é interessante o uso do exercício *Roll Up* do método Pilates, de forma lúdica, para fortalecimento abdominal, e conseqüentemente melhora da estabilização.

À seguir será apresentada a figura 16, que corresponde ao fortalecimento dos músculos do MMSS.

Figura 16 – Fortalecimento de MMSS.



Fonte: Do Autor (2023).

Essas atividades foram propostas com o objetivo de fortalecimento geral dos MMSS, para facilitar as atividades de vida diária. Foi colocada uma caneleira de 1 kg na extremidade de ambos os MMSS, sendo que a brincadeira consistia em acertar o alvo.

Crianças com MMC podem desenvolver vários distúrbios, dentre eles, o distúrbio motor, levando a limitações funcionais, devido à diminuição da força muscular, o que pode restringir a sua independência. Nessa situação, a intervenção fisioterapêutica nas crianças com MMC se mostra imprescindível, para estimulação do desenvolvimento motor, facilitando tanto as habilidades motoras, quanto a independência funcional (ALVES; MONTES; ANDRADE, 2022).

Em relação à fisioterapia para MMC, não existe um protocolo pré-determinado a ser seguido, já que, as intervenções vão depender do nível da lesão. No entanto, independentemente do nível, um consenso importante é que deve-se fortalecer os músculos acima da lesão, para que as crianças possam utilizar os membros não acometidos na realização das atividades de vida diária (IWABE-MARCHESE, 2019).

Estudos mostram que crianças com MMC que não realizam a marcha de modo independente e realizam intervenção fisioterapêutica, apresentam melhora na força muscular de MMSS, na resistência cardiovascular e na autoestima (CAPELINE et al., 2014).

Diante disso, percebe-se a necessidade do fortalecimento dos músculos dos MMSS, para prevenir a perda de tarefas motoras, garantindo a manutenção da independência para realização das atividades de vida diária.

À seguir será apresentada a figura 17, que corresponde ao estímulo da posição ortostática com apoio, e fortalecimento dos músculos do MMII a partir dessa postura.

Figura 17 – Estímulo da posição ortostática.



Fonte: Do Autor (2023).

Para realização dessa atividade, foi colocada a AFO e a polaina extensora nos MMII da paciente, atrelado ao uso de um tapete antiderrapante para melhor posicionamento dos pés, e da bola para auxiliar na estabilização do quadril anteriormente, juntamente com as mãos da fisioterapeuta posteriormente. Também

foi utilizado um espelho para ajudar a visualizar o posicionamento, sendo que, enquanto a paciente permanecia na postura, como forma lúdica ela era uma maquiadora atendendo suas clientes.

Crianças típicas assumem a posição ortostática de modo independente por volta dos 10 meses de vida, que é quando surge o interesse pela posição, para ver melhor o meio em que está inserida. Então, com o objetivo de que as crianças atípicas assumam a postura, a partir dessa idade, são utilizadas órteses e dispositivos auxiliares, que contribuem para o desenvolvimento visual e motor da criança, além de estimular o uso dos MMSS e favorecer a postura em extensão (FABRIN et al., 2014).

O uso de órteses, em crianças com MMC, previne o desenvolvimento de contraturas e deformidades; devido a isso, a AFO frequentemente é indicada para diminuir o grau de dorsiflexão da articulação do tornozelo (MACHADO; GERZSON; ALMEIDA, 2019).

A polaina extensora é um tipo de órtese confeccionada em espuma e lona, com barbatanas de polipropileno ou bambu tratado e com forro em seu interior, com o objetivo de estabilizar a cadeia flexora dos joelhos. São utilizadas nas crianças que não possuem controle dessa musculatura, para estabilização dos joelhos na posição ortostática (CARVALHO, 2013).

Sendo assim, a utilização da AFO e da polaina extensora é importante para auxiliar a posição ortostática, contribuindo para descarga de peso nos MMII, favorecendo a postura em extensão, enquanto é estimulado o uso dos MMSS.

À seguir será apresentada a figura 18, que corresponde ao estímulo da marcha, com uso da HKAFO, e andador.

Figura 18 – Estímulo da marcha.



Fonte: Do Autor (2023).

Nessa atividade, foi colocada a HKAFO, atrelado ao auxílio do andador, para estimular a marcha da paciente, em que, ela foi instruída a caminhar certa distância, simulando um desfile de moda, no qual, ao finalizar ela receberia uma pontuação.

Crianças com MMC em nível lombar alto possuem prognóstico regular para deambulação. Então, a cinesioterapia é importante para estimular a marcha através do movimento, sendo utilizada com o objetivo de fortalecimento muscular, coordenação motora e reeducação da postura (SOUZA, 2022).

Devido ao atraso da marcha em crianças com MMC, recomenda-se o uso de órteses, prescritas corretamente e de modo individualizado, como uma terapia complementar, a fim de estabilizar e auxiliar os movimentos, para proporcionar uma melhor independência e funcionalidade (MORAIS et al., 2022).

Tanto a HKAFO, quanto a órtese de marcha recíproca (RGO) são recomendadas para auxílio da marcha em crianças com MMC nível lombar alto. Sendo que, a HKAFO quando comparada a RGO, mostrou maior consumo de oxigênio, e menor gasto energético na realização da marcha, assim, os pacientes em uso da HKAFO eram mais rápidos (THOMAS et al., 2001).

Dessa forma, a utilização da HKAFO para estimular a marcha mostra-se uma abordagem importante, principalmente para auxiliar na estabilização articular, bem como para aumentar a velocidade, e assim, garantir maior independência.

Após a finalização das sessões de intervenção fisioterapêutica, durante a reavaliação, mesmo sem a utilização de uma escala específica, foi possível perceber que a paciente obteve melhora na força dos MMSS. Sendo que, essa melhora foi

percebida devido a evolução de carga, pois inicialmente as atividades eram realizadas com caneleira de 1/2 kg, e posteriormente, com caneleira de 1 kg. A paciente também obteve uma melhora no controle de tronco, realizando as atividades em superfícies instáveis como no bozu, com maior facilidade. Além disso, foi possível observar um aumento do controle postural na posição ortostática, e no treino de marcha.

4 AUTOAVALIAÇÃO

4.1 Análise Crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Esthefany Cristina Carneiro de Almeida

Por meio do processo de desenvolvimento desse portfólio pude aprofundar meu conhecimento sobre as queimaduras e suas implicações e o quanto a Fisioterapia Dermatofuncional é importante e benéfica no tratamento das sequelas de queimadura, tanto para o ganho de funcionalidade como também melhora na qualidade de vida. Durante os atendimentos pude correlacionar a teoria com a prática clínica, buscando aprimorar meus conhecimentos, proporcionando um tratamento eficiente e com evidências científicas para minha paciente.

4.2 Análise Crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Giovana Honorato Oliveira

Mediante a elaboração desse portfólio foi possível aprender a correlacionar a aplicação de técnicas fisioterapêuticas com evidências científicas atuais. Além disso, foi observável a compreensão com mais clareza da PC e a efetividade da Fisioterapia Neurofuncional Pediátrica para tal patologia, visto que para proporcionar um tratamento efetivo, foi necessário revisar diversos conteúdos cursados ao decorrer da graduação. Contudo, no início, a habituação com o paciente durante os atendimentos foi um desafio, visto que o mesmo demonstrava dificuldades de interação, mas no decorrer do tratamento tal barreira foi superada.

4.3 Análise Crítica dos aprendizados adquiridos pela aluna Pâmela Lima do Espírito Santo

Através da elaboração desse portfólio, tive a oportunidade de compreender melhor a relação entre a busca de referencial teórico e sua aplicação na prática clínica. Também, consegui expandir meu conhecimento sobre a MMC e suas implicações para minha paciente, de modo a perceber o quanto a fisioterapia é importante para garantir melhorias na sua funcionalidade e qualidade de vida. No entanto, em relação à prática clínica, inicialmente os atendimentos eram desafiadores, dada a dificuldade de se inserir o lúdico para cativar a paciente. Mas,

isso foi de suma importância para a busca por mais conhecimento, bem como para o meu amadurecimento para lidar com os desafios.

5 CONCLUSÃO

5.1 Esthefany Cristina Carneiro de Almeida

Com a elaboração desse portfólio pude perceber a importância da Fisioterapia na qualidade de vida e funcionalidade dos pacientes. Tendo em vista que, quando é realizada uma avaliação criteriosa, completa e com embasamento científico nos possibilita realizar um tratamento eficaz para o paciente garantindo uma evolução rápida e segura.

5.2 Giovana Honorato Oliveira

Logo, é possível concluir que, através do conhecimento teórico científico adequado é capaz de se realizar uma avaliação completa que irá proporcionar um tratamento fisioterapêutico eficaz. Assim, a promoção da funcionalidade e melhora clínica do paciente são alcançados, proporcionando melhor qualidade de vida e experiência com a fisioterapia.

5.3 Pâmela Lima do Espírito Santo

Sendo assim, é possível concluir que, com base em uma avaliação completa, servindo como base para a definição dos objetivos fisioterapêuticos, seguida da aplicação de exercícios específicos baseado em evidências científicas, a fisioterapia é extremamente importante na funcionalidade, independência e qualidade de vida das crianças com MMC.

REFERÊNCIAS

ALVES, Beatriz dos Santos; MONTES, Thais Morais Veras; ANDRADE, Patrícia Assis de. Importância da fisioterapia na função motora em crianças portadoras de mielomeningocele. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 14, p. 1-9, 3 nov. 2022. Research, Society and Development. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36596>.

ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA, 2005, Rio de Janeiro. **ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2005. 555 p. Disponível em: <https://www.anaisdedermatologia.org.br/>. Acesso em: 01 set. 2023.

ARAÚJO, Davi Oliveira *et al.* Os benefícios do pilates para crianças acometidas pela mielomeningocele. **Revista Liberum Accessum**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 1-12, jan. 2020.

ARAÚJO, Itamar Alves *et al.* Malformação de arnold-chiari: uma revisão bibliográfica. **Journal Of Medicine And Health Promotion**, Patos de Minas, v. 2, n. 3, p. 651-660, jul. 2017.

ATTIAS, M. *et al.* Trunk movements during gait in cerebral palsy. **Clinical Biomechanics**, v. 30, n. 1, p. 28–32, jan. 2015.

BARBIN, Isabel Cristina Chagas. **Prótese e órtese**. Londrina: Londrina, 2017. 168 p.

BIZZI, Jorge W. Junqueira; MACHADO, Alessandro. Mielomeningocele: conceitos básicos e avanços recentes. **Jornal Brasileiro de Neurociência**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 138-151, mar. 2012.

BRANDÃO, M. B. *et al.* Comparison of Structured Skill and Unstructured Practice During Intensive Bimanual Training in Children With Unilateral Spastic Cerebral Palsy. **Neurorehabilitation and Neural Repair**, v. 28, n. 5, p. 452–461, 27 dez. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Fisioterapeuta é habilitado para tratar feridas e queimaduras**. 2018. Disponível em: coffito.gov.br. Acesso em: 01 out. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Parecer técnico-científico: atuação do fisioterapeuta em feridas e queimaduras**. Atuação do Fisioterapeuta em Feridas e Queimaduras. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/>. Acesso em: 01 jul. 2023.

BRITO, P. K. S. de; ANGELIM, C. C; CASSEB, S. M. M. A systematic review about benefits of manual lymphatic drainage in treating edema in lower members. Research, Society and Development, [S. l.], v. 10, n. 4, p. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13968>. Acesso em: 23 oct. 2023
CAMARGOS, Ana Cristina Resende; LEITE, Hércules Ribeiro; MORAIS, Luzia

de Sousa; LIMA, Vanessa. **Fisioterapia em pediatria: Da evidência à prática clínica**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 616 p., 2019.

CANS, C. et al. Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 49, p. 35–38, fev. 2007.

CAPELINI, Camila Miliani *et al.* Intervenção fisioterápica em pessoas com mielomeningocele. **Fisioterapia Brasil**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 298-33, ago. 2014.

CARVALHO, José André. **Órteses: um recurso terapêutico complementar**. 2. ed. Barueri: Manole, 2013. 378 p.

COLARES, Renata Pinheiros *et al.* Efeito da cinesioterapia em crianças queimadas: revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 130-134, jun. 2017. Semestral. Disponível em: rbqueimaduras.org.br. Acesso em: 01 out. 2023.

COLOGNA, Aduino José. Cistostomia. **Revista Medicina (Ribeirão Preto)**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 57-62, mar. 2011.

CUNHA, Marianne Muller da *et al.* Complicações da Derivação Ventrículo Peritoneal em Pacientes Pediátricos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 26, p. 1-19, abr. 2021. Disponível em:

DEMONT, A. et al. Evidence-Based, Implementable Motor Rehabilitation Guidelines for Individuals With Cerebral Palsy. **Neurology**, v. 99, n. 7, p. 283–297, 16 ago. 2022.

DEWAR, R.; LOVE, S.; JOHNSTON, L. M. Exercise interventions improve postural control in children with cerebral palsy: a systematic review. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 57, n. 6, p. 504–520, 18 dez. 2014. Disponível em: rbqueimaduras.org.br. Acesso em: 01 ago. 2023.

FABRIN, Saulo *et al.* Tipos de órteses utilizados no auxílio a marcha em crianças com mielomeningocele: revisão literária. **Efdeportes.Com**, Buenos Aires, v. 197, n. 19, p. 1-5, out. 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso em: 01 out. 2023.

FAGUNDES, Diego Santos. **Cinesioterapia**. Porto Alegre: Grupo A, 2018. 166 p.

FERNANDES, Marília Isadora Silva. A atuação da fisioterapia dermatofuncional na reabilitação de pacientes queimados: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Uningá**, Maringá, v. 56, n. 3, p. 176-186, set. 2019. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/2972/2027>. Acesso em: 01 out. 2023.

GIRARD, Dorothée *et al.* Biotechnological Management of Skin Burn Injuries: Challenges and Perspective in Wound Healing and Sensory Recovery. **National Library Of Medicine**, United States Of America, v. 23, n. 1, p. 59-69, fev. 2017.

GUIRRO, Elaine Caldeira O.; GUIRRO, Rinaldo R. J. **Fisioterapia Dermatofuncional: fundamentos recursos tratamentos**. 4. ed. Barueri: Manole, 2023. 546 p.

HARB, Andrew; KISHNER, Stephen. **Modified Ashworth Scale**. National Library of Medicine. Treasure Island , 2023. Disponível em:

HIRATUKA, E.; MATSUKURA, T. S.; PFEIFER, L. I. Adaptação transcultural para o Brasil do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 6, p. 537–544, dez. 2010.

ENCEFALOCELE E MIELOMENINGOCELE - PRO.MED-NEO.069 - pdf — Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/neonatologia/encefaloccele-e-mielomeningoccele-pro-med-neo-069-pdf/view>>.

IWABE-MARCHESE, Cristina. **Fisioterapia na Saúde da Criança e do Adolescente**. Londrina: Londrina, 2019. 150 p.

JACKMAN, M. et al. Interventions to improve physical function for children and young people with cerebral palsy: international clinical practice guideline. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 64, n. 5, 21 set. 2021.

JAMALI, A. R.; AMINI, M. The Effects of Constraint-Induced Movement Therapy on Functions of Cerebral Palsy Children. **Iranian Journal of Child Neurology**, v. 12, n. 4, p. 16–27, 2018.

KARACA, Osman; KÖLİNG, Muhammed. Could Lumbar Lordosis Angle Be A Predictor of Functionality in Children with Spina Bifida? A Cross-Section Study. **Developmental Neurorehabilitation**, [S.L.], v. 24, n. 7, p. 442-447, 3 jan. 2021. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/17518423.2020.1869853>.

KISNER, Carolyn; COLBY, Lynn Allen; BORSTAD, João. Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas. 7. ed. São Paulo: Manole, 2021. p. 1-1140.

2- LEDUC, Abert; LEDUC, Olivier. Drenagem Linfática. 2. ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 1-65.

LEHMAN, L. L.; RIVKIN, M. J. Perinatal Arterial Ischemic Stroke: Presentation, Risk Factors, Evaluation, and Outcome. **Pediatric Neurology**, v. 51, n. 6, p. 760–768, dez. 2014.

LIMA, Mariana Rodrigues de *et al.* Avaliação da sensibilidade em áreas de enxerto cutâneo do membro superior de pacientes queimados e sua repercussão na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 43-49, 2020.

MACHADO, Francine Zillmer; GERZSON, Laís Rodrigues; ALMEIDA, Carla Skilhan de. INÍCIO DA MARCHA NA MIELOMENINGOCELE: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção À Saúde**, [S.L.], v. 17, n. 61, p. 93-104, 9 dez. 2019. USCS Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

MATIELLO, Aline Andressa *et al.* **Fisioterapia Dermatofuncional**. Porto Alegre: Grupo A, 2023. 282 p.

MELO, Patrícia Inês Serra Pereira Caldas. **Atuação do fisioterapeuta dermatofuncional e seu reconhecimento pelos profissionais de saúde na região de Lisboa**. 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Fisioterapia, Instituto Politecnico de Lisboa, Lisboa, 2014. Disponível em: repositorio.ipl.pt. Acesso em: 02 out. 2023.

MERINO-ANDRÉS, J. *et al.* Effect of muscle strength training in children and adolescents with spastic cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Rehabilitation**, v. 36, n. 1, p. 026921552110401, 18 ago. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral**. Brasília/DF: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_paralisia_cerebral.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2023.

MORAIS, Bianca Silva de; VIRGENS, Cristiane Ventura Santos das; SANTOS, Mery Ellen Câmara da Silva; KÓS, Rodolfo Silva. Efeitos da prescrição de órtese no indivíduo com Mielomeningocele. **Revista Neurociências**, [S.L.], v. 30, p. 1-21, 7 dez. 2022. Universidade Federal de São Paulo. <http://dx.doi.org/10.34024/rnc.2022.v30.14038>.

MOREIRA, Paulo Henrique Cinelli *et al.* Estudo comparativo entre alongamentos passivo e por inibição ativa com relação ao ganho de flexibilidade. **Revista Biociência**, Taubaté, v. 12, n. 2, p. 82-87, jan. 2006. Disponível em: periodicos.unitau.br. Acesso em: 01 ago. 2023.

NELSON, Arnould G; KOKKONEN, Jouko. **Anatomia do Alongamento**. Barueri: Manole, 207. 145 p.

NOSSA CASA. **Gross Motor Function Classification System (GMFCS – E & R)**. Instituto Nossa Casa, 2018. Disponível em: <https://nossacasa.org.br/gmfcs/>. Acesso em: 20 de set. de 2023.

NOVAK, I. et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, v. 20, n. 2, fev. 2020.

NOVAK, I. Evidence-Based Diagnosis, Health Care, and Rehabilitation for Children With Cerebral Palsy. **Journal of Child Neurology**, v. 29, n. 8, p. 1141–1156, 22 jun. 2014.

NUNES, Fernanda Mesquita *et al.* Abordagens fisioterapêuticas no tratamento de crianças com mielomeningocele. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, Teófilo Otoni, v. 8, p. 1-12, jun. 2023.

OLIVEIRA, Ana Lúcia Batista de; CAVALHEIRO, Sergio; FARIA, Tereza Cristina Carbonari. The tethered spinal cord syndrome at myelomeningocele: clinic evolution pre- and post-release. **Revista Neurociências**, [S.L.], v. 22, n. 02, p. 249-255, 30 jun. 2014. Universidade Federal de Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.4181/rnc.2014.22.02.921.7p>.

OLIVEIRA, Fernanda Ribeiro de. **Drenagem linfática**. Porto Alegre: Soluções Educacionais Integradas, 2023. 15 p.

OLIVEIRA, Thayssa de Moraes *et al.* Fisioterapia em grande queimado: relato de caso em centro de tratamento de queimados na Amazônia brasileira. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Paraná, v. 14, n. 4, p. 285-289, jul. 2015. Disponível em: <http://rbqueimaduras.org.br/details/279/pt-BR/fisioterapia-em-grande-queimado--relato-de-caso-em-centro-de-tratamento-de-queimados-na-amazonia-brasileira>. Acesso em: 01 out. 2023.

ORGANIZATIONAL PRINCIPLES TO GUIDE AND DEFINE THE CHILD HEALTH, 2015, Unites States Of America. The Apgar Score. Unites States Of America: [S.I.], 2015. 4 p.

O'SULLIVAN, Susan B.; SCHMITZ, Thomas J. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. 5. ed. Barueri: Manole, 2007. 1447 p.

PFEIFER, L. I. et al. Classification of cerebral palsy: association between gender, age, motor type, topography and Gross Motor Function. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 67, n. 4, p. 1057–1061, dez. 2009.

RODRIGUES, S. M. A. et al. Telerreabilitação na fisioterapia neurofuncional pediátrica durante a pandemia de COVID-19: percepção dos pais, desafios e contribuições. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 13, p. e4907–e4907, 15 mar. 2023.

RODRIGUES, Samara Maria Alves *et al.* Telerreabilitação na fisioterapia neurofuncional pediátrica durante a pandemia de COVID-19: percepção dos pais, desafios e contribuições. **Journals Bahiana: Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Bahia, v. 13, n. 8, p. 1-9, out. 2023. Disponível em:

ROSENBAUM, P. L. et al. Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 50, n. 4, p. 249–253, abr. 2008.

SANTOS, Janes Colares dos *et al.* A FISIOTERAPIA NA MALFORMAÇÃO DO TUBO NEURAL. **Revista Científica dos Cursos de Graduação do Centro Universitário Vale do Cricaré**, Espírito Santo, v. 4, n. 1, p. 213-231, jul. 2022.

SILVA, G. C. *et al.* Transplante de Pele. **Revista Ciências da Saúde Unisantacruz**, Curitiba, v. 3, n. 3, p. 193-197, abr. 2015. Disponível em: <https://unisantacruz.edu.br/>. Acesso em: 01 out. 2023.

SILVA, S. A. MEJIA, D. P. M. Uma revisão de literatura sobre as fibroses e aderências teciduais. **Portal Bio Cursos**, 2017.

SILVA, Tamires Mendonça da *et al.* Fatores que interferem na cicatrização de queimaduras em adultos: Revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Queimaduras**, Paraná, v. 19, n. 1, p. 89-94, jul. 2021. Disponível em: <http://www.rbqueimaduras.com.br/details/505/pt-BR/fatores-que-interferem-na-cicatrizacao-de-queimaduras-em-adultos--revisao-integrativa-da-literatura>. Acesso em: 01 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA DERMATOLÓGICA (org.). **Enxertos e Retalhos**. Disponível em: <https://www.sbcd.org.br/>. Acesso em: 01 out. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA (org.). **Drenagem Linfática: o que é. o que é.** 2021. Disponível em: sbd.org.br. Acesso em: 01 out. 2023.

SOUZA, Gustavo Frazão Pontes de; SANTANA, Patricia Caroline. Cinesioterapia para estímulo da marcha em crianças com mielomeningocele. **Revista Científica Faema**, Ribeirão Preto, v. 13, n., p. 1-5, 25 nov. 2022. Disponível em: revista.faema.edu.br. Acesso em: 01 out. 2023

SURANA, Bhavini K.; FERRE, Claudio L.; DEW, Ashley P.; BRANDAO, Marina; GORDON, Andrew M.; MOREAU, Noelle G.. Effectiveness of Lower-Extremity Functional Training (LIFT) in Young Children With Unilateral Spastic Cerebral Palsy: a randomized controlled trial. **Neurorehabilitation And Neural Repair**, [S.L.], v. 33, n. 10, p. 862-872, 22 ago. 2019. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1545968319868719>.

TAVARES, Lavínia Ribeiro *et al.* A importância do diagnóstico precoce da bexiga neurogênica secundária à mielomeningocele na sobrevida renal: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 13, n. 7, p. 1-6, 17 jul. 2021. *Revista Eletronica Acervo Saude*. <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e8247.2021>.

TECKLIN, Jan Stephen. **Fisioterapia pediátrica**. 5a ed. Manole, 2019.

THE DEFINITION AND CLASSIFICATION OF CEREBRAL PALSY. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 49, p. 1–44, 23 fev. 2007.

THOMAS, Susan Sienko *et al.* **Avaliação Longitudinal do Custo e Velocidade do Oxigênio em crianças com mielomeningocele: comparação da órtese quadril Joelho-tornozelo-pé avaliação longitudinal do custo e velocidade do oxigênio e a órtese de marcha recíproca**. São Paulo, v. 28, n. 1, p. 798-803, jan. 2001.

Disponível em: <https://www.rbo.org.br/estatisticas-artigo/2548?idioma=pt-BR>. Acesso em: 01 out. 2023.

TINDERHOLT MYRHAUG, H. et al. Intensive training of motor function and functional skills among young children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. **BMC Pediatrics**, v. 14, n. 1, dez. 2014.

UMPHRED, Darcy; CARLSON, Constance. **Reabilitação Neurológica Prática**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2009. 244 p.

VARGUS-ADAMS, JN; MAJNEMER, A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como Estrutura para Mudança. **Revista de Neurologia Infantil**, v. 8, pág. 1030–1035, 21 de maio de 2014.

WANG, T.-N. et al. Bimanual motor performance in everyday life activities of children with hemiplegic cerebral palsy. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 57, n. 4, set. 2021.

ANEXOS

Anexo 1 - Termo de autorização

Fundação Educacional UNILAVRAS

SETOR: CLÍNICA DE FISIOTERAPIA
Telefone: 3694-8110

AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS E DIVULGAÇÃO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

Paciente: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ RG.: _____ CPF: _____
Rua: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Tel.: _____
Nome do Responsável: _____
RG Responsável: _____ CPF: _____

Tratamento: _____

Por este instrumento particular, dou plena autorização e consentimento ao Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS), através do Setor de Fisioterapia, para realizar procedimentos de Fisioterapia necessários ao tratamento de minha pessoa ou de minha responsabilidade, acima qualificados, de acordo com os conhecimentos enquadrados nestas especialidades.

Declaro que tenho conhecimento de que os locais onde são prestados os tratamentos de Fisioterapia no UNILAVRAS têm como principal objetivo a instrução e a demonstração de técnicas de tratamento para os estudantes e profissionais destas áreas de ensino e pesquisa e que estou plenamente de acordo com a orientação a ser seguida na prestação dos serviços, seja para finalidades didáticas, seja para tratamento de Fisioterapia.

Comprometo-me a apresentar todos os exames (clínicos, laboratoriais, radiológicos, etc.) que tiver realizado, assim como a fornecer histórico de antecedentes familiares e quaisquer outras informações solicitadas a fim de permitir o bom andamento do tratamento e do ensino ministrado aos alunos do UNILAVRAS.

Autorizo também a utilização de imagens e informações sobre o tratamento realizado, através de fotos, vídeos ou qualquer outro meio, desde que estas tenham finalidades de ensino ou pesquisa e sejam respeitados os respectivos códigos de ética.

Declaro que conheço as normas da Clínica de Fisioterapia do UNILAVRAS e aceito segui-las.

A presente autorização é feita em caráter gratuito, sem qualquer ônus para o UNILAVRAS.

Lavras, _____ de _____ de 20 _____

Ass. Paciente

Anexo 2 – Ficha de Avaliação de Dermatofuncional



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS- UNILAVRAS
Rua Padre José Poggel, 506, Lavras- MG 37200-000
Fone: (35) 3694 8136 e/ou 3694 8134 Fax: (35) 3694 8135

FICHA DE AVALIAÇÃO EM ESTÉTICA CORPORAL

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Telefone: _____
Data de Nascimento: _____ Profissão: _____

QUEIXA:

HISTÓRIA:

HÁBITOS DIÁRIOS:

Tratamentos estéticos anteriores: () SIM () NÃO Qual? _____

Usa lentes de contato: () SIM () NÃO

Utilização de cosméticos: () SIM () NÃO Qual? _____

Exposição ao sol: () SIM () NÃO Filtro Solar: () SIM () NÃO Qual? _____

Tabagismo: () SIM () NÃO Quantidade de cigarros por dia: _____

Ingere bebida alcoólica: () SIM () NÃO Frequência: _____

Funcionamento Intestinal: () 1-2 vezes/ semana () 3-4 vezes/semana

() 1-2 vezes/dia () mais de 3 vezes/dia

Qualidade do Sono: () Boa () Regular () Péssima - Quantas horas por noite: _____

Ingestão de água (copos/dia): _____ Alimentação: () Boa () Regular () Péssima

Alimentação de preferência: _____ Pratica atividade física? () SIM () NÃO

Que tipo: _____ Frequência: _____

Uso de anticoncepcional: () SIM () NÃO Qual: _____

Gestante: () SIM () NÃO

Gestações: () SIM () NÃO Quantas: _____ A quanto tempo: _____

ANOTAÇÕES:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Tratamento médico atual: () SIM () NÃO

Medicamentos em uso: _____

Antecedentes alérgicos: () SIM () NÃO

Portador de marcapasso: () SIM () NÃO

Alterações cardíacas: () SIM () NÃO Quais: _____

Hipo/Hipertensão arterial: () SIM () NÃO

Distúrbio circulatório: () SIM () NÃO Qual? _____

Distúrbio renal: () SIM () NÃO Qual? _____

Distúrbio hormonal: () SIM () NÃO Qual? _____

Distúrbio gastro-intestinal: () SIM () NÃO Qual? _____

Epilepsia/convulsões: () SIM () NÃO

Alterações psicológicas/psiquiátricas: () SIM () NÃO

Estresse: () SIM () NÃO Obs.: _____

Antecedentes oncológicos: () SIM () NÃO Qual? _____

Diabetes: () SIM () NÃO

Algum outro tipo de doença: () SIM () NÃO Qual: _____

TRATAMENTO DA MEDICINA ESTÉTICA E CIRÚRGICA

Implante dentário: () SIM () NÃO Qual? _____

Tratamento Dermatológico/Estético: () SIM () NÃO Qual? _____

Cirurgia Plástica Estética: () SIM () NÃO Qual? _____

Cirurgia Plástica Reparadora: () SIM () NÃO Qual? _____

EDEMA:

Teste do cacifo (Godet): () Positivo () Negativo

Sensação de Peso/Cansaço em MMII: () SIM () NÃO

Observações: _____

Localização: _____ Coloração do Tecido: _____

Temperatura: () Fria () Quente Presença de dor à palpação: () SIM () NÃO

IMC:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____

() Abaixo de 18,5 - Abaixo do peso ideal () Entre 18,5 e 24,9 – Peso Normal

() Entre 25 e 29,9 – Sobrepeso () Entre 30 e 34,9 – Obesidade Grau I

() Entre 35 e 39,9 – Obesidade Grau II () 40 e acima – Obesidade Grau III

Observações: _____

PERIMETRIA/CIRTOMETRIA (área a ser tratada):

ÚLCERA:

Presente () Sim () Não

Tipo de Úlcera:

Tamanho da Úlcera:

FIBROSE:

Localização: _____

Nível: () 0 () 1 () 2 () 3

Aderência Cicatricial: () SIM () NÃO

Dor: () SIM () NÃO

Objetivo:

Conduta:

Registro Fotográfico (o que foi observado):

Responsáveis:

Aluno: _____

Professor: _____

Anexo 3 - Ficha de Avaliação de Neuropediatria

FICHA DE AVALIAÇÃO DE NEUROPEDIATRIA

Dados cadastrais:

Diagnóstico Clínico:

Acompanhamentos médicos e institucionais (intervenções médicas já realizadas):

HMP/HMA (restrições na participação):

Diagnóstico clínico:

Exames:

Medicação atual (horários e dosagem)/Convulsões:

Desenvolvimento motor:

Percepção do meio interno e externo:

Alimentação/Vestuário/Higiene/Sono:

Órteses e equipamentos (tecnologia assistiva):

Queixa principal do paciente/família:

Tipo de tônus:

Movimentos Involuntários:

Reflexos e Reações:

Alteração de sensibilidade:

Encurtamentos/Contraturas/Deformidades:

Posturas e transferências posturais:

Testes de equilíbrio:

Outros testes utilizados:

Fatores ambientais (facilitadores/barreiras):

Diagnóstico Fisioterapêutico

Programa de tratamento (metas e objetivos a curto prazo):

Abordagem familiar (orientações):

Análise da marcha:
