



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal
**Escola Superior de
Saúde**

Actividade

Relatório Clínico

Valter Rodrigues, 1910

MÓDULO 10 | RACIOCÍNIO CLÍNICO NAS DISFUNÇÕES PEDIÁTRICAS

UNIDADE CURRICULAR | ESTUDOS DE CASO I

RESPONSÁVEL DO MÓDULO | PROF. ALDINA LUCENA

2011-2012

Índice

Introdução.....	2
Avaliação da Vanessa.....	2
Hierarquização dos Principais Problemas.....	7
Diagnóstico Funcional.....	8
Planeamento da Intervenção.....	9
Prognóstico.....	12
Reavaliação.....	13
Crterios de Alta.....	14
Bibliografia.....	14

Introdução

A elaboração deste relatório clínico surge no âmbito da Unidade Curricular de Estudos de Caso I e reporta-se ao caso de uma criança, de etnia cigana, que se encontra com um atraso do desenvolvimento neuro-psico-moto e que apresenta, ainda, uma história de infecções respiratórias de repetição e dois períodos de internamento também por problemas respiratórios.

À luz do desenvolvimento psico-motor, prepondera-se a teoria da selecção de grupos neurais de Hadders-Algra (2000) citado por Heineman, Middelburg e Hadders-Algra (2010), a qual se assenta sobre uma complexa interacção entre a informação genética e o meio ambiente, e que engloba duas fases de variabilidade - uma primeira que decorre entre o período fetal e a primeira infância com transição para uma segunda fase que varia de acordo com o desenvolvimento de diferentes funções motoras. Na primeira fase, todas as redes neuronais formadas, num desenvolvimento motor normal, são desenvolvidas através de um conjunto movimentos espontâneos executados logo no período fetal e nos recém-nascidos. Geralmente, por volta dos 4 meses de idade, o bebé desenvolve movimentos direccionados para certos objectivos tais como o alcance e o agarrar objectos, o rastejar, explorando diversas estratégias motoras que lhes permitam realizar estes movimentos; Surge uma segunda fase na qual o comportamento motor da criança torna-se mais eficiente e o mais adequado possível face às exigências da tarefa e às características do meio envolvente, com uma variabilidade enorme de no comportamento motor.

A que níveis pode manifestar-se um atraso do desenvolvimento psico-motor? De acordo com Ferreira (2004), este conceito definido como um atraso significativo alargado a vários domínios designadamente os da motricidade fina e/ou grosseira, a linguagem, a componente cognitiva, as competências sociais e pessoais e as actividades da vida diária.

Avaliação da Vanessa

Relativamente à avaliação subjectiva, a Vanessa é uma bebé de 19 meses idade, de etnia cigana que se apresenta na fisioterapia. Relativamente ao seu seio familiar, é a irmã mais nova de entre outros dois irmãos, ambos rapazes, um com 2 anos e meio e outro com 4 anos de idade. Os seus pais são vendedores ambulantes, percorrendo as feiras mais importantes do País, levando consigo os seus três filhos.

Sabe-se que, apesar de ter indicação da fisioterapeuta para vir à fisioterapia 3 vezes por semana, a Vanessa, até aqui, tem faltado imensas vezes ou nem sequer comparece, em algumas semanas, às sessões de tratamento, não sendo dadas quaisquer justificações por parte dos pais para estas faltas. Sempre que vem à fisioterapia, é a mãe que a traz, tendo a mesma já sido confrontada por diversas vezes com a importância de realizar fisioterapia com regularidade, não se tendo verificado, no entanto, qualquer alterações na assiduidade da criança na fisioterapia.

Relativamente à assiduidade aos tratamentos da fisioterapia, torna-se necessário ter em consideração características singulares que caracterizam a comunidade cigana enquanto cultura. O conceito de saúde, dentro da comunidade cigana, é designado como a ausência de doença, o que evidencia o facto de os ciganos apenas se preocuparem com a saúde de outrem quando o quadro de sintomatologia se repercutir em limitações e incapacidade ao nível da funcionalidade (Fundación Secretariado Gitano, 2007). A estas crenças acerca da saúde junta-se a profissão exercida pelos pais desta menina, caracterizada por uma inexistência de horários fixos de trabalho, a inexistência de entidade patronal, que poderão, assim, justificar a falta de adesão à fisioterapia (Fundación Secretariado Gitano, 2007). Neste sentido, dever-se-á questionar os pais sobre como encaram a condição da sua filha e quais as suas expectativas e objectivos com a fisioterapia de modo a compreender até que ponto estas crenças poderão estar enraizadas no seio da família da Vanessa, e o modo como os horários e as deslocações a que o trabalho os sujeita poderão estar a influenciar, também, o comparecimento da menina nas sessões de tratamento.

No que respeita à actual situação clínica da Vanessa, consta no cenário que se trata de uma criança franzina e que se encontra no percentil 50. De acordo com a Direcção Geral de Saúde - DGS (2005), sabe-se que os valores considerados normais para o percentil situam-se entre o percentil 50 – valores abaixo deste são sinal de magreza - e o percentil 85 – valores abaixo deste remetem para obesidade, pelo que esta criança se encontra no limite inferior segundo o qual o seu Índice de Massa Corporal – IMC – é considerado normal. É referido que a Vanessa ainda mama, algo considerado como positivo por parte da sua mãe já que a criança «come pouco e não gosta de nada» (sic). No entanto, esta falta de apetite por parte da Vanessa, associada ao positivismo atribuído pela sua mãe ao facto de a criança ainda mamar, revelam-se prejudiciais na medida em que, apesar do leite materno ser detentor de características como as de conter anticorpos bacterianos e virais, ou o facto de conter substâncias que inibem o crescimento de muitos vírus comuns, e ainda o facto de ser um factor que, a nível psicológico, reforça o processo vincutivo entre mãe e filha (Heird, 2009), nesta faixa etária, o mesmo já não é capaz de suprimir outras necessidades nutricionais que o organismo começa a exigir, nomeadamente a ingestão, em quantidade adequadas, de alimentos como frutas e vegetais ricos em proteínas e refeições regulares com pequenos lanches nutritivos a intervalá-las (Colson, Senturias & Thierfelder, 2008 Manual Merk).

Torna-se, desde já, essencial atentar ao desenvolvimento motor vivenciado pela Vanessa. Esta criança não gosta de estar em decúbito ventral chorando sempre que é colocada e mantida nesta posição para a realização de algumas actividades, tais como a utilização das mãos para brincar, com a extensão da cabeça e do tronco e uma boa transferência de peso para os membros

inferiores, cansando-se facilmente e constatando-se muita mobilidade ao nível dos membros inferiores.

Noutro sentido, a permanência em decúbito dorsal, posição na qual mais gosta de estar e posição para a qual roda sempre que pode, bem como o estar sentada tratam-se das posições em que esta menina passa a maior parte do seu tempo, numa caixa de cartão, debaixo da bancada de venda. Daqui ressaltam aspectos que se revelam negativos para o desenvolvimento desta menina tal como factores contribuintes para a manutenção e/ou agravamento da sua condição, visto que não é sujeita à acção gravítica em diferentes posições, não sendo estimulados convenientemente os músculos anti-gravíticos conduzindo a hipotonia e originando hipermobilidade nas articulações por falta de controlo do sub-sistema activo (Mintz- Itkin, 2009). Esta hipótese corrobora, assim, com a descrição que consta no caso, o da criança, de um modo global, ter um tónus baixo e uma postura preferencialmente em flexão.

Atendendo aos seus 19 meses de idade, face a uma situação de desenvolvimento motor normal, seria esperado que esta criança já tivesse adquiridas competência motora e subsequentes estratégias para a realização e cumprimento de tarefas funcionais, nomeadamente sentar-se sem apoio e conseguir colocar-se na posição de pé e desempenhar a marcha de forma autónoma (Tecklin, 2002). No caso desta menina, a mesma consegue sentar-se com apoio das mãos à frente e esboça reacções de extensão protectora para ambos os lados, mas não tolera esta posição por muito tempo; assume a posição de pé e mantém-na com suporte com suporte de alguém, gostando até de estar nessa posição, mas sempre com tendência para flectir os joelhos e a anca, deslocando-se à custa dos membros superiores com os quais se pendura. A sua marcha é descoordenada, de base alargada e o tamanho dos passos é irregular, mantendo um padrão global de flexão que, na minha óptica se deve, também, ao facto da criança passar a maior parte do tempo em deitada em decúbito dorsal e manter o padrão de flexão a que a acção gravítica sujeita o bebé. Sabe-se, ainda, que a Vanessa verbaliza poucas palavras embora até compreenda ordens simples. A rotina diária e os estímulos provenientes do meio em que se insere, que são bastante reduzidos, levam-me a crer que se tratam dos motivos que se encontram por detrás da pouca verbalização por parte desta criança (Iverson, 2010), o que remete para a necessidade de uma avaliação e possível acompanhamento por parte de um terapeuta da fala. Este aspecto relativo à linguagem é de extrema importância visto que, segundo Iverson (2010), o aparecimento de novas competências motoras vai modificando as experiências das crianças com os objectos, as pessoas que lhes rodeiam e com o seu próprio, revelando-se fundamentais para o desenvolvimento global da linguagem e para a aquisição de outras novas competências neste mesmo domínio

Do ponto de vista cardio-respiratório, a Vanessa apresenta uma história de infecções respiratórias de repetição e dois internamentos igualmente por problemas respiratórios, tendo realizado fisioterapia nos respectivos períodos de internamento. Contudo, ao passar a ser tratada em regime de ambulatório não foi fácil conciliar o período de tratamento com o trabalho dos pais, factor que se terá constituído como negativo e contribuinte para um tratamento pouco efectivo e que a terá susceptibilizado a novos cenários de problemas do foro cardio-respiratório

De acordo com Caserta (2008), infecções do tracto respiratório, tais como a bronquiolite ou pneumonia, afectam frequentemente as vias respiratórias inferiores. Também de acordo com Caserta (2008), os agentes virais invadem as células das vias respiratórias desencadeando uma inflamação e produção anormal de muco (o que vai de encontro à existência de secreções abundantes, que estarão na origem de alguns sintomas da Vanessa. Anatomicamente, o diâmetro da traqueia nas crianças ainda se encontra bastante diminuído oscilando entre 4 a 6 milímetros, e aliado à extase e retenção de secreções na árvore traqueo-brônquica e possível edema conduz a um aumento do trabalho respiratório (Tecklin, 2002), o que vai de encontro à tiragem infra-costal e à polipneia, sintomas manifestados pela menina e que evidenciam sinais de dificuldade e de esforço a nível respiratório. Ainda, nesta faixa etária a cavidade torácica é de forma mais arredondada, desencadeando uma posição mais horizontalizada das costelas que, deste modo, coloca os músculos intercostais – músculos acessórios da respiração – em desvantagem mecânica (Pountney, 2008). Ainda segundo Pountney (2008) citando Oppenshaw et al. (1984), a forma ovalada da cavidade torácica é influenciada pela acção gravítica e começa-se a desenvolver à medida que a criança adopta uma postura mais erecta, sendo que neste caso esse desenvolvimento poderá não estar a ocorrer da melhor forma dado que a Vanessa encontra-se quase sempre em decúbito dorsal ou sentada com um padrão de flexão. No final de contas, face à infecção respiratória e o aumento de produção de muco, há uma incapacidade por parte dos músculos respiratórios acessórios bem como o diafragma em permitir uma ventilação que se encontra diminuída face à retenção de secreções, o que justifica a obstrução nasal e uma tosse pouco eficaz face à fadiga dos músculos respiratórios, que tiveram anteriormente de aumentar o seu trabalho para que não ocorresse uma diminuição da ventilação.

No que respeita à avaliação objectiva, seria importante, efectuar a minha própria observação global a esta criança. Nesse sentido, e tendo em conta a informação do caso analisada anteriormente, a meu ver faria sentido observar as posturas e o movimento que a Vanessa assume em diferentes posições, nomeadamente as posições de decúbito ventral ou as de sentada e de pé no sentido de compreender qual o tipo de desconforto sentido em decúbito ventral e de que forma a sintomatologia apresenta se encontra a restringi-la a nível funcional face à informação que acima

análise dos dados relativamente ao desenvolvimento motor desta criança, seria importante a aplicação da Peabody Developmental Motor Scale – 2, validada para a População Portuguesa, já que, através desta escala, é possível avaliar competências motoras, identificar défices motores e desequilíbrios entre as componentes motoras finas e grosseiras bem como ajuda a monitorizar a evolução desta menina ao longo do tempo (Folio & Fewell, 2000 citados por Teixeira, 2011), até porque abrange faixas etárias entre os 0 e os 5 anos de idade (Wang, Liao & Hsieh, 2006; Spittle et al., 2008 citados por Teixeira, 2011). Ainda segundo Teixeira (2011), através desta escala será possível a avaliação da motricidade grosseira, através dos reflexos desta criança, os ajustes posturais no sentido de avaliar a capacidade da Vanessa para manter o controlo do seu corpo dentro do centro de gravidade, a locomoção como o gatinhar, rastejar, andar, correr e saltar, e a manipulação de objectos; Para a avaliação da motricidade fina surgem dois parâmetros, a preensão e a integração visuo-motora, com vista a verificar se os movimentos são precisos e se a menina consegue integrar as suas capacidades visuais e perceptivas.

Outro parâmetro a ser avaliado prende-se com o grau de força e o tónus muscular dos grupos musculares do corpo desta criança, principalmente os que se encontram associados ao controlo postural.

Face ao cenário de infecções respiratórias de repetição, torna-se imprescindível a monitorização dos sinais vitais ao Silvino incluindo possíveis sinais de dor, que poderiam ser avaliados através da FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) que se trata de uma escala indicada para crianças da faixa etária da Vanessa e que não tenham capacidade de verbalizar, que é o seu caso e que engloba os indicadores de expressão facial, movimento das pernas, actividade, choro e consolabilidade, em que cada um é medido de 0 a 2 pontos (Batalha, Reis, Costa, Carvalho & Miguens, 2009); a frequência respiratória e cardíaca e a pressão arterial e a temperatura. Deverá ser feita a auscultação pulmonar que através da auscultação cuidadosa dos ruídos respiratórios será uma ferramenta de extrema utilidade e indicadora de técnicas de tratamento a nível cardio-respiratório que deverão ser utilizadas (Postiaux, 2000). Dado que a tosse é pouco eficaz, será expectável que na auscultação se detectem fervores mais a nível distal na árvore traqueobronquial. Também deverá ser feita uma examinação cuidadosa à mobilidade e à expansão torácica de modo a compreender até que ponto a mobilidade e a expansão torácicas se encontram comprometidas devido à sistemática manutenção das mesmas posições nesta bebé.

Hierarquização dos Principais Problemas

- Défices motores com repercussões ao nível da marcha, que se revela descoordenada, de base alargada e com o tamanho dos passos irregulares
- Falta de controlo postural associada a hipotonia sobretudo dos músculos estabilizadores do tronco que se repercute numa incapacidade para a Vanessa se conseguir sentar e manter-se sentada sozinha bem como ao nível do próprio desempenho na sua locomoção
- Quadro de infecções respiratórias repetidas que motiva a obstrução das vias aéreas respiratórias e consequente aumento do trabalho e fadiga dos músculos respiratórios;
- Défices essencialmente ao nível da comunicação, caracterizados pela verbalização de poucas palavras, associado também a possíveis défices na compreensão dado que no caso apenas consta que a criança é capaz de compreender ordens que sejam simples, o que poderá dificultar uma participação activa na Fisioterapia.
- **Potenciais Problemas**
 - Hábitos alimentares insuficientes face às exigências metabólicas de nutrientes que o organismo de uma criança requer;
 - Factores relativos não só às crenças enraizadas na etnia cigana mas também as exigências horárias do trabalho dos pais da Vanessa que poderão contribuir para que a menina continue a faltar mais vezes à Fisioterapia.

Diagnóstico Funcional

A Vanessa, uma criança de 19 meses e de etnia cigana, apresenta-se com hipotonia muscular global e uma postura com predominantemente em flexão, que se repercute numa hipermobilidade dos membros inferiores (devido aos défices no controlo muscular) e em limitações funcionais que restringem a sua capacidade para um desempenho óptimo da marcha bem como para se sentar sem apoio.

A estas restrições funcionais que surgem em consequência do atraso no desenvolvimento psico-motor, acresce-se um quadro de infecções respiratórias repetidas, que motiva a obstrução das vias aéreas respiratórias e consequente aumento do trabalho e fadiga dos músculos respiratórios que tentam contrariar a resistência das vias aéreas à passagem de ar.

Ainda, a rotina diária desta criança, marcada por horas seguidas numa caixa de cartão debaixo da bancada de venda dos pais na posição de decúbito dorsal ou sentada, revela-se um factor negativo visto que recebe muito poucos estímulos provenientes do meio que a rodeiam e que tão importantes se revelam para o seu desenvolvimento motor.

Planeamento da Intervenção

Definição de Objectivos

Neste contexto, a delineação dos objectivos para a intervenção deverá ser feita em consonância com os pais da Vanessa e, neste caso em particular, dever-se-á moldar a intervenção às necessidades desta menina tendo em consideração que ambos provêm de uma cultura com costumes e um conjunto de crenças próprias e que deverão ser respeitados (Jorgensen, 2000).

Transversal às diferentes fases de tratamento e que é um objectivo major, é a **educação** aos pais que, segundo Sonkoff et al. (1992) citados por Kolobe (2004), características dos familiares tais como o stress e o suporte social são mais fortes factores preditivos das mudanças do que quaisquer outros aspectos nos serviços de tratamento prestados.

O período de intervenção segundo o qual delinerei o tratamento será de 4 meses, período sugerido por Formiga et al. (2004) citados por Willrich et al. (2009), os quais afirmam que uma intervenção com este tempo revela-se efectiva no tratamento de crianças com atrasos no desenvolvimento motor e em que não existe comprometimento neurológico diagnosticado (tal como revelam os diversos exames complementares que a Vanessa realizou e que não revelaram qualquer lesão ou alteração do Sistema Nervoso Central).

Objectivos a curto-prazo (0 – 2ª semanas):

- Incidir o tratamento sobre a infecção respiratória no sentido de promover a desobstrução das vias aéreas respiratórias;
- Promover, desde logo, junto da Vanessa outras formas de posicionamento, como o decúbito ventral, estar de gatas ou a posição de pé com vista a modificar a acção gravítica em associação com o controlo postural que se tem como objectivo de aquisição para a competência motora.

Objectivos a médio-prazo (3ª – 12ª semanas):

- Promover o aumento do tónus e força muscular dos músculos anti-gravíticos, nomeadamente os músculos estabilizadores do tronco, e dos principais grupos musculares dos membros inferiores no sentido de se começar a promover uma postura global mais erecta e uma melhor adaptação das estruturas do corpo às exigências da gravidade;

- Promover a mudança de decúbito dorsal para decúbito lateral e conseqüentemente para decúbito ventral, posição na qual a Vanessa revela desconforto, de modo a que a mesma aprenda a posicionar-se e a manter-se nessa posição;
- Posteriormente, promover a mudança de posição para a de sentado com vista a que a Vanessa consiga sentar-se autonomamente;
- Promover a passagem para a posição de gatas, a qual presentemente não consegue assumir e que se revela importante para o seu processo de desenvolvimento motor, sobretudo na sua locomoção, ao gatinhar.

Objectivos a longo-prazo (13^a – 16^a semanas):

- Promover a manutenção desta criança na posição de pé, sem apoio e com bom alinhamento e controlo postural;
- Após a aquisição do controlo postural estaticamente, promover um padrão de marcha correcto e progressivamente sem apoio;
- Associar actividades funcionais, tais como o comer, alcançar e brincar com um brinquedo, com a manutenção de um bom controlo postural em diferentes posicionamentos.

Intervenção

Na intervenção a curto-prazo é, desde logo, indispensável atentar à componente educativa e, nesse sentido, será importante explicar aos pais da menina a importância e benefícios que a Fisioterapia trará ao desenvolvimento motor desta criança e que, nesse sentido, será fulcral a assiduidade da menina aos tratamentos. Outro aspecto que levanta alguns cuidados a ter, prende-se com a alimentação desta menina e que são um dos principais motivos de preocupação por parte dos pais. Neste sentido, será importante alertar os pais de que esta falta de apetite por parte da Vanessa provavelmente estará associada ao quadro de infecções respiratórias que, segundo Caserta (2008), se trata de um sintoma recorrente destes problemas e, que, nesse sentido, após o tratamento da infecção respiratória será expectável que a criança já se revele menos irritável e com mais apetite. Ainda assim, é importante educar os pais no sentido de não tentarem obrigar a menina a comer pois estarão a reforçar uma emoção negativa na criança e uma conotação negativa aos momentos de refeição (Lanphear, 2008).

Para o tratamento da infecção respiratória, dado que a Vanessa não tem uma tosse eficaz e embora fosse sempre indispensável fazer a auscultação pulmonar para verificar a que nível se

encontram retidas as secreções, os dados disponíveis levam-me a crer que as retenções se encontram mais localizadas a nível distal, pelo que seria importante mobilizá-las para os níveis mais proximais. Primeiramente dever-se-ia efectuar aerossolterapia, por meio de nebulizadores, para a humidificação e fluidificação das secreções aderentes às vias aéreas respiratórias (Pountney, 2008). Para a mobilização das secreções mais distais, poderiam ser utilizadas técnicas de inspiração profundas de modo a que o ar inspirado chegue às regiões alveolares e permita a mobilização das secreções conjugadas com expirações lentas prolongadas, de modo a manter as vias aéreas respiratórias abertas durante mais tempo. Por último, como a Vanessa não tem uma tosse eficaz, teria que se proceder à tosse provocada, por exemplo fazendo-lhe cócegas na barriga ou através de uma compressão breve e leve na traqueia que podem estimular este reflexo (Pountney, 2008).

No sentido de deve-se incentivar e demover os pais desta menina à modificação do ambiente em que esta criança passa o seu tempo, de modo a facilitar novas experiências bem como novas e diversas estratégias de controlo postural para a realização de actividades e aquisição de competências que, de facto, são esperadas para a idade desta menina (Dusing & Harbourne, 2010). Para isso, nas sessões iniciais de Fisioterapia competir-me-ia experimentar diferentes posições e diminuir o desconforto desta criança em posições que não lhe sejam tão familiares. Dado que se trata de uma menina que gosta bastante de música, seria pertinente a presença de música não só nestas sessões iniciais mas também ao longo das restantes sessões de Fisioterapia, servindo como um factor para que associe a realização de exercícios a algo que gosta.

A intervenção a médio-prazo já atribui maior enfoque ao desenvolvimento psico-motor propriamente dito desta menina. Tendo em conta os objectivos traçados para esta fase de intervenção, o aumento do tónus e força muscular revela-se essencial para a Vanessa efectuar movimentos eficazmente e aumenta a capacidade do corpo para aumentar ou diminuir o tónus muscular tendo em conta as necessidades do momento, garante melhorias ao nível da postura, do controlo da cabeça e do equilíbrio e um bom desempenho das componentes motoras finas e grosseiras (Graham, 2006). Seria importante pensar associar estas necessidades de ganhos musculares primeiramente à posição de decúbito ventral e à de gatas, pouco tolerada pela Vanessa, pelo que colocaria a menina nesta posição e através da utilização de um objecto que lhe seja chamativo, tal como um brinquedo ou uma bola, faria com que para que a menina conseguisse alcançar o objecto fosse sujeita a alguns desequilíbrios (por exemplo trazendo ou afastando o objecto de si, transportando-o para o lado ou para acima da sua cabeça) de modo a que o mesmo tenha de explorar diferentes estratégias motoras para o alcance do objecto que tanto persegue. Assim, estaria a fortalecer as estruturas musculares de todo o corpo, ao ter de rastejar ou gatinhar e, assim, movimentar-se.

Para dar continuidade aos restantes objectivos do tratamento, basear-me-ei em técnicas segundo o conceito de Bobath, efectivo no tratamento de bebés hipotónicos com atraso do desenvolvimento motor (Mahoney, Robinson & Fewell, 2001 citados por Mintz-Itkin et al., 2009), através de estratégias de inibição, facilitação (facilitando rotações, transferências de peso ou a dissociação de cinturas, por exemplo) e estimulação que permitam à Vanessa adquirir as capacidades funcionais e obter uma boa qualidade de vida. É com base nesta lógica que os restantes objectivos delineados a médio-prazo, nomeadamente as passagens para as posições de gatas e de sentado, deverão ser executados, reforçando sempre aos pais a importância para que fora da Fisioterapia proporcionem à criança actividades que envolvam estas posições. Novamente, será sempre importante que a criança dentro de cada posição consiga assumir um bom controlo postural e assim aumentar a sua tolerância ao esforço, pelo que dever-se-á continuar a dar estímulos como brinquedos para o seu alcance e manuseio, bonecos para palpar, etc.

Na intervenção pensada a longo-prazo e tendo em conta os objectivos para a obtenção de um padrão de marcha autónoma e correcta, seria inicialmente conseguir que a Vanessa conseguisse manter-se de pé, tarefa que exige uma actividade anti-gravítica contínua para manter a posição vertical e uma base de sustentação substancialmente pequena (Edwards, 2004). Dadas estas mesmas exigências, inicialmente seria dado apoio à Vanessa retirando-o progressivamente, à medida que se for adaptando às exigências desta nova posição. Posteriormente, introduzir-se a marcha com apoio e que será, também progressivamente retirado. Ulrich et al. (2001) citados por Blaw-Hospers e Hadders-Algra (2005) sugerem que o treino da marcha sobre uma passadeira revela efeitos positivos em intervenções que incidam sobre o desenvolvimento motor da criança, pelo que não seria descurar numa última fase e em que já haja uma maior automatização da marcha se proceda a este tipo de exercício, que contribui para o aumento da tolerância ao esforço e respectiva diminuição da fadiga muscular.

Prognóstico Funcional

O prognóstico funcional da evolução da condição da Vanessa e abrange factores considerados como negativos que perspectivem uma evolução negativa da condição desta criança ou, pelo contrário, positivos que a conduzam a uma evolução positiva.

Como factores de prognóstico positivos constituem-se o facto da Vanessa gostar de brincar e de a música lhe ser apelativa e são utilizados como estratégias ao longo de intervenção de modo a cativar a criança e aumentar o seu interesse para a exploração do meio e execução de actividades diversas e essenciais para o seu desenvolvimento motor. A criança parece revelar um

bom vínculo à mãe, o que permitirá que esta actue como um elo de ligação entre o Fisioterapeuta e a criança e lhe permite ganhar a sua confiança;

Por outro lado, existem factores negativos e que poderão contribuir para a manutenção da condição clínica desta menina, embora se afigurem modificáveis, tratando-se do facto de a rotina diária dos pais influenciar negativamente a da Vanessa dado que para trabalharem nas vendas ambulantes deixam de lhe prestar a devida atenção, o que faz com que a criança fique debaixo das bancas e não possa interagir com o meio envolvente e seja mantida sempre na posição de decúbito dorsal ou sentada, e levando a que não sejam desenvolvidas diferentes estratégias motoras e se repercute em atrasos do desenvolvimento motor (Hadders-Algra, 2010); O histórico da criança em relação à assiduidade a sessões anteriores permite antecipar algumas dificuldades para que compareça às sessões de Fisioterapia e recupere no período de tempo delineado para a intervenção; As pessoas de etnia cigana tendem a viver sem as condições mínimas de habitabilidade, salubridade e higiene, encontrando-se muitos a viver em barracas, o que poderá ser o caso desta menina e constituir-se como um factor de risco e agravante da sua condição cardio-respiratória (Fundación Secretariado Gitano, 2007).

Reavaliação

O processo de reavaliação desta menina deverá ser parte integrante de todas as sessões de Fisioterapia de modo a que, enquanto Fisioterapeuta, possa acompanhar a evolução da condição da Vanessa ao nível dos diferentes parâmetros considerados inicialmente na sua avaliação.

Assim sendo, ao longo das sessões deverão ser monitorizados os sinais vitais desta criança com vista a compreender qual a resposta da criança ao esforço a que é sujeita na realização dos diferentes exercícios nas respectivas fases de tratamento. A escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) será um bom instrumento para a monitorização de algum tipo de dor que a Vanessa manifeste no decorrer de alguma sessão de tratamento, pelo que deverá ser aplicada regularmente.

No que respeita à componente do desenvolvimento motor, a Peabody Developmental Motor Scale – 2, que deverá servir como meio de reavaliação sobretudo na intervenção a médio-prazo e na transição para a intervenção a longo-prazo, bem como no final dos 4 meses de tratamento, sendo que através desta escala será possível compreender se de facto a Vanessa conseguiu evoluir

positivamente e adquirir competências motoras nos diversos parâmetros em consideração – motricidade grosseira e fina -.

Tendo em conta os problemas do foro cardio-respiratório, a reavaliação deverá ser feita diariamente ao longo da primeira fase de tratamento, através da auscultação pulmonar, quantidade de secreções removidas, o tipo de tosse (se é eficaz ou não), a verificação da existência ou não de sinais de dificuldade respiratória como os de tiragem infra-costal e a polipneia e a reavaliação da mobilidade e expansão torácicas, caso estivessem diminuídas inicialmente.

Será, ainda, importante verificar se os pais da Vanessa efectivamente compreenderam as instruções que lhes foram dados e os cuidados a ter no sentido de possibilitar à criança uma rotina diária que lhe permita experienciar diversas situações e explorar o meio

Critérios de Alta

A Vanessa terá alta na Fisioterapia quando forem atingidos os objectivos delineados para a intervenção, e que passam pelo aumento do tónus e da força muscular bem como um bom controlo postural que lhe sirvam de “veículo” para o desenvolvimento psico-motor e de modo a que consiga realizar as actividades expectáveis para a sua idade; Outro critério de alta também relevante prende-se com a cura das infecções respiratórias e a desobstrução das vias aéreas respiratórias da Vanessa. Por último, surge como critério de alta o facto dos pais se encontrarem devidamente informados e consciencializados para os cuidados a ter junto da filha face à sua condição.

Bibliografia

- Batalha, L., M., C., Reis, G., M., R., Costa, L., P., S., Carvalho, M., D., R. & Miguens, A., P., M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. 2(10): 7 -14.
- Caserta, M., T. (2008). Problemas de Saúde na Infância: Infecções virais. *Manual Merk.* 1859 - 1875
- Colson, E., R., Senturias, Y., S., N. & Thierfelder, F. (2008). Crianças saudáveis em idade pré-escolar e escolar. *Manual Merk.* 1823 – 1828.
- Direcção Geral de Saúde (2005). Saúde Infantil e Juvenil – Programa-tipo de Actuação (2ª ed.). Portugal: Lisboa
- Dusing, S., C. & Harbourne, R., T. (2010). Variability in Postural Control During Infancy: Implications for Development, Assessment, and Intervention. *Physical Therapy.* 90(12): 1838 - 1848

- Ferreira, J. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Rev Port Clin Geral*. 20:703-712
- Fundación Secretariado Gitano (2007). *Guía de Intervención com a Comunidade Cigana nos Serviços de Saúde*. Madrid.
- Heineman, K., R., Middelburg, K., J. & Hadders-Algra, M.(2010). Development of adaptive motor behavior in typically developing infants. *Acta Paediatrica*. 99(n.d.): 618 – 624
- Heird, W., C. (2009). *Tratado de Pediatria (18ª Edição)*. Rio de Janeiro, Brasil: Elsevier.

- Iverson, J., M. (2010). Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *National Institutes of Health*. 37(2): 229 – 261.

- Jorgensen, P. (2000). Concepts of Body and Health in Physiotherapy: The Meaning of the Social/Cultural Aspects of Life. *Physiotherapy Theory and Practice*, 16, 105 – 115.

- Kolobe, T., H., A. (2004). Childrearing Practices and Developmental Expectations for Mexican-American Mothers and the Developmental Status of Their Infants. *Physical Therapy*. 84(5): 439 – 453

- Lanphear, N., E. (2008). Problemas de Saúde na Infância – Problemas de comportamento e desenvolvimento na infância. *Manual Merk*. 1829 - 1839
- Mintz-Itkin, R. et al. (2009). Does Physical Therapy Improve Outcome in Infants with Joint Hypermobility and Benign Hypotonia?. *Journal of Child Neurology*. 24: 714-119.
- Postiaux, J. (2000). *Fisioterapia Respiratoria en el niño (1ªed)*. Madrid.

- Pountney, T. (2008). *Fisioterapia Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier
- Tecklin, J. (2002). *Fisioterapia Pediátrica*. (3ª edição). Artmed: Porto Alegre, Brasil;
- Teixeira, M. (2011). Contributo para a validação da versão portuguesa do Peabody Developmental Motor Scale – 2. *Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Reabilitação Neurológica*.