



## A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA INFÂNCIA A ADOLESCÊNCIA NO DIAGNOSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Douglas Dal Molin<sup>1</sup>  
André Luís Alcântara de Lima<sup>2</sup>  
Anna Luiza Ferreira Bahena<sup>3</sup>  
Kamyla da silva<sup>4</sup>

**Resumo:** Este trabalho aborda a atuação da equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento precoce da Distrofia Muscular de Duchenne, no período da infância à adolescência. O estudo teve como objetivo compreender a relevância da abordagem integrada, descrever as principais manifestações clínicas da doença e identificar as contribuições de cada profissional no cuidado do paciente. A metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica, qualitativa e exploratória, considerando artigos publicados nos últimos 30 anos, nos idiomas português e inglês, que abordassem intervenções multiprofissionais voltadas à DMD. Foram incluídos estudos que evidenciassem práticas clínicas, fisioterapêuticas, nutricionais, psicológicas e de suporte social, e excluídos aqueles com foco exclusivamente farmacológico ou genético. A análise dos dados permitiu verificar que a atuação precoce e coordenada da equipe multidisciplinar contribui significativamente para retardar a perda funcional, prevenir complicações respiratórias e ortopédicas, e promover a qualidade de vida. Observou-se ainda que protocolos individualizados e redes de apoio familiar e institucional são determinantes para o sucesso do manejo da doença. O estudo evidenciou a necessidade de continuidade do acompanhamento, integração entre especialidades e personalização do cuidado, reforçando que a abordagem multidisciplinar é fundamental para o manejo eficaz da DMD, prolongando a autonomia e a sobrevida dos pacientes.

**Palavras-chave:** Distrofia Muscular; Equipe Multidisciplinar; Diagnóstico; Tratamento;

---

<sup>1</sup>Douglas Dal Molin, Psicólogo. Mestre pelo Programa de Ciências Sociais Aplicadas pela UEPG. Docente do curso Medicina e Psicologia na UNIFATEB, campus Telêmaco Borba – e-mail: <daldmdouglas@gmail.com>.

<sup>2</sup>André Luís Alcântara de Lima. Médico psiquiatra. Graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Residência médica pela Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais-PR. Docente nos cursos de Medicina e Psicologia na UNIFATEB, campus Telêmaco Borba – e-mail: <alcantara\_med@yahoo.com.br>.

<sup>3</sup>Anna Luiza Ferreira Bahena. Acadêmica do curso de Medicina da UNIFATEB, campus Telêmaco Borba – e-mail: < Annaluisabahena@gmail.com>.

<sup>4</sup>kamyla da silva. Acadêmica do curso de Medicina da UNIFATEB, campus Telêmaco Borba – e-mail: <kamylasilva@icloud.com>.



**Abstract:** This study addresses the role of the multidisciplinary team in the diagnosis and early treatment of Duchenne Muscular Dystrophy, from childhood to adolescence. The objective was to understand the relevance of an integrated approach, describe the main clinical manifestations of the disease, and identify the contributions of each professional in patient care. The methodology adopted was a qualitative and descriptive literature review, considering articles published in the last 30 years, in Portuguese and English, that discussed multidisciplinary interventions for DMD. Studies that presented clinical, physiotherapeutic, nutritional, psychological, and social support practices were included, while those focused exclusively on pharmacological or genetic aspects were excluded. Data analysis showed that early and coordinated action of the multidisciplinary team significantly contributes to delaying functional decline, preventing respiratory and orthopedic complications, and promoting quality of life. It was also observed that individualized protocols and family and institutional support networks are crucial for the successful management of the disease. The study highlighted the need for ongoing follow-up, integration among specialties, and personalized care, reinforcing that the multidisciplinary approach is essential for the effective management of DMD, extending both autonomy and survival of patients.

**Key-words:** Muscular Dystrophy; Multidisciplinary Team; Diagnosis; Treatment;

## 1. INTRODUÇÃO

A Distrofia Muscular de Duchenne (DMD) é uma doença genética grave caracterizada pela degeneração progressiva da musculatura esquelética, resultante de mutações no gene responsável pela produção da distrofina, proteína essencial para a integridade das fibras musculares. Suas manifestações clínicas geralmente começam a ser observadas na infância, com sinais como atraso no desenvolvimento motor, dificuldade para correr, subir escadas ou levantar-se do chão. Com a progressão da doença, esses sintomas tornam-se mais evidentes ao longo da infância e adolescência, levando a limitações funcionais significativas e, frequentemente, à necessidade de auxílio para locomoção (BUSHBY, K. et al. 2010).

Na medida em que a criança se desenvolve, considerando o aprendizado da marcha, do salto, da corrida e outras habilidades motoras, tornam-se perceptíveis as dificuldades. A DMD por ser crônica, ou seja, continua avançando e causando outros



comprometimentos devido a fraqueza muscular. Possui uma taxa de fatalidade alta, considerando que a progressão compromete o sistema cardiorrespiratório e locomotor, e por conseguinte poucos pacientes sobrevivem após os 30 anos de idade (Brasil, 2025).

## JUSTIFICATIVA

Globalmente a taxa da DMD corresponde a 19,8 casos a cada 100 mil nascidos vivos, com distribuição similar ao redor do mundo segundo o Relatório para a Sociedade realizado pelo Ministério da Saúde em 2025 (Brasil, 2025). Trazendo os dados brasileiros, que evidenciam a necessidade em explorar este tema e problematizar o assunto para investigação, temos os seguintes dados: Em 2020, um estudo no Ceará evidenciou prevalência de 0,44 casos a cada 100 mil indivíduos; e o projeto de pesquisa financiado pelo Ministério da Saúde, chamado de Rede Nacional de Doenças Raras, “identificou 278 indivíduos brasileiros com distrofinopatias (doenças causadas pela alteração na produção da proteína distrofina), sendo que 20 deles tinham entre quatro e oito anos de idade, durante os anos 2018 e 2019” (Brasil, 2025, p. 04).

Neste cenário e colaborando com a problematização do assunto, destaca-se a participação do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange a DMD. Não existe tratamento medicamentoso disponível que interrompa o avanço da doença. O que é disponibilizado são tratamentos e acompanhamentos para os sintomas e condições a fim de atrasar o desenvolvimento da distrofia. Para isso, o SUS disponibiliza os atendimentos multiprofissionais nas áreas necessárias, com as especialidades, em cardiologia, fisioterapia, nutrição, suporte psicológico e outros (Brasil, 2025).



Desta forma este trabalho tem foco no tema da atuação integrada da equipe multidisciplinar no diagnóstico precoce e no tratamento, considerando a importância de diferentes áreas da saúde, para promover uma melhor qualidade de vida e contribuir para retardar a progressão das doenças características do conteúdo a ser explorado.

Portanto, compreender o que é a doença, o que ela causa, as taxas de incidência e prevalência, e como é tratada na saúde pública foram itens essenciais nesta introdução a fim de problematizar. Assim, chega-se ao seguinte problema que orienta esta pesquisa: qual a atuação da equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento precoce da DMD da infância à adolescência?

Para responder à pergunta norteadora, por meio dos resultados obtidos, o objetivo geral se assume como compreender a atuação da equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento precoce da DMD no período da infância à adolescência.

Para alcançar o objetivo geral, é necessário que o trabalho perpassasse por assuntos que construirão o resultado final. Deste modo, os objetivos específicos são: Descrever as principais características clínicas e evolução da DMD na infância e adolescência; identificar as contribuições de cada profissional da equipe multidisciplinar no processo de diagnóstico e tratamento precoce; discutir o impacto da intervenção precoce e do acompanhamento contínuo na qualidade de vida dos pacientes.

A hipótese inicial para esta pesquisa se apresenta como a atuação integrada da equipe multidisciplinar no diagnóstico e tratamento precoce da DMD contribui para a melhoria da qualidade de vida e para a redução da progressão funcional da doença.



Variáveis possíveis: tempo de diagnóstico, adesão ao acompanhamento multiprofissional, qualidade de vida dos pacientes e suporte familiar.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa se caracteriza como exploratória e qualitativa. Exploratória porque visa se aproximar do tema, identificar informações e expor dados que possam permitir investigações mais aprofundadas, qualitativa pois destaca e discute as informações textuais, dando sentido ao conjunto de dados, sem transformar as informações em análise estatística (Gil, 1999, p. 56).

O estudo foi desenvolvido por meio de uma revisão bibliográfica sistemática, com consultados a bases eletrônicas PubMed, SciELO e BVS. Foram utilizados descritores como Duchenne Muscular Dystrophy, multidisciplinary team, early diagnosis, treatment e equivalentes em português. Os critérios de inclusão compreenderam artigos originais, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas publicadas nos últimos 30 anos, disponíveis em texto completo. Foram excluídos estudos que não trataram especificamente da abordagem multidisciplinar ou que se restringiram as fases fora da infância e adolescência. A análise foi realizada por meio da leitura crítica dos textos, identificando as principais contribuições sobre o papel da equipe multiprofissional.



## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 ASPECTOS GERAIS DA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE

A DMD é uma doença ligada ao cromossomo X (causada pela ausência ou deficiência da proteína distrofina). Essa proteína é essencial para a integridade do sarcolema das fibras musculares, e sua ausência resulta em degeneração progressiva dos músculos esqueléticos, respiratórios e cardíacos (Pinto et al., 2019).

Em 1868, Duchenne descreveu a perda progressiva da mobilidade, que inicia nos membros inferiores e, posteriormente, atinge os superiores. Os pacientes podem apresentar menos de 3% da quantidade normal de distrofina. Além disso, cerca de 30 a 50% dos indivíduos apresentam algum grau de déficit cognitivo, provavelmente decorrente de deleções na porção distal do gene da distrofina. Outros sinais clínicos incluem atrofia muscular progressiva, substituição do tecido muscular por tecido conjuntivo e adiposo (Bushby et al., 2010).

A prevalência estimada é de 1 para cada 3.500 a 5.000 nascidos vivos do sexo masculino, o que faz da DMD uma das doenças genéticas hereditárias mais comuns. Em cerca de 65% dos casos, a condição é transmitida pela mãe, embora mutações espontâneas também possam ocorrer (Caldas & Raimundo, 2024).

Do ponto de vista bioquímico, a ausência desta proteína compromete a membrana celular, elevando a concentração sérica de enzimas como creatina quinase, piruvato-quinase e outras, que são marcadores importantes no diagnóstico (Gevaerd, 2010).



# EPIC 2025

XII ENCONTRO DE PESQUISA, XVI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E  
II ENCONTRO DE ENSINO E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



Além das manifestações clínicas, a DMD também pode cursar com alterações metabólicas. Evidências sugerem comprometimento da respiração mitocondrial, redução da produção de ATP e maior suscetibilidade do músculo ao estresse oxidativo. Pacientes podem apresentar ainda acúmulo de gordura nas fibras musculares, o que favorece o surgimento de dislipidemias (elevação de colesterol total, LDL e triglicerídeos, com redução do HDL). As alterações no metabolismo proteico também são marcantes, resultando em maior degradação muscular e aumento de até 2,5% na taxa de renovação proteica em comparação a indivíduos saudáveis. Essa condição está associada a hipoalaninemia e redução do fluxo de alanina, refletindo elevada degradação muscular e maior demanda energética (GEVAERD; 2010).

## 2.2 O DESENVOLVIMENTO MOTOR INFANTIL

As distrofias musculares constituem um grupo heterogêneo de doenças hereditárias, caracterizadas pelo comprometimento grave, da musculatura esquelética. A velocidade de progressão, a idade de manifestação e as áreas corporais mais afetadas variam entre os mais de vinte tipos existentes. Para compreender o impacto da DMD no período da infância e adolescência, é essencial entender o processo de desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial das crianças. (BUSHBY et al., 2010).

Segundo Papalia e Martorell (2022) e Bushby et al (2010); após o nascimento, inicia-se uma fase de rápido crescimento, na qual o peso do bebê geralmente triplica até os dois anos. Esse período é acompanhado por marcos motores como rolar, sentar, engatinhar e caminhar, além do desenvolvimento neurológico que sustenta mudanças sensoriais e cognitivas. Trata-se de uma etapa fundamental para a formação das bases do vínculo afetivo, especialmente nas interações entre o bebê e o cuidador primário. Na DMD, entretanto, os primeiros sinais de alteração costumam



incluir dificuldade de locomoção, quedas frequentes e marcha anormal.

Entre dois e cinco anos de idade, ocorre a chamada fase pré-escolar, marcada por crescimento motor, cognitivo e emocional acentuado. Nesse período, as brincadeiras de faz de conta representam o mundo real e são cruciais para a socialização e para o desenvolvimento da linguagem. A criança adquire maior autonomia para atividades cotidianas, amplia o vocabulário e passa a usar frases mais estruturadas. Papalia e Martorell (2022) destacam também que o temperamento do bebê, sua reatividade emocional e sociabilidade tende a se estabilizar, influenciando como ele se adapta ao mundo social.

Na DMD, entretanto, essa evolução natural é comprometida, pois a doença leva progressivamente à perda da capacidade de deambulação, ao comprometimento cardiorrespiratório e, eventualmente, à morte precoce. Por isso, a atuação de uma equipe multidisciplinar é fundamental para oferecer um cuidado integral, especialmente no que tange à preservação do sistema locomotor e da qualidade de vida (PENA; 2008).

FIGURA 1 – O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM DMD.

## 0-6 meses



- Não tem controle da cabeça aos 2 meses.<sup>5,6</sup>
- Não faz sons aos 4 meses <sup>6</sup>
- Não alcança ou agarra aos 6 meses <sup>5,6</sup>
- Não rola sozinho aos 6 meses. <sup>5,6</sup>

## 6-18 meses



- Não senta independentemente aos 9 meses<sup>6, 7</sup>
- Não engatinha aos 9-15 meses<sup>5,8</sup>
- Não fala as primeiras palavras aos 12 meses <sup>6</sup>
- Dificuldade em se levantar aos 18 meses<sup>2,9</sup>
- Dificuldade para se equilibrar aos 16-18 meses<sup>3,6,7,9</sup>

## 2-3 anos



- Não caminha suavemente aos 2 anos de idade<sup>10</sup>
- Não pula aos 2 anos de idade<sup>5,6</sup>
- Dificuldade em correr ou escalar aos 3 anos de idade<sup>5,6</sup>
- Não formula frases aos 3 anos de idade<sup>6</sup>



(SN; será que é Duchenne? – Movimento Duchenn, 2021).

Dentre as distrofias musculares, a forma mais frequente, severa e de evolução acelerada é a de Duchenne, nome atribuído em referência ao neurologista francês Guillaume Duchenne, em 1868. A primeira descrição clínica, entretanto, ocorreu em 1830, feita por Charles Bell. Posteriormente, Edward Meryon (1852) apresentou uma caracterização mais detalhada da enfermidade, destacando seu caráter hereditário e o acometimento primário do tecido muscular, sem relação direta com distúrbios neurológicos (TYLER, 2003).

### 2.3 AS MANIFESTAÇÕES SINTOMÁTICAS E DIAGNÓSTICO

Para a avaliação específica de crianças e adolescentes com DMD, aplica-se a classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), baseada em três dimensões:

- 1) Deficiência (impairment): abrange fraqueza muscular, contraturas articulares, dor e prejuízo cognitivo;
- 2) Incapacidade (disability): refere-se à limitação da mobilidade e das atividades de vida diária;
- 3) Desvantagem (handicap): envolve redução da qualidade de vida, menor acesso à educação e trabalho, além do aumento da dependência funcional.

Entre as manifestações locomotoras mais comuns destacam-se a fraqueza muscular proximal, contraturas, lordose lombar, escoliose e marcha anserina (conhecida como marcha de pato). A perda da deambulação ocorre geralmente entre 9 e 12 anos, sendo comum a necessidade do uso de cadeira de rodas a partir dessa fase. O comprometimento do sistema locomotor representa um dos principais fatores



# EPIC 2025

XII ENCONTRO DE PESQUISA, XVI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E  
II ENCONTRO DE ENSINO E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



de perda da funcionalidade e autonomia do paciente (Revista Neurociências, 2022).

Segundo a Revista Neurociências (2022, p. 30-38), o diagnóstico clínico é baseado em histórico familiar, avaliação clínica, exames laboratoriais e testes genéticos. Entre os principais exames, destacam-se:

- Dosagens enzimáticas, especialmente de creatina quinase;
- Biópsia muscular, com identificação de necrose, substituição por tecido adiposo e conjuntivo, e alteração do comprimento das fibras, frequentemente realizada em músculos como quadríceps, gastrocnêmio e deltoide;
- Eletroneuromiografia (EMG), que avalia a atividade elétrica durante a contração muscular, fornecendo informações sobre a estrutura e funcionamento da unidade motora.

No consultório, é possível identificar o sinal de Gowers, característico da DMD, a criança, ao tentar levantar-se a partir da posição agachada ou deitada, utiliza as mãos e braços para “escalar” o próprio corpo, em razão da fraqueza nos músculos proximais do quadril e das coxas (SN; 2021).



FIGURA 2 – SINAL DE GOWERS

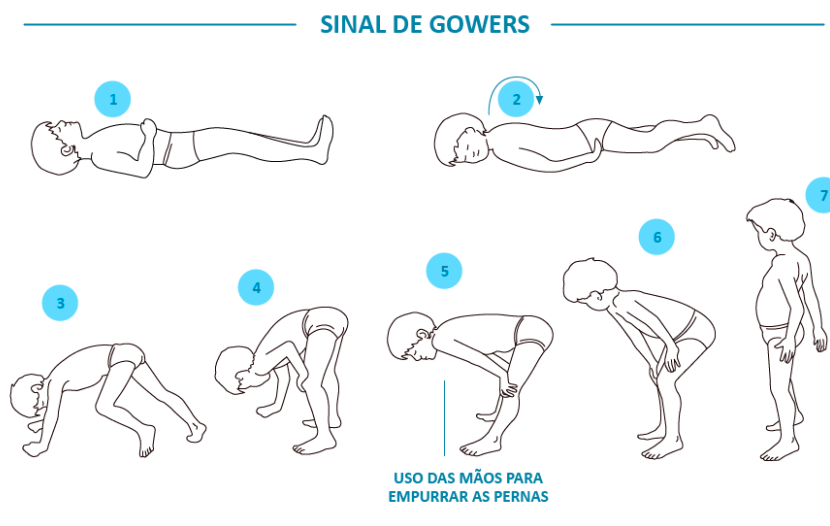


Figura adaptada de: Darras et al. Dystrophinopathies. In: Adam et al., editors. GeneReviews®

(SN; será que é Duchenne? – Movimento Duchenn, 2021).

O diagnóstico, entretanto, pode sofrer atrasos. Isso ocorre pela heterogeneidade de apresentação da doença, que dificulta a suspeita inicial pelos profissionais de saúde, e também pela relutância dos pais em procurar confirmação diagnóstica devido a sentimentos contraditórios, como apontam estudos baseados em questionários aplicados a famílias de pacientes (CROSSNOHERE; ARMSTRONG; FISCHER; BRIDGES, 2022).

## 2.4 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

O encaminhamento multidisciplinar é essencial no manejo da DMD, uma vez que cada especialidade contribui de forma complementar para a qualidade de vida do paciente. A fisioterapia motora tem papel central na prevenção de contraturas,



# EPIC 2025

XII ENCONTRO DE PESQUISA, XVI ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E  
II ENCONTRO DE ENSINO E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



deformidades e dor, além de preservar a mobilidade por meio de alongamentos e exercícios de baixo impacto (CALDAS; RAIMUNDO, 2024). A fisioterapia respiratória, por sua vez, fortalece a musculatura torácica e auxilia na prevenção de insuficiência ventilatória, sendo indispensável diante da evolução natural da doença. A terapia ocupacional também é de grande importância, pois promove a adaptação das atividades de vida diária, favorecendo a autonomia funcional do paciente. Já a ortopedia atua no acompanhamento do sistema musculoesquelético, indicando o uso de órteses quando necessário e avaliando a possibilidade de intervenções cirúrgicas corretivas (LEITÃO et al., 2021).

No campo clínico e psicossocial, outras áreas igualmente relevantes se integram ao cuidado. A neurologia coordena o tratamento medicamentoso, sobretudo no manejo com corticosteroides, que visam retardar a progressão da doença. A fonoaudiologia atua na prevenção da disfagia e de complicações respiratórias decorrentes do comprometimento muscular (LEITÃO et al., 2021). Paralelamente, a nutrição orienta sobre práticas alimentares adequadas, prevenindo obesidade e osteoporose associadas tanto à imobilidade quanto ao uso prolongado de fármacos. A psicologia oferece suporte emocional, auxiliando na adaptação do paciente e de sua família ao diagnóstico e ao enfrentamento das limitações. Complementam a equipe a enfermagem, responsável por cuidados cotidianos, e o serviço social, que fornece apoio institucional e facilita o acesso a recursos e benefícios sociais. Dessa forma, o encaminhamento multiprofissional possibilita uma abordagem integral, favorecendo a manutenção da saúde física, emocional e social do indivíduo (CALDAS; RAIMUNDO, 2024).



### 3 DISCUSSÃO

A revisão dos estudos evidencia que a abordagem interdisciplinar, iniciada precocemente, tem impacto direto na qualidade de vida e na longevidade de pacientes com DMD. Protocolos que combinam fisioterapia aquática, ventilação não invasiva, suporte psicossocial e uso de corticosteroides mostraram eficácia na preservação da funcionalidade e na postergação da perda da deambulação (Revista Neurociências, 2022, p. 30-38).

A integração entre as especialidades garante um cuidado abrangente e humanizado, contemplando não apenas os aspectos motores e clínicos, mas também o suporte emocional, nutricional e social. Dessa forma, a atuação da equipe multidisciplinar não se restringe ao controle da doença, mas amplia-se para a promoção da autonomia, dignidade e bem-estar do paciente e de sua família (MENDES, 2023, p. 300-308).

Além disso, observa-se que a atuação articulada entre fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia contribui para atrasar complicações respiratórias, disfágicas e metabólicas, impactando de forma positiva na evolução clínica. O uso racional de corticosteroides, aliado ao acompanhamento ortopédico e ao suporte ocupacional, permite preservar habilidades funcionais por mais tempo e reduzir hospitalizações. Nesse sentido, o papel de cada área da saúde não se limita a intervenções pontuais, mas se articula em um plano terapêutico contínuo, que busca não apenas tratar sintomas, mas retardar a progressão da doença e ampliar a sobrevida com qualidade (CALDAS; RAIMUNDO, 2024).

Ainda se tratando de fármacos, os corticoides, pertencentes ao grupo dos hormônios esteroides, representam a principal terapêutica medicamentosa. Eles regulam processos relacionados ao metabolismo energético e podem retardar a necessidade do uso de cadeira de rodas, preservar a força muscular e postergar



complicações respiratórias e disfagia. A prednisona é o corticoide mais estudado, geralmente iniciada entre os 5 e 15 anos (RMMG, 2019).

Entretanto, este estudo apresentou limitações por se tratar de uma revisão bibliográfica, dependente da disponibilidade de publicações recentes e da qualidade metodológica dos artigos consultados. Isso reforça a necessidade de investigações futuras que utilizem métodos empíricos, estudos longitudinais e análises multicêntricas para aprofundar o conhecimento sobre a atuação da equipe e seus impactos diretos na evolução clínica da DMD.

#### **4. CONCLUSÃO**

A análise realizada demonstrou que o diagnóstico e o tratamento precoce, aliados à atuação integrada da equipe multidisciplinar, são fundamentais para retardar a progressão da doença, minimizar complicações e promover uma melhor qualidade de vida (BUSHBY, 2010).

Compreendeu-se ao longo do trabalho que a atuação coordenada de médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros é decisiva no manejo clínico da DMD. O acompanhamento contínuo permite não apenas prolongar a autonomia dos pacientes, mas também oferecer suporte emocional e social, contribuindo para que o processo terapêutico seja mais humano e centrado nas necessidades individuais (MENDES, 2021).

Outro ponto relevante observado foi a importância do fortalecimento das redes de apoio, tanto institucionais quanto familiares, e da implementação de protocolos individualizados, que se mostraram essenciais para o manejo eficaz. A pesquisa evidenciou que a intervenção precoce e a continuidade do acompanhamento são fatores-chave para garantir avanços no cuidado e ampliar a sobrevida. (BUSHBY, 2010).

Em síntese, os objetivos estabelecidos neste estudo foram atingidos, uma vez que se pôde compreender a relevância da atuação multidisciplinar, identificar as



contribuições de cada profissional e discutir o impacto do diagnóstico e tratamento precoce na qualidade de vida de crianças e adolescentes com DMD. Conclui-se que a integração entre ciência, prática clínica e apoio social é o caminho para um cuidado cada vez mais eficaz e humanizado, capaz de transformar a realidade dos pacientes e de suas famílias.

## **5. AGRADECIMENTOS**

Agradecemos à UNIFATEB, pela oportunidade de aprendizado e pelo suporte oferecido durante a nossa trajetória acadêmica. Manifesto também gratidão ao docente Douglas Dal Molin, orientador, e ao docente André Luís Alcântara de Lima, coorientador desta pesquisa, pelo acompanhamento, dedicação e pelas valiosas contribuições que possibilitaram o desenvolvimento deste trabalho.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório para Sociedade: Informações sobre recomendações de incorporação de medicamentos e outras tecnologias no SUS. Nº 549, agosto de 2025.

BUSHBY, K. et al. (2010). Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy. *The Lancet Neurology*. P. 77 – 93. Acesso em 07 de agosto de 2025.

CALDAS, A., & Raimundo, R. (2024). Fisioterapia em pacientes com DMD. *Revista JRG*. Acesso em 07 de agosto de 2025.

CROSSNOHERE, N. L.; ARMSTRONG, N.; FISCHER, R.; BRIDGES, J. F. P. Diagnostic experiences of Duchenne families and their preferences for newborn screening: A mixed-methods study. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, v. 190, n. 2, p. 169-177, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31998/>. Acesso em 12 de setembro de 2025.

GEVAERD, Monique da Silva *et al.* Alterações fisiológicas e metabólicas em indivíduo com distrofia muscular de Duchenne durante tratamento fisioterapêutico: um estudo de caso. *Fisioterapia em Movimento*, v. 23, n. 1, p. 93–103, 2010. Acesso em 07 de agosto de 2025.

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Acesso em 12 de setembro de 2025.

LEITÃO, L. S. et al. (2021). Abordagem multiprofissional na DMD. *Revista FT*. Acesso em 07 de agosto de 2025.

LEITE, Flávia Rodrigues; Araújo, Evelyn Alves; Ribeiro, Camila Cury. Recomendações nutricionais na Distrofia Muscular de Duchenne. *Rev. bras. neurol*, p. 30-38, 2021. Acesso em 07 de agosto de 2025.

MELO, Egmar Longo Araújo, Maria Teresa Moreno Valdés, and Juliana Maria de Sousa Pinto. "Qualidade de vida de crianças e adolescentes com distrofia muscular de Duchenne." (2005). Acesso em 07 de agosto de 2025.

MENDES, R. E. et al. Terapias emergentes na Distrofia Muscular de Duchenne: avanços e desafios. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 67, n. 1, p. 64-72, 2021.

MENDES, B. L. S.; ALMEIDA, C. F.; OLIVEIRA, J. X. Distrofia muscular de Duchenne: revisão narrativa. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 13, n. 2, p. 300-308, 2023. Acesso em 07 de agosto de 2025.

PAPALIA, Diane E.; MARTORELL, Gabriela. Desenvolvimento humano. 14. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2022. *E-book*. p.86. ISBN 9786558040132. Disponível em:



<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040132/>. Acesso em 07 de agosto de 2025.

PENA, Flávia de Freitas; ROSOLÉM, Fernanda Cid; ALPINO, Ângela Maria Sirena. Contribuição da Fisioterapia para o bem-estar e a participação de dois alunos com Distrofia Muscular de Duchenne no ensino regular. **Revista brasileira de educação especial**, v. 14, n. 3, p. 447–462, 2008. Acesso em 07 de agosto de 2025.

PINTO, R. M. et al. (2019). Avaliação multidisciplinar na DMD. *Revista Brasileira de Neurologia*. Acesso em 07 de agosto de 2025.

REVISTA NEUROCIÊNCIAS. (2022). Efeitos da fisioterapia aquática na DMD. Acesso em 07 de agosto de 2025.

RMMG. (2019). Intervenções terapêuticas na DMD: revisão integrativa. Acesso em 07 de agosto de 2025.

TYLER, Kenneth L. Origins and early descriptions of “Duchenne muscular dystrophy”. *Muscle & Nerve*, v. 28, n. 4, p. 402-422, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1002/mus.10435>. Acesso em 12 de setembro de 2025.

## REFÊRENCIAS

Figura 1 – SN; será que é Duchenne? – Movimento Duchenne. (2021) Disponível em: <<https://movimentoduchenne.com.br/seraqueeduchenne/>>. Acesso em 07 de agosto de 2025.

Figura 2 -SN; será que é Duchenne? – Movimento Duchenne. (2021) Disponível em: <<https://movimentoduchenne.com.br/seraqueeduchenne/>>. Acesso em 07 de agosto de 2025.