



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MARIA FERNANDA JUNQUEIRA BARBOSA

**DESENVOLVIMENTO MOTOR, SINTOMAS COLORRETAIS E SOBRECARGA DO
CUIDADOR NA SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL: UM RELATO DE CASO**

CAMPINA GRANDE - PB

2024

MARIA FERNANDA JUNQUEIRA BARBOSA

**DESENVOLVIMENTO MOTOR, SINTOMAS COLORRETAIS E SOBRECARGA DO
CUIDADOR NA SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL: UM RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Departamento do Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Área de concentração: Fisioterapia em Pediatria.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Isabelle Eunice Albuquerque Pontes Melo Leite

CAMPINA GRANDE - PB

2024

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que, na reprodução, figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B238d Barbosa, Maria Fernanda Junqueira.

Desenvolvimento motor, sintomas colorretais e sobrecarga do cuidador na síndrome de regressão caudal [manuscrito] : um relato de caso / Maria Fernanda Junqueira Barbosa. - 2024. 35 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2024.

"Orientação : Prof. Dra. Isabelle Eunice Albuquerque Pontes Melo Leite, Departamento de Fisioterapia - CCBS".

1. Síndrome de Regressão Caudal. 2. Comprometimento funcional. 3. Sintomas colorretais. 4. Qualidade de vida. I. Título

21. ed. CDD 615.82

MARIA FERNANDA JUNQUEIRA BARBOSA

DESENVOLVIMENTO MOTOR, SINTOMAS COLORRETAIS E SOBRECARGA DO
CUIDADOR NA SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL: UM RELATO DE CASO

*Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado à Coordenação do
Departamento do Curso de Graduação em
Fisioterapia da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito parcial à obtenção
do título de Bacharel em Fisioterapia.*

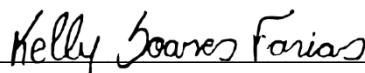
*Área de concentração: Fisioterapia em
Pediatria.*

Aprovada em: 18 / 11 / 2024.

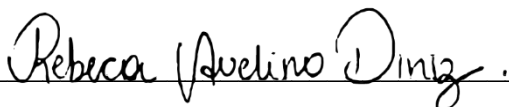
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr^a. Isabelle Eunice Albuquerque Pontes Melo Leite
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr^a. Kelly Soares Farias
Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Prof. Ma. Rebeca Avelino Diniz
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	METODOLOGIA	07
3	RESULTADOS	09
4	DISCUSSÃO	18
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	25
	ANEXOS	28
	ANEXO A	28
	ANEXO B	32
	ANEXO C	33
	ANEXO D	34

DESENVOLVIMENTO MOTOR, SINTOMAS COLORRETAIS E SOBRECARGA DO CUIDADOR NA SÍNDROME DE REGRESSÃO CAUDAL: UM RELATO DE CASO

MOTOR DEVELOPMENT, COLORECTAL SYMPTOMS AND CAREGIVER OVERLOAD IN CAUDAL REGRESSION SYNDROME: A CASE REPORT

Maria Fernanda Junqueira Barbosa¹

Isabelle Eunice Albuquerque Pontes Melo Leite²

RESUMO

Introdução: A Síndrome de Regressão Caudal (SRC) é uma malformação congênita rara que compromete o desenvolvimento típico da parte inferior do corpo. Caracteriza-se geralmente por aplasia ou hipoplasia do sacro e/ou da coluna lombar, resultando em alterações gastrointestinais, geniturinárias e/ou nos membros inferiores. Tais alterações podem influenciar não apenas a funcionalidade do indivíduo, como também suas atividades e participação, interferindo em sua qualidade de vida, independência e até mesmo sobrecarregando seus cuidadores, alterando a dinâmica de todo o ambiente domiciliar e social envolvido. **Objetivo:** Apresentar o relato de caso de uma criança com SRC e investigar as consequências ortopédicas, urogenitais e medulares, além da evolução dos comprometimentos funcionais e sobrecarga do cuidador. **Métodos:** Para a execução, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB (através do CAAE: 81445324.3.0000.5187), foram utilizados os achados clínicos encontrados na análise da ficha de avaliação aplicada, como também na observação das informações resultantes da realização do Teste de Denver II e Escala de Bristol. Além das elucidações dos exames de imagem. Tornando-se relevante também avaliar a sobrecarga do cuidador através da Escala de Zarit para obter uma compreensão abrangente do impacto da doença na família. **Resultados:** Criança diagnosticada após o nascimento com a condição de Pé Torto Congênito (PTC), com sugestão médica de luxação bilateral de quadril. Com a realização de exames de imagens, a criança recebeu o diagnóstico de SRC tipo II associada a lipomielosquise,

¹ Aluna de Graduação em Bacharel de Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. (E-mail: maria.junqueira@aluno.uepb.edu.br)

² Professora do Curso de Bacharel em Fisioterapia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I. (E-mail: isabelle_albuquerque@hotmail.com)

com quatro meses de idade. A criança apresenta o cognitivo preservado, porém dificuldade na realização de atividades motoras grossas que envolvam os membros inferiores e movimentos coordenados. A mãe relata ausência de controle miccional, dificuldade para evacuar e distúrbio do sono, sendo este, motivo de exaustão para cuidadora. **Conclusão:** O paciente registrado através deste relato de caso é uma criança que apresenta diversos aspectos de sua saúde afetados pela presença da SRC. O presente estudo além de contribuir com a literatura científica, demonstra a necessidade de maior investigação e conhecimento prévio acerca dessa condição para melhorar o desempenho e tratamento de casos semelhantes.

Palavras-chaves: síndrome de regressão caudal; comprometimento funcional; sintomas colorretais; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Caudal Regression Syndrome (CRS) is a rare congenital malformation that compromises the typical development of the lower part of the body. It is generally characterized by aplasia or hypoplasia of the sacrum and/or lumbar spine, resulting in gastrointestinal, genitourinary and/or lower limb changes. Such changes can influence not only the individual's functionality, but also their activities and participation, interfering with their quality of life, independence and even overloading their caregivers, changing the dynamics of the entire home and social environment involved.

Objective: To present a case report of a child with CRS and investigate the orthopedic, urogenital and spinal consequences, in addition to the evolution of functional impairments and caregiver burden. **Methods:** For execution, after approval by the UEPB Research Ethics Committee (through CAAE: 81445324.3.0000.5187), the clinical findings found in the analysis of the applied evaluation form were used, as well as in the observation of the information resulting from the Denver II Test and the Bristol Scale. In addition to the clarifications of imaging exams. It also becomes relevant to assess caregiver burden using the Zarit Scale to obtain a comprehensive understanding of the impact of the disease on the family. **Results:** Child diagnosed after birth with the condition of Congenital Clubfoot (CC). After starting treatment, the orthopedist suggested the presence of a bilateral hip dislocation. After imaging tests, the child was diagnosed with type II CRS associated with lipomyeloschisis, at four

months of age. The child has preserved cognitive skills, but has difficulty performing gross motor activities involving the lower limbs and coordinated movements. The mother reports lack of urinary control, difficulty evacuating and sleep disturbance, which is a reason for caregiver exhaustion. **Conclusion:** The patient registered in this case report is a child who presents several aspects of his health affected by the presence of CRS. Therefore, the present study, in addition to contributing to the scientific literature, demonstrates the need for greater investigation and prior knowledge about this condition to improve the performance and treatment of similar cases.

Keywords: caudal regression syndrome; functional impairment; colorectal symptoms; quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Regressão Caudal (SRC) é uma malformação congênita rara, que compromete o desenvolvimento típico da parte inferior do corpo. Caracteriza-se geralmente por aplasia (ausência total) ou hipoplasia (ausência parcial) do sacro e/ou da coluna lombar, resultando em alterações gastrointestinais, geniturinárias e/ou nos membros inferiores. O risco de SRC é mais elevado em gestações de mães diabéticas insulino-dependentes (Pinto *et al.*, 2016).

É difícil detectar a agenesia sacral antes das 19 semanas de gestação, pois o sacro ainda não está suficientemente calcificado. Mas a ultrassonografia no segundo ou terceiro trimestre pode demonstrar ausência de sacro e fêmures encurtados. Ademais, a ressonância magnética (RM) desempenha um papel importante nesses casos, por ser capaz de identificar crianças com déficits medulares incompletos associados (Krishnan *et al.*, 2024). A correção das deformidades associadas à SRC é complexa e por vezes inviável devido aos riscos e às inúmeras repercussões no organismo. Para isso, os profissionais de saúde devem estar alinhados para minimizar os desconfortos e melhorar a qualidade de vida do indivíduo, dando espaço, portanto, para que a fisioterapia desenvolva seu papel de não apenas habilitar e reabilitar, mas de prevenir complicações e promover independência funcional.

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), as funções do corpo são as atividades fisiológicas e psicológicas dos sistemas, enquanto que as estruturas são as partes anatômicas, como órgãos e componentes (Farias; Buchalla, 2005). Alterações nessas estruturas podem levar a disfunções ou deficiências. Portanto, a ausência, seja parcial ou total, de uma parte do corpo pode apresentar repercussões sistêmicas que interferem nas atividades diárias e na participação social do indivíduo, considerando também os fatores ambientais.

Os conceitos da CIF oferecem uma nova perspectiva sobre as deficiências e incapacidades, destacando que essas características são influenciadas pelo contexto físico e social, percepções culturais, atitudes em relação à deficiência e disponibilidade de serviços ou recursos (Farias, Buchalla, 2005). Esta classificação serve como um guia para a fisioterapia, pois não apenas avalia o estado funcional dos indivíduos, mas também considera suas condições de vida, buscando promover uma vida mais confortável, funcional, independente e feliz.

Dessa forma, este trabalho de relato de caso justifica-se pela importância em poder contribuir com o conhecimento acerca das consequências associadas à síndrome, através dos achados clínicos de um paciente com SRC tratado na Clínica Escola de Fisioterapia da UEPB, levando em consideração, na avaliação, os pontos específicos da funcionalidade e auxiliar no desenvolvimento de condutas fisioterapêuticas focadas em promover qualidade de vida e independência funcional para os indivíduos com SRC.

Pesquisas acerca de doenças como a SRC são importantes para incentivar novos estudos e descobertas científicas, facilitando futuras intervenções para melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. De tal forma, este estudo teve como objetivo apresentar um caso de SRC atendido na Clínica de Fisioterapia da UEPB e através de um processo de avaliação, analisar as consequências da doença para o indivíduo e para o contexto social inserido.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de caso, cujos dados são oriundos da prática cotidiana e possuem um delineamento descritivo, caráter narrativo e reflexivo com a ausência de um grupo controle. O estudo foi realizado em um paciente criança,

do sexo masculino, que possui o diagnóstico de SRC e está sendo atendido, regularmente, na Clínica Escola de Fisioterapia, da Universidade Estadual da Paraíba, Campus I.

A avaliação se baseou na Ficha de Avaliação Pediátrica (ANEXO A), da Clínica Escola de Fisioterapia, obtendo-se assim, a anamnese da criança, todos os aspectos relacionados ao parto, história da doença atual, questionamentos acerca do seu comportamento e sistemas vitais, bem como, sua avaliação cinético-funcional. Foi realizado um levantamento dos exames complementares do paciente, incluindo laudos de exames de imagem como ultrassonografia, radiografias e tomografias.

Também foi realizado o Teste de Denver II (ANEXO B), que busca quantificar e qualificar o desenvolvimento da criança, por meio de itens distribuídos em quatro segmentos (pessoal social, motor fino adaptativo, linguagem e motor grosseiro). No final, traça-se uma linha, representada pela idade da criança, que serve de referência para os marcos que a criança já alcançou ou que estão em atraso, por exemplo (Minetto; Vicenti; Jesus, 2024).

A Escala Bristol de Consistência Fecal (ANEXO C), desenvolvida no Reino Unido e publicada por Lewis e Heaton (1997), permite aos pacientes e/ou responsáveis identificar as fezes pela consistência, utilizando escores com imagens e textos descritivos. A Escala Bristol, já validada no Brasil, apresenta utilidade no atendimento ambulatorial, em combinação com a autodescrição das fezes, para o diagnóstico e controle dos tratamentos da constipação na infância e na vida adulta (Zaslavsky; Guerra, 2016).

Considerando de forma mais abrangente as responsabilidades relacionadas ao cuidado de uma criança com SRC, optou-se também por observar o impacto emocional na cuidadora principal, através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ANEXO D), criada em 1980, validada no Brasil e tida como uma referência. Nela, avalia-se o nível de sobrecarga de cuidadores através de sete afirmativas com cinco opções de resposta cada. O resultado varia de 0 a 22 pontos, e quanto maior a numeração, maior o grau de sobrecarga (Silva; Pansera, 2023).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEPB, através do CAAE: 81445324.3.0000.5187, e só foi realizado após a genitora da criança ser informada sobre os objetivos da pesquisa e fornecer seu consentimento, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

O caso em estudo apresenta uma criança, sexo masculino, de 2 anos, nascido em (22/09/2022), pré-termo limítrofe (IG: 36 semanas), de parto vaginal. Seu peso no nascimento foi de 2,98 kg e comprimento equivalente a 41 cm. Filho de pais brasileiros, acima dos 45 anos, não consanguíneos, sem histórico familiar significativo, além da diabetes materna do tipo II, controlada por insulina, e pré-eclâmpsia. A mãe relata que a gestação não foi planejada, porém desejada, e que realizou corretamente as consultas de pré-natal. Foi relatado que não houve uso de drogas lícitas e nem ilícitas durante a gestação.

Após nascimento, foi identificada a condição de Pé Torto Congênito (PTC), e aos três meses de vida foi realizada correção cirúrgica, com auxílio posterior de gesso e órtese ortopédica. No mês seguinte, em janeiro de 2023, por observação, a médica ortopedista sugeriu a presença de uma luxação bilateral de quadril e suspendeu o uso da órtese. A partir disso, foram realizados exames de imagem como radiografia (Figura 1) e ultrassonografia (Figura 2), além da utilização do Suspensório de Pavlik por 1 mês.

Figura 1 - Radiografia da bacia, realizada em 10/01/2023



Fonte: Arquivos do paciente, 2023.

Figura 2 - Ultrassonografia de Quadril, realizada em 10/01/2023, apresentando conformação insuficiente do teto ósseo acetabular, com ausência de contato entre a cabeça femoral, além de indicativo para luxação congênita do quadril.



Fonte: Arquivos do paciente, 2023.

Na radiografia (Figura 1), a estrutura óssea da bacia apresenta morfologia e densidade típica, sem indicativos de fraturas, espaços articulares preservados e partes moles sem alterações. Enquanto que, na ultrassonografia no quadril (Figura 2), percebe-se conformação insuficiente do teto ósseo acetabular, com ausência de contato entre a cabeça femoral, além de indicativo para luxação congênita do quadril (tipo 4). Em consulta posterior com um neurocirurgião, já com a realização de uma RM da coluna lombar (Figuras 3 e 4), a criança recebeu o diagnóstico de Síndrome de Regressão Caudal tipo II associada a lipomielosquise, com quatro meses de idade.

Figuras 3 e 4 - Ressonância Magnética da Coluna Lombar, realizada em 26/01/2023, apresentando agenesia / disgenesia sacral, formação de lesão lipomatosa no interior do canal vertebral, ancoramento da medula terminal e cone medular baixo.



Fonte: Arquivos do paciente, 2023.

A ressonância (Figuras 3 e 4) foi realizada com a indicação de possível mielomeningocele. Em análise, foi observado: ausência de elementos ósseos posteriores na transição lombossacra (agenesia / disgenesia sacral); formação de lesão lipomatosa no interior do canal vertebral; ancoramento da medula terminal, insinuando-se à tela subcutânea através da abertura óssea, estando revestida por folhetos meníngeos (lipomielosquise); cone medular baixo, localizado ao nível de L3, com margem inferior romba. Acerca da coluna, não foi visto desvios significativos no eixo da lombar, os corpos vertebrais apresentam-se alinhados, com sinal conservado da medula óssea, sem sinais de fraturas, discos intervertebrais com altura, contornos e sinais habituais. Além de articulações interapofisárias de contornos regulares, pedículos vertebrais íntegros, diâmetros normais do canal vertebral e forames de conjugação. Raízes da cauda equina de distribuição anatômica no interior do saco dural e musculatura paravertebral sem alterações.

Com a presença do diagnóstico e acompanhamento médico adequado, a criança recebeu encaminhamento para realização de fisioterapia na Clínica Escola da UEPB, cujo início se deu em maio de 2023. Os achados que perduram desde o início do acompanhamento fisioterapêutico até o presente momento são: dificuldade para evacuar com fezes tipo I (Figura 5), segundo a Escala de Bristol de Consistência de Fezes e ausência de controle miccional, de modo que a micção é constante e em gotejamentos.

Figura 5 - Fezes do paciente, imagem capturada em 22/05/2024.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Além disso, a criança apresenta sono irregular e superficial. A mãe relata frequentes despertares noturnos e apenas uma soneca durante o dia. Este é o ponto

que a responsável relata ser um dos mais difíceis quando perguntado se há exaustão durante sua rotina de cuidados com o filho, na pergunta 4 da Escala de Zarit (Quadro 1).

Quadro 1 - Escala de Zarit (Reduzida) respondida em 07/10/2024

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar). (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

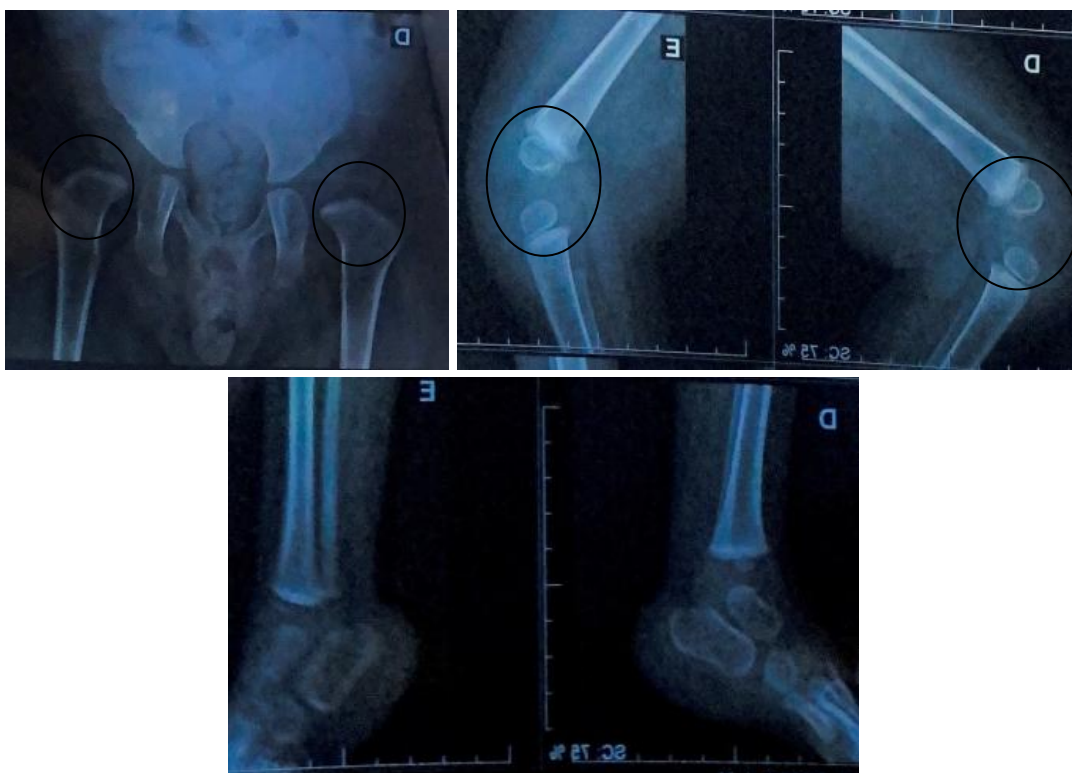
Fonte: Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Domiciliar, 2013.

As condutas fisioterapêuticas realizadas tinham por objetivo prevenir e tratar complicações através da estimulação do desenvolvimento cognitivo e das funções motoras (de acordo com o esperado para a idade), redução da hipotonia e hipotrofia dos membros inferiores, correção postural durante o engatinhar, mobilização articular de quadril, joelhos e tornozelos, massagem visceral para favorecer a evacuação, além de atividades de alcance e preensão manual, fortalecimento do abdome e bastante orientação familiar.

Em março de 2024, houve a realização de novos exames de imagem (Figura 6, 7 e 8) para análise da evolução da condição. De acordo com o exame, a estrutura óssea e partes moles continuaram sem alterações, com relações articulares conservadas e sem evidências de fratura. No entanto, visivelmente nota-se

hipodesenvolvimento da cabeça do fêmur, das epífises femorais e tibiais, e da patela. Sendo notória também a presença de calosidades nos pés da criança (Figura 8 e 9) e que as abordagens ortopédicas para correção dos PTC não se mostraram efetivas em sua totalidade.

Figura 6, 7 e 8 - Radiografia de quadril, joelhos e tornozelos, realizadas em 30/03/2024



Fonte: Arquivos do paciente, 2023.

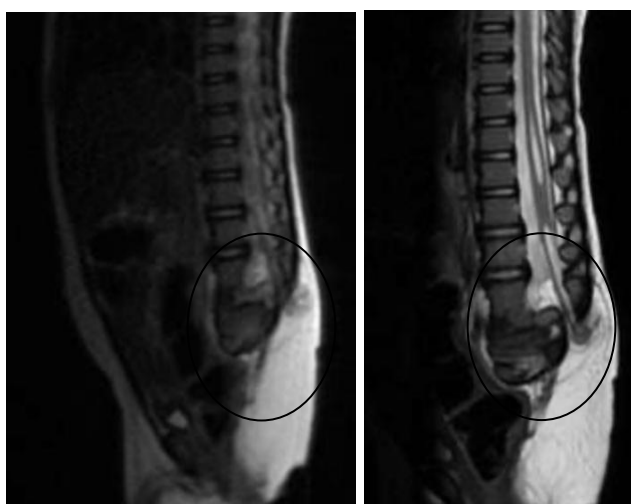
Figura 8 e 9 - Pés apresentando características atípicas, fotos capturadas em 22/05/2024



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

No segundo semestre de 2024, o paciente passou por algumas consultas acompanhadas da realização de exames, para avaliação de sua condição e agendamento da cirurgia denominada de descompressão da medula espinal ou liberação da medula ancorada. Para dar seguimento ao processo de cirurgia, em setembro, realizou uma nova ressonância magnética da coluna lombar (Figura 10 e 11), a pedido do neurocirurgião, que novamente constatou sinais de hipogenesia / agenesia sacrococcígea, relacionado a SRC. Além de defeito de fusão dos elementos posteriores vertebrais das vértebras sacrais (spina bífida).

Figura 10 e 11 - Ressonância Magnética da Coluna Lombar, realizada em 13/09/2024



Fonte: Arquivos do paciente, 2024.

A imagem também indica sinais de lipomielomeningoceles, associado a baixa implantação da medula espinal (no nível L3 e L4), ancorada no filum terminal lipomatoso e em lesão de natureza lipomatosa (lipoma) nas partes moles da região lombossacra (Figura 12). Apresenta também ectasia do saco dural na transição lombossacra e dilatação segmentar do canal epidural central da medula espinal na região dorsolombar (ventrículo terminal).

Figura 12 - Lipoma nas partes moles da região lombossacra do paciente, imagem capturada em 07/10/2024



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Sobre funções, a criança demonstra habilidades motoras grossas como se locomover (dentro de sua limitação física) (Figura 13, 14 e 15), arrastar brinquedos e lançar uma bola em distância considerável. Tem começado a aperfeiçoar a coordenação motora fina, conseguindo fazer rabiscos e utilizar utensílios como colher e garfo com independência.

Figura 13, 14 e 15 - Marcha atípica, devido condição anatômica, e com apoio de uma cadeira, imagem capturada em 07/10/2024

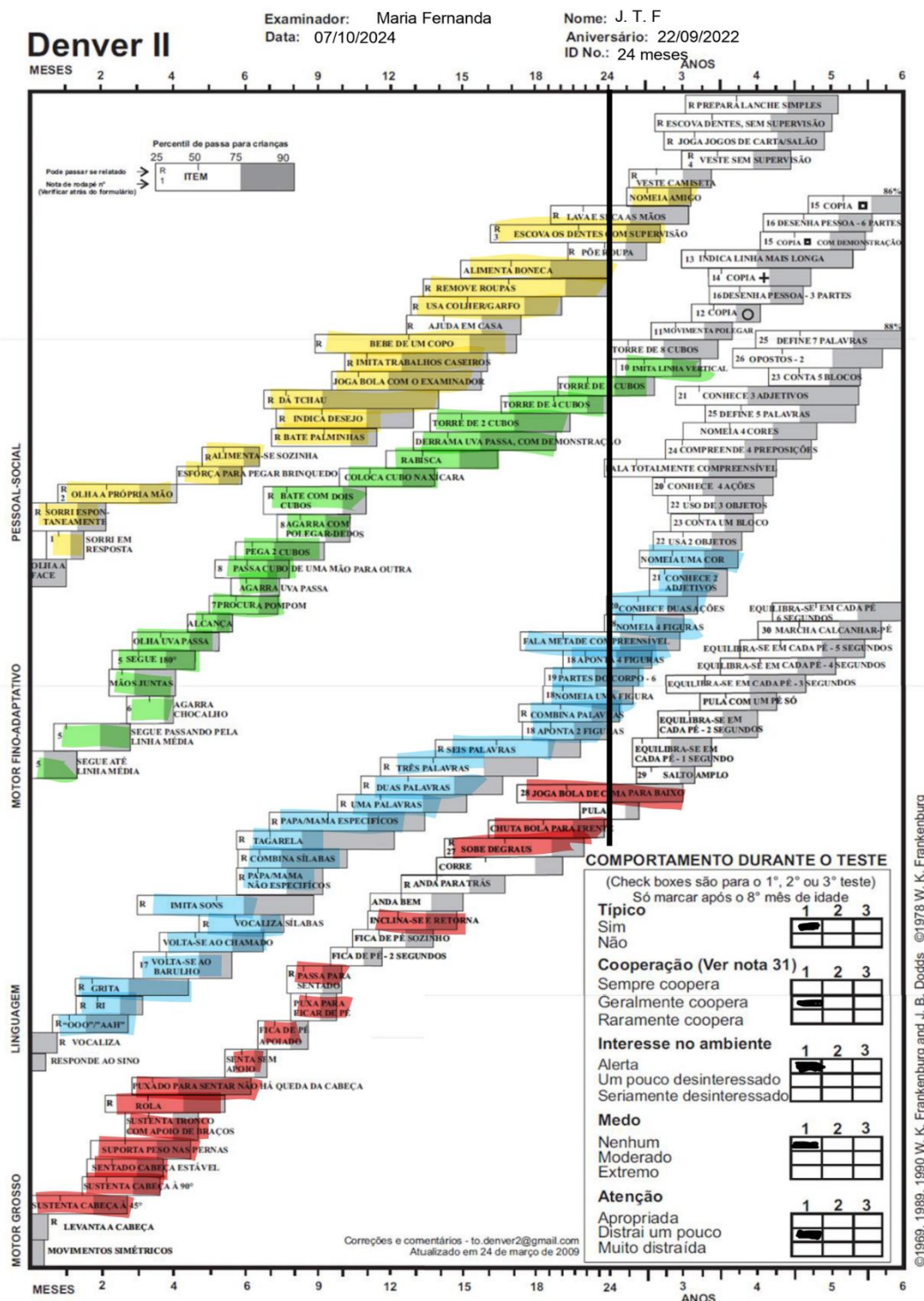


Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Cognitivamente, a criança demonstra interesse por explorar o ambiente e interagir com seus familiares, mas ainda não adentrou no âmbito escolar devido a idade. Além disso, consegue expressar emoções, como alegria, raiva e frustração. É nitidamente capaz de seguir instruções simples e se engajar em jogos e ações do cotidiano, como ligar a televisão e até mesmo abrir em seu desenho favorito. O vocabulário está em expansão, com capacidade de formar frases curtas e nomear

objetos familiares. Com base neste segmento de desenvolvimento, tais habilidades citadas e várias outras foram expressas e analisadas com a aplicação da escala de Denver II (Figura 13).

Figura 13 - Escala de Denver II, aplicada em 07/10/2024



Fonte: Sabatés, 2013.

Além disso, foi criado um quadro que une as características do paciente de acordo com a CIF (Quadro 2).

Quadro 2 - Características da CIF em paciente com SRC e PTC

QUADRO CIF: Condição de Saúde: Síndrome de Regressão Caudal e Pé Torto Congênito			
Domínio	Código da CIF	Descrição	Observações do paciente em estudo
Funções	b1342	Qualidade do Sono	Sono irregular e superficial, com diversas interrupções.
	b5250	Eliminação de fezes	Difícil e dolorosa.
	b6202	Continência Urinária	Não apresenta controle miccional.
	b710	Funções relacionadas com a mobilidade das articulações	Dificuldade na bipedestação, apresentando locomoção atípica.
	b770	Funções relacionadas com o padrão de marcha	Coordenação prejudicada de movimentos e limitações funcionais na marcha relacionadas a condição estrutural.
Estrutura	s12002	Medula Espinal Lombossacral	Cone medular baixo, localizado ao nível de L3.
	s12003	Cauda Equina	Compressão dos nervos, aguardando cirurgia.
	s610	Estrutura do Aparelho Urinário	Rins sem alterações.
	s740	Estrutura da região pélvica	Proximidade atípica dos ílios, rins sem alterações. Ausência de queixas ou suspeitas médicas de atipicidade do órgão reprodutor, até o momento.
	s7502	Estrutura do tornozelo e pé	Apresenta limitação de movimento, rigidez articular e desenvolvimento assimétrico.
	s76003	Estrutura da coluna vertebral - segmento sacral	Ausência de estrutura.

	s76004	Estrutura da coluna vertebral - cóccix	Ausência de estrutura.
Atividades	d4	Mobilidade	Desloca-se de forma adaptada, “arrastando-se pelo chão”, consegue pôr-se em pé, mas sem êxito na deambulação.
	d5	Auto cuidados	Necessita de auxílio.
	d7	Interações Sociais	Interage bem.
	d8	Áreas principais da vida	Ainda não iniciaram os estudos; encontra-se aguardando cirurgia.
	d9	Vida comunitária, social e cívica	Frequenta a igreja com os pais.
Fatores Ambientais	e1	Produtos e Tecnologia	Não utiliza acessórios adaptativos, como cadeira de rodas, por exemplo.
	e2	Ambiente físico	A casa não é adaptada com acessibilidade.
	e3	Suporte social e relações	Apresenta boa rede de apoio familiar.
	e4	Atitudes	As atitudes dos membros da família facilitam a participação da criança em áreas distintas.
	e5	Política e sistemas sociais	Não participa.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

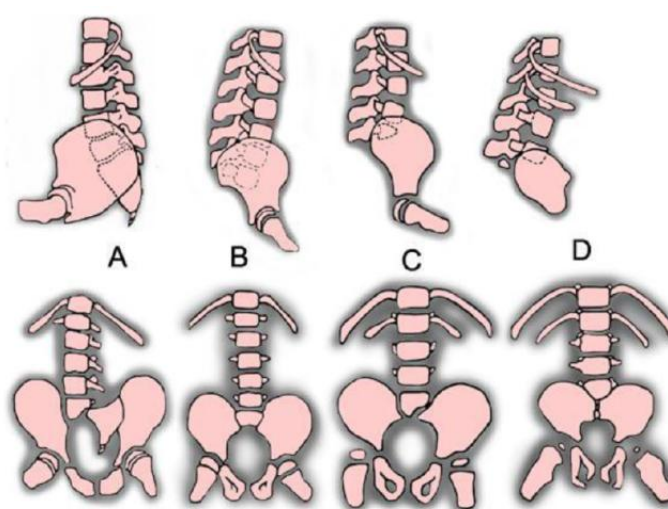
4 DISCUSSÃO

Neste relato de caso, foi apresentado um paciente de 2 anos de idade diagnosticado, aos 4 meses de idade, com SRC tipo II e PTC. As manifestações das condições apresentaram características típicas como malformações vertebrais e das extremidades inferiores do corpo, agenesia do sacro e cóccix, incluindo os segmentos medulares correspondentes e afecções urogenitais, como visto nas figuras 1, 3, 4, 6, 7, 8, 10 e 11.

No entanto, o tipo da SRC do paciente em questão, precisa ser analisado de forma mais precisa, tendo em vista que o tipo II se refere a agenesia sacral parcial,

com a primeira vértebra normal ou hipoplásica e uma articulação entre os ílios, de acordo com a classificação de Renshaw (Figura 14). Enquanto que o tipo IV, revela-se mais compatível com os achados do paciente que, apesar de não haver presença de cifose, refere-se à agenesia sacral completa, onde os ossos íliacos são fundidos um ao outro posteriormente na linha média, como apresentado por Vissarionov *et al.* (2018).

Figura 14 - Classificação de Agenesia Sacral, segundo Renshaw.
(A) tipo I; (B) tipo II; (C) tipo III; (D) tipo IV.



Fonte: Vissarionov et al., 2018.

Na impressão diagnóstica da ressonância magnética (Figura 3 e 4), do paciente em estudo, que recebeu o diagnóstico de SRC tipo II, houve acréscimo da observação que os achados poderiam estar relacionados a outras síndromes, como a de VACTERL [acrônimo que representa as anomalias pelas quais a condição é caracterizada: anomalias vertebrais, atresia anal, defeitos cardíacos, anomalias traqueoesofágicas, anomalias renais e anomalias do limbo (Yang *et al.*, 2019)], sendo adequada a investigação de outras possíveis anormalidades estruturais.

A SRC também foi relacionada a síndrome de Currarino (malformação anorretal, massa pré-sacral e anormalidades ósseas sacrais, também associada à medula presa) e a síndrome de OIES (combinação de malformações que incluem onfalocele, extrofia de cloaca, ânus imperfurado e defeitos espinhais) (Jasiewicz; Kacki, 2023).

Os membros inferiores do paciente apresentam formato cônico, onde a região mais proximal ao corpo não apresenta atipicidade considerável, mas é notório o

hipodesenvolvimento patelar e atrofia muscular no grupo posterior e sagital da panturrilha, juntamente com a deformidade nos pés, em semelhança ao relatado por Jasiewicz e Kacki (2023), que demonstrou um caso de ausência parcial do sacro, escoliose e displasia do quadril com as mesmas características de membros inferiores. A condição de PTC é uma deformidade causada nos membros inferiores que ocasiona alterações complexas na musculatura esquelética, comprometendo a flexibilidade ou estruturação do alinhamento do pé. Suas características são demonstradas por um pé equino, cavo e em inversão. Esta condição pode ser associada a outras malformações congênicas, como displasia do desenvolvimento do quadril (Dias *et al.*, 2022).

Dos tratamentos para as deformidades dos pés, Shobeiri *et al.* (2021) demonstram que o objetivo final é um pé plantígrado e móvel, capaz de deambular tipicamente. Para isso, há abordagens cirúrgicas e conservadoras, como a utilização de órteses, engessamento e recursos da Fisioterapia. A criança em estudo foi submetida a tais procedimentos, porém não atingiu o objetivo em nenhum sentido, por ter recebido o diagnóstico de condições tidas como mais urgentes a serem tratadas. O prejuízo fica para o paciente, que passou a necessitar de uma nova cirurgia corretiva, em conjunto com outras abordagens conservadoras.

Além das condições relacionadas, um aspecto notável desse caso foi a presença de lipomielosquise, um subtipo comum de disrafismo espinhal fechado com lipoma, uma massa monofílica originada do mesoderma. Os disrafismos, envolvendo a coluna caudal, são as malformações congênicas mais frequentes da coluna vertebral e medula espinhal. Isso sugere que a expressão clínica da SRC pode variar consideravelmente entre os pacientes, como demonstrado no estudo de Duarte *et al.* (2020).

A etiologia das anomalias congênicas é multifatorial, elas podem ser causadas por defeito único em um gene, distúrbios cromossômicos, herança multifatorial, teratógenos ambientais ou deficiências de micronutrientes. Um exemplo disso é, biologicamente, a ligação entre um ambiente hiperglicêmico intrauterino e o aumento do risco de anomalias congênicas em fetos em desenvolvimento, devido ao estresse oxidativo. Ou seja, o diabetes materno pré-gestacional é um fator de risco para anomalias congênicas, como ocorreu no estudo em questão. No entanto, a influência do diabetes pré-gestacional em tipos específicos de anomalias congênicas permanece

inconclusiva, assim como a associação entre diabetes mellitus gestacional e anomalias congênitas (Wu *et al.*, 2020).

Com relação aos aspectos urinários e coloproctológicos do paciente com SRC, foi relatado ausência de controle miccional, com gotejamento constante, juntamente com constipação e ressecamento das fezes. As fezes caracterizadas como Tipo I, de acordo com a Escala de Bristol, indicam a formação composta por caroços duros e separados, por isso a evacuação dificultosa, tendo em vista o formato sem características deslizantes.

Acerca da bexiga, torna-se válido relatar que a estrutura é inervada pelos segmentos S2 e S3 da medula espinhal, portanto quando há alteração neste segmento, é notável uma disfunção neuropática. De acordo com Moussa *et al.* (2021), as principais alterações urológicas que podem ser encontradas nestes pacientes com alteração na estrutura sacral, como também portadores de Mielomeningocele (MMC), são incontinência urinária, infecção do trato urinário, cálculos urinários, disfunções sexuais, distúrbios metabólicos e insuficiência renal.

O estudo mais recente de Vaz, Silva e Barroso (2023), acerca dos aspectos urológicos em crianças com bexiga neurogênica corroborou seus resultados com a pesquisa citada anteriormente, afirmando também que a principal causa de bexiga neurogênica (BN) em crianças é a Espinha Bífida (EB), sendo a MMC em nível lombossacral, a malformação mais frequente. Ademais, foi afirmado que outras malformações congênitas também podem ser causadoras, como a SRC. A BN é caracterizada por qualquer alteração da função da bexiga resultante de uma lesão neurológica, por haver um complexo sistema de controle neural que coordena as funções da bexiga e do esfíncter uretral, que possibilita o armazenamento e a eliminação periódica da urina. Assim, cerca de 80% dos pacientes com SRC apresentarão quadro de BN.

Ainda no aspecto urogenital, têm-se o questionamento de como estaria organizada a musculatura pélvica da criança, tendo em vista a ausência do sacro, um elemento importante na origem e inserção de músculos como o pubococcígeo, iliococcígeo e o próprio músculo coccígeo, que atuam no suporte dos órgãos e estruturas relacionadas. Assim como, a relação sacral com outros músculos, como o eretor da espinha, multífidus, glúteo máximo, piriforme, obturador interno e até mesmo os isquiotibiais, que funcionam como estabilizadores da coluna, quadril, e do corpo como um todo (Kisner; Colby, 2016).

É importante também ressaltar o desempenho anatômico fundamental da articulação sacroilíaca, que atua na estabilidade da pelve e na adoção da postura de sedestação. Tal capacidade influencia naturalmente no desenvolvimento de habilidades motoras posteriores, como engatinhar e andar. Portanto, a ausência da estrutura sacroilíaca relaciona-se com uma função prejudicada, que pode provocar um déficit na coordenação e nas habilidades motoras da criança (Pontes *et al.*, 2024).

As crianças com SRC geralmente se adaptam às circunstâncias e ao ambiente ao seu redor. Elas tendem a executar bem as suas atividades com os membros superiores, já que não há comprometimento cognitivo associado (Boulas, 2009). A função mental e as habilidades motoras se desenvolvem bem, até certo ponto, como visto na aplicação do teste de Denver II. Os tópicos que o paciente não consegue realizar estão diretamente relacionados à síndrome e aos acometimentos estruturais e funcionais associados. Essa lacuna funcional impede que a criança alcance certos marcos de desenvolvimento, o que evidencia a importância de intervenções direcionadas que possam abordar limitações específicas e apoiar o desenvolvimento global.

Ademais, o certo grau de dependência da criança pode influenciar na qualidade de vida de seus cuidadores e do âmbito domiciliar como um todo. De acordo com Maia e Muner (2024), a maternidade atípica é um termo popular que referencia as mães cuidadoras de pessoas com deficiência ou doenças raras. O termo proporciona maior visibilidade a essas mulheres e pretende chamar a atenção da sociedade para que possam compreender as necessidades dessas mães. Uma boa rede de apoio é fundamental para saúde mental do cuidador principal, isso foi demonstrado a partir da aplicação da escala de Zarit com a responsável pela criança em estudo, que apesar da dependência e de todo o cuidado necessário envolvido, não demonstra sinais de sobrecarga, tendo em vista que sua pontuação foi equivalente a 12 pontos [sobrecarga leve: 14 pontos; sobrecarga moderada: 15 - 21 pontos; sobrecarga grave: acima de 22 pontos, segundo o Ministério da Saúde (2013)].

Quanto às correções cirúrgicas, o paciente encontra-se no aguardo para o procedimento referente à Síndrome de Medula Presa (SMP). Esta condição, de acordo com Filippidis *et al.* (2010), pode ser explicada pelo crescimento natural da coluna vertebral que provoca uma elevação da medula espinhal e um estiramento do filum terminal, estrutura que estabiliza o cone medular durante o crescimento e movimentação do tronco. Desse modo, patologias que comprometem essa área,

deterioram sua elasticidade e se aderem às estruturas adjacentes, gerando tensão e estiramento do cone medular (Ambrósio, 2023).

Tal acontecimento, provoca uma isquemia no tecido nervoso. Consequentemente, afeta os neurônios motores inferiores, apresentando manifestações clínicas como de perda de força muscular, dor, alteração da marcha, escoliose, declínio da função urológica e vesical. Estes sintomas aparecem de acordo com o estiramento do cone medular e acompanham o crescimento da criança. Porém, de acordo com o estudo de Al-Askary, Abo El-Kheir e Mousa (2022), que avaliou 25 casos de SMP submetidos a procedimento cirúrgico, foi constatado resultado positivo da cirurgia para resolução da dor e déficits motores, mas sem melhoras para disfunção da bexiga.

Com base no exposto, é notável a complexidade da condição. O dano primário é irreversível, restando o tratamento de reparos em cada sistema individual. Sendo assim, o manejo do paciente em estudo inclui uma abordagem multidisciplinar, com intervenção cirúrgica e fisioterapia, com um objetivo em comum: melhorar as funções e a qualidade de vida. Sendo válido acrescentar que, cuidar de uma criança com SRC pode representar desafios. Dessa forma, compreender quais são os fatores de risco, aspectos clínicos, meios de diagnóstico e tratamento da síndrome pode auxiliar significativamente os profissionais de saúde a oferecerem a assistência adequada e orientar os cuidadores sobre as medidas a serem tomadas.

O tratamento neurocirúrgico pode ser necessário em pacientes com o tipo de "falha de regressão", conforme definido por Lee, Shim e Wang (2021). Neste grupo de pacientes, há risco de agravamento neurológico devido à fixação da medula espinhal. Após isso, segundo Akhadar (2020), o foco é o tratamento de continência vesical e intestinal, preservação da função renal e deformidades ortopédicas. Sendo uma afirmação consistente com os achados e benéfica para o paciente em estudo.

Outros tratamentos cirúrgicos variam de acordo com a especificidade da condição em cada indivíduo. Mas o tratamento ortopédico pode ser dividido em duas áreas: coluna vertebral e membros inferiores (contraturas, deformidades do pé, luxação do quadril) (Jasiewicz; Kacki, 2023). Sendo fundamental intervenções precoces e personalizadas para maximizar o potencial funcional das crianças afetadas.

Quanto ao diagnóstico, uma simples radiografia da coluna registra a presença e o grau da agenesia óssea. Já a tomografia computadorizada pode ser utilizada em

casos onde os elementos vertebrais estão significativamente deformados e desalinhados. E a RM da coluna é essencial para analisar o nível e a forma do cone e do saco dural. A RM também identifica a presença de lesões de amarração associadas, como um filum terminale espesso, malformação lipomatosa lombossacral, cordão medular retido, mielocistocele terminal e a tríade de Currarino (Lee; Shim; Wang, 2021).

Este relato enfatiza a importância de um maior enfoque na educação de profissionais de saúde, visando não apenas melhorar o diagnóstico, mas também a intervenção precoce. Ademais, os achados obtidos através da aplicação da CIF oferecem maior facilidade para elaboração de tratamentos e acompanhamento interdisciplinar no desenvolvimento do paciente, isto em concordância aos estudos analisados por Pereira *et al.* (2022). Tendo em vista que, a CIF possui grande eficácia para avaliação da criança e do adolescente em aspectos variados, por apresentar uma linguagem extensa e padronizada, que permite a identificação de possíveis incapacidades ao longo do desenvolvimento neuropsicomotor e social.

5 CONCLUSÃO

A SRC faz parte do espectro de malformações segmentares da coluna vertebral e da medula espinal. No geral, são comuns anomalias ortopédicas, gastrintestinais, geniturinárias e até mesmo cardíacas. A verdadeira patogênese da SRC não é conhecida, embora acredite-se que o diabetes mellitus em mães dependentes de insulina seja um fator contribuinte. Uma vez que a patologia primária é irreversível e as consequências funcionais variam de cada caso, o tratamento se concentra em proporcionar suporte aos sistemas afetados, abordando os problemas à medida que surgem.

Através da história clínica do paciente em estudo, dos exames de imagem e da aplicação de testes, foi possível observar a complexidade da condição e a necessidade de meios de intervenção para melhora de sintomas. O presente estudo além de contribuir com o conhecimento acerca das consequências da patologia no paciente com SRC, levando em consideração os achados e a funcionalidade do indivíduo, sugere que mais estudos sejam realizados visando o êxito no tratamento fisioterapêutico e, principalmente, no desenvolvimento funcional e na independência, além da redução de desconfortos presentes. Isto, visando contribuir na melhora da qualidade de vida deste e de tantos

outros núcleos familiares com indivíduos com a síndrome, além da contribuição para fins de pesquisa, com novos estudos acerca da SRC e desenvolvimento de possibilidades mais específicas. Estimulando, portanto, a comunidade acadêmica a desenvolver mais estudos acerca da patologia, evidenciando a importância da temática.

REFERÊNCIAS

AKHADDAR, A. Síndrome de Regressão Caudal: Agenesia Espinal Toracolombo-sacro-coccígea. *World Neurosurg*: 2020, 142, 301-302.

AL-ASKARY, S. B.; ABO EL-KHEIR, M. M.; MOUSA, A. E. A. Surgical management of tethered cord syndrome. *Al-Azhar Medical Journal*, v. 51, n. 2, p. 891-904, 2022.

AMBRÓSIO, N. C. Avaliação multidisciplinar de fatores que influenciam a aquisição do prognóstico de deambulação em crianças com espinha bífida no Hospital de Clínicas da UNICAMP: Estudo Observacional. 2023. Tese de Doutorado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : *Ministério da Saúde*, v. 2, 2013.

BOULAS, M. M. Recognition of Caudal Regression Syndrome. *Advances in Neonatal Care*, v. 9, n. 2, p. 61-69, abr. 2009.

DIAS, H. F. R. et al. Congenital clubfoot syndrome: a systematic review. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 5, p. 37823-37837, 2022.

DUARTE, M. et al. Lipomyeloschisis: A Rare Finding. *Sinapse*, v. 20, n. 3, p. 134-136, 2020.

FARIAS, N.; Buchalla, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista brasileira de epidemiologia*, v. 8, p. 187-193, 2005.

FILIPPIDIS, A. S. et al. Spinal cord traction, vascular compromise, hypoxia, and metabolic derangements in the pathophysiology of tethered cord syndrome. *Neurosurgical focus*, v. 29, n. 1, p. E9, 2010.

JASIEWICZ, B.; KACKI, W. Caudal Regression Syndrome - A Narrative Review: An Orthopedic Point of View. *Children*, v. 10, n. 3, p. 589, 2023.

KISNER C.; COLBY L. A. *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas*. 6ª ed. São Paulo: Manole, 2016.

KRISHNAN, V. et al. Clinical and radiological evaluation of caudal regression syndrome. *Pediatric Radiology*, v. 54, n. 9, p. 1451-1461, 2024.

LEE, J. Y.; SHIM, Y.; WANG, K.C. Caudal agenesis: understanding the base of the wide clinical spectrum. *Journal of Korean Neurosurgical Society*, v. 64, n. 3, p. 380-385, 2021.

LEWIS, S. J.; HEATON, K. W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian journal of gastroenterology*, v. 32, n. 9, p. 920-924, 1997.

MAIA, G. B.; MUNER, L. C. Maternidade Atípica. *Revista Cathedral*, v. 6, n. 2, p. 12-27, 2024.

MINETTO, A. I.; V. E.; DE JESUS, D. Análise do desenvolvimento neuropsicomotor através da escala de Denver II nas crianças do PAMIF. *Inova Saúde*, v. 14, n. 1, p. 43-55, 2024.

MOUSSA, M. et al. Perspectives on urological care in spina bifida patients. *Intractable & Rare Diseases Research*, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2021.

PEREIRA, Gabriela Santos et al. Possibilidades de utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na saúde da criança: uma revisão sistemática. *Acta fisiátrica*, v. 29, n. 1, p. 56-66, 2022.

PINTO, M. et al. Síndrome de Regressão Caudal com Malformação Pélvica Grave. *Acta Pediátrica Portuguesa*, vol. 47, p. 372-373, 2016.

PONTES, I. E. A et al. Aspectos da saúde integral e do desenvolvimento motor de criança com agenesia sacral: Um relato de caso. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 3, p. e4913345240-e4913345240, 2024.

SABATÉS, A. L. et al. Teste de triagem do desenvolvimento Denver II: adaptação transcultural para a criança brasileira. Com autorização do autor Frankenburg WK. São Paulo, 2013.

SHOBEIRI, P. et al. Orthopedic management of myelomeningocele with a multidisciplinary approach: a systematic review of the literature. *Journal of orthopaedic surgery and research*, v. 16, p. 1-18, 2021.

SILVA, G. B.; PANSERA, A. C. Sobrecarga, Ansiedade e Depressão em Cuidadores de Crianças no Transtorno do Espectro Autista: Um estudo de correlação. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 11, n. 3, 2023.

VAZ, K.; SILVA, E. A.; BARROSO, U. Aspectos Urológicos em Crianças com Bexiga Neurogênica: Revisão Narrativa. *Revista Científica Hospital Santa Izabel*, v. 7, n. 1, p. 5-18, 2023.

VISSARIONOV, S. et al. Surgical Correction of Spinopelvic Instability in Children With Caudal Regression Syndrome. *Global Spine Journal*, v. 9, n. 3, p. 260-265, 10 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2192568218779984>. Acesso em: 24 out. 2024.

WU, Y. et al. Association of Maternal Prepregnancy Diabetes and Gestational Diabetes Mellitus With Congenital Anomalies of the Newborn. *Diabetes Care*, v. 43, n. 12, p. 2983-2990, 21 out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc20-0261>.

YANG, L. et al. VACTERL association complicated with multiple airway abnormalities. *Medicine*, v. 98, n. 42, p. e17413, out. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000017413>. Acesso em: 28 out. 2024.

ZASLAVSKY, C.; GUERRA, T. C. Escala Bristol de forma fecal no diagnóstico clínico da constipação na infância, Porto Alegre, Brasil. *Revista da AMRIGS*, v. 60, n. 2, p. 129-133, 2016.

ANEXOS

ANEXO A:

FICHA DE AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NEOPEDIÁTRICA DA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA (CEF) DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (UEPB)

DATA DA ADMISSÃO: ____/____/____

I. IDENTIFICAÇÃO:			
NOME:	Gên.:	D/N:	Idade:
ENDEREÇO:			
TELEFONES:			
MÃE: PROFISSÃO:	IDADE:	ESCOLARID.:	
PAI: PROFISSÃO:	IDADE:	ESCOLARID.:	
ESTADO MARITAL:		RESPONSÁVEL:	
QUEM ENCAMINHOU? QUAL:		PLANO DE SAÚDE: S() N()	

II. DADOS SOBRE GESTAÇÃO/PARTO E NASCIMENTO:			
GESTA:	PARA:	ABORTO:	
GESTAÇÃO PLANEJADA: S () N () GESTAÇÃO DESEJADA: S () N () MAIS/MENOS () GESTAÇÃO TRANQUILA: S () N () MAIS/MENOS ()			
PRÉ-NATAL: S () N ()	INÍCIO:	Nº DE CONSULTAS:	
HÁBITOS NA GESTAÇÃO: Fumo S () N () Álcool S () N () Drogas S () N ()			
TIPO DE PARTO: ASSISTENTES:	LOCAL:	PROF.	
IG:	CLASSIFICAÇÃO DO RN:	APGAR:	
PESO:	ESTATURA:	PC:	PT:

HISTÓRIA CLÍNICA:
QUEIXA PRINCIPAL:
HDA:

IV. HISTÓRIA FAMILIAR E FAMILIAL
OUTROS FILHOS? S () N () IDADES: OBS.:
CONDIÇÕES DE MORADIA E DINÂMICA FAMILIAR:
HÁ CASOS SEMELHANTES NA FAMÍLIA?

V. COMPORTAMENTO DA CRIANÇA:
1.ALIMENTAÇÃO ATUAL
Tipo:
Frequência:
Distúrbios:
2.SONO
Durante o dia:
Durante a noite:
Local:
Distúrbios:
3.COMPORTAMENTO LÚDICO E PSICOSSOCIAL
Interage? S() N() Pouco () Bastante () OBS.: _____
Calmo: S() N() Agitado: S() N() Irritado S() N()

VI. INTERROGATÓRIO SOBRE OS SISTEMAS:

VII. MEDICAMENTOS EM USO:
VIII. EXAMES REALIZADOS:
Teste do pezinho: Data: ____/____/____ Resultado:

Teste da orelhinha: Data: ____/____/____ Resultado:

Teste do olhinho: Data: ____/____/____ Resultado:

Teste do coraçãozinho: Data: ____/____/____ Resultado:

USTF: Data: ____/____/____ Resultado:

RM: Data: ____/____/____ Resultado:

EEG: Data: ____/____/____ Resultado:

ECG: Data: ____/____/____ Resultado:

OUTROS:
IX. TRATAMENTOS ATUAIS (Qual? Onde? Frequência?)
X. EXAME FÍSICO - CINÉTICO - FUNCIONAL
PESO ATUAL:
ATUAL:
ESTATURA ATUAL:
PC
EXAME GERAL DAS ESTRUTURAS (Lesões, deformidades e malformações):
POSTURA:
TÔNUS (de base, em atividade, topografia, predomínio, severidade):
TROFISMO MUSCULAR:
FORÇA MUSCULAR:
MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS (Hipercinesias, clônus, tremores, espasmos, etc):
REFLEXOS SUPERFICIAIS E PROFUNDOS:

REFLEXOS E REAÇÕES:

VISÃO:

AUDIÇÃO:

COGNIÇÃO:

LINGUAGEM:

OUTROS DISTÚRBIOS ASSOCIADOS:

XI. DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

CID:

PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICO CINÉTICO-FUNCIONAL:

XII. PROPOSTA DE TRATAMENTO:

ANEXO B:

[illegible]

ANEXO C:

<i>Escala de Bristol de Consistência de Fezes</i>	
	Tipo 1: Pequenas bolinhas duras, separadas como coquinhos (difícil para sair).
	Tipo 2: Formato de língua encaroçada, com pequenas bolinhas grudadas.
	Tipo 3: Formato de língua com rachaduras na superfície.
	Tipo 4: Alongada com formato de salsicha ou cobra, lisa e macia.
	Tipo 5: Pedacos macios e separados, com bordas bem definidas (fáceis de sair).
	Tipo 6: Massa pastosa e fofa, com bordas irregulares.
	Tipo 7: Totalmente líquida, sem pedacos sólidos.

(Bristol, 1997 *apud* Zaslavsky, 2016)

ANEXO D:

ESCALA DE ZARIT

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

