

GISELLE DE SOUZA ALVES

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O
DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE – FARN
CURSO DE FISIOTERAPIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS
NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DE UMA CLÍNICA ESCOLA

GISELLE DE SOUZA ALVES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES
PEDIÁTRICOS ATENDIDOS NO SERVIÇO DE
FISIOTERAPIA DE UMA CLÍNICA ESCOLA

Orientadora: Adriana Jussara de Oliveira Mendes

GISELLE DE SOUZA ALVES

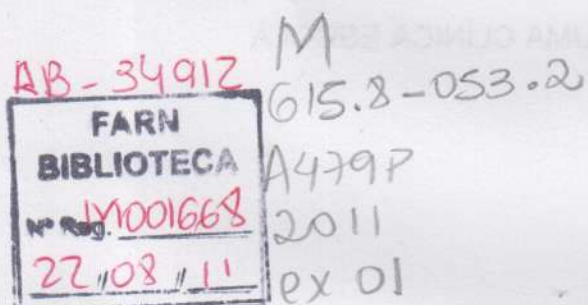
CURSO DE FISIOTERAPIA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS
NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DE UMA CLÍNICA ESCOLA

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de fisioterapia da
Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte,
como requisito para bacharelado de
fisioterapia.

Orientador (a): Adriana Jussara de Oliveira Brandão

NATAL – 2011



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Alves, Giselle de Souza

Perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos atendidos no
serviço de fisioterapia de uma clínica escola. / Giselle de Souza Alves. –
Natal: FARN, 2011. –
45 f.

Orientadora: Mestra Professora Adriana Jussara de Oliveira Brandão
Monografia (Bacharel em Fisioterapia) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Fisioterapia – Perfil. Pediatria - Monografia. 2. Paralisia cerebral –
Monografia. 3. Clínica escola. – Monografia - I. Título

RN/FARN/BC

CDU 615.8: 616.831-009.11

GISELLE DE SOUZA ALVES
CURSO DE FISIOTERAPIA

Obrigado aos meus familiares pelo apoio, incentivo e força constante que tanto me fizeram crescer, os que me ajudaram, apoiaram e deram-me forças para prosseguir até atingir o meu êxito pessoal e profissional. Que tão cedo eu a todos os familiares agradeça e todos os familiares agradeçam. Obrigada a todos os familiares que me ajudaram a chegar a esta etapa crucial na minha carreira. Obrigada.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS
NO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA DE UMA CLÍNICA ESCOLA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de fisioterapia da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito para Bacharelado de fisioterapia.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Adriana Jussara de Oliveira Brandão (Msc.)
Orientadora

Membro

Membro

AGRADECIMENTOS

SUMÁRIO

Obrigado aos meus familiares pelo apoio, incentivo e força constante que tanto me fizeram crescer; os que me ajudaram, apoiaram e deram-me forças para prosseguir este árduo caminho ao meu êxito pessoal e profissional que tão duro foi e tanto me glorificam. Enfim, agradeço a todos, dos familiares aos docentes que me ajudaram a chegar a esta etapa crucial na minha carreira. Obrigado.

4.1. Tipo de Pesquisa	13
4.2. Universo e Amostra	16
4.3. Instrumentos de Coleta de Dados	15
4.4. Análise dos Dados	15
4.5. Procedimentos	16
4.6. Tratamento da Análise dos Dados	16
5. Resultados e Discussão	17
5.1. Descrição dos Dados Coletados	17
5.2. Análise e Discussão dos Dados Coletados	27
6. Conclusão	37
Referências	
Apêndice	

SUMÁRIO

1. Introdução	7
2. Objetivos:	
2.1. Objetivos Gerais	9
2.2. Objetivos Específicos	9
3. Referencial	10
4. Metodologia:	15
4.1. Tipo de Pesquisa	15
4.2. Universo e Amostra	15
4.3. Instrumentos de Coleta de Dados	15
4.4. Análise dos Dados	15
4.5. Procedimentos	16
4.6. Tratamento da Análise dos Dados	16
5. Resultados e Discursão	17
5.1. Descrição dos Dados Coletados	17
5.2. Análise e Discursão dos Dados Coletados	27
6. Conclusão	37
Referências	
Apêndice	

RESUMO

ABSTRACT

O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos atendidos nas Clínicas Integradas da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), no setor de fisioterapia. Trata-se de uma pesquisa descritiva e quantitativa, sendo realizada a descrição dos dados obtidos nos prontuários dos pacientes, por meio de uma ficha de coleta de dados elaborada pela autora. Foram selecionadas 47 prontuários de avaliação dos pacientes atendidos na clínica no período de fevereiro a junho de 2010. Foi observado no estudo, que a maioria dos pacientes analisados foi do sexo masculino (57%), com faixa etária de 9-11 anos (31%), com faixa de idade motora 0-2 anos (49%), com tipo de parto Natural (51%), com idade gestacional a Termo (64%), com faixa de Apgar 8-10 (36%), com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral (50%), diagnóstico cinético-funcional de Déficit de Marcha (30%), com Tônus Hipertônico (53%), distribuição do tônus Normal (39%), com objetivo da conduta fisioterápica de ganho de ADM (16%) e atendimento complementar de saúde por Terapia Ocupacional (15%). Sugerindo-se que a Paralisia Cerebral seja vista de forma diferenciada, a fim de possibilitar novas propostas de tratamento com utilização de atividades lúdicas, motivando a criança a participar do tratamento, juntamente com a possível atuação de uma equipe.

Palavras chaves: Fisioterapia. Perfil. Pediatria. Paralisia cerebral. Clínica escola.

ABSTRACT

1. Introdução

The goal of this study was to draw the epidemiological profile of pediatric patients served in Clinics Integrated of Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), in the sector of physiotherapy. It is a descriptive and quantitative research, being held the description of the data obtained in the medical records of patients. The data were collected from medical records of patients through a schedule established by the author. Were selected 47 chips for the evaluation of patients seen at the clinic during the period February to June 2010. Was observed in the study, most patients: was male (57%), ages 9-11 years (31%), motor age 0-2 years (49%), type of Natural childbirth (51%), term (64%), Apgar score 8-10 (36%), clinical diagnosis, Cerebral Paralyze (50%), kinetic-functional diagnostics, running Deficit (30%), tone, Hypertonic (53%), distribution of tone, Normal (39%), physiotherapeutic ducts goals, gain ADM (16%), and in other health areas in which the patient was attended, occupational therapy (15%). Suggesting that Cerebral Paralyze is seen differently in order to make new proposals for treatment using ludic activities encouraging the child to participate in treatment, along with the possible involvement of a team.

Keywords: Physiotherapy. Profile. Pediatrics. Cerebral paralyze. Clinical school.

1. Introdução

A saúde dos recém-nascidos, crianças e adolescentes é o principal interesse da pediatria, para seu crescimento e desenvolvimento, promovendo e favorecendo uma melhor qualidade de vida na fase adulta (FORNASARI, 2008).

As crianças por serem considerados os indivíduos mais vulneráveis e desprotegidos da sociedade, requerem mais atenção por suas necessidades especiais (BEHRMAN, 2002).

O censo de 2000, em nosso país aponta para uma prevalência de cerca de 24,5 milhões de pessoas (adultos e crianças) portadoras de deficiência, o que corresponde a 14,5% da população brasileira (MIRANDA et al, 2003).

Considerando os dados citados, a prevalência de crianças portadoras de deficiências é muito maior do que qualquer outra patologia, entretanto, eles estão excluídos nos protocolos de atendimento, na maioria dos ambulatórios gerais de pediatria (MIRANDA et al, 2003).

As crianças, de acordo com suas doenças e limitações impostas por elas, vão apresentar alterações no seu desenvolvimento, necessitando de assistência, estando sujeitas também a quadros infecciosos e problemas gerais da própria infância (MIRANDA et al, 2003).

A atuação da fisioterapia na pediatria é uma área que vem crescendo bastante com os resultados obtidos nos trabalhos da ciência em nível mundial. Especialmente pelos pacientes apresentarem diversas doenças nessa área, que na maioria das vezes, desencadeiam deficiências cognitivas, motoras e doenças respiratórias (POSTIAUX, 2004).

Segundo Moriyama (1980), o fisioterapeuta em pediatria adquire um conhecimento que lhe permite atender a criança em suas necessidades, desde as mais básicas (estimulação global do desenvolvimento), até as mais específicas, como reeducação respiratória. Há diversos mecanismos para atuar em várias situações, utilizando técnicas e tratamentos variados.

A abordagem que o fisioterapeuta em pediatria emprega é baseada em técnicas neurológicas e cardiorrespiratórias, procurando aplicar os objetivos

fisioterápicos a atividades lúdicas, fazendo com que a criança tenha uma maior integração social e familiar (POSTIAUX, 2004).

O resultado deste tratamento à saúde é consequência do somatório das características dos pacientes, da adequação do tratamento e de efeitos aleatórios. Variações no cuidado explicam-se por diferenças no perfil dos pacientes e na comparação de indicadores de resultados, dentre outras coisas. E para avaliar o tipo de cuidado que é oferecido à população é necessário que se faça a caracterização e mensuração do perfil dos casos atendidos e do tratamento que foi empregado (MARTINS, TRAVASSOS e NORONHA, 2001).

Tendo em vista que é na pediatria onde se trabalha com a criança, e é nessa fase inicial que se descobre algumas patologias, resolveu-se desenvolver uma análise abordando o perfil de determinadas afecções pediátricas relacionadas à fisioterapia.

Com isto, identificou-se, através da coleta de dados, a prevalência do perfil das patologias pediátricas no Serviço de Fisioterapia das Clínicas Integradas da FARN, visando dar suporte para o planejamento de estratégias de tratamento mais adequadas, consequentemente melhorando a qualidade de vida desta população.

2. Objetivos:

2.1. Objetivos Gerais

O presente estudo tem como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos atendidos nas Clínicas Integradas da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN).

2.2. Objetivos Específicos

- Verificar as características sócio-demográficas desta população, tais como: sexo, idade e tipo de parto.
- Observar as principais patologias que acometem esta clientela;
- Analisar quais as condutas fisioterápicas mais empregadas e o número de atendimentos realizados;
- Conhecer as demais áreas da saúde das Clínicas Integradas da FARN, pelas quais estes pacientes foram atendidos.

3. Referencial

A fisioterapia segundo Fakaitis et al. (2008), é uma das especialidades mais frequentes no processo de Reabilitação, no qual se trabalha para a recuperação da função, da melhora da mobilidade, alívio da dor e prevenção ou limitação das disfunções físicas de pacientes vítimas de lesões ou doenças. No qual esta, avalia e aborda os seguintes aspectos: força muscular, amplitude de movimento, equilíbrio, coordenação, postura, habilidade, respiração e função motora, utilizando recursos como cinesioterapia, mecanoterapia, eletroterapia, termoterapia e técnicas manuais, estimulando a habilidade do paciente para ser independente e se reintegrar à sociedade.

De acordo com Fujisawa e Manzini (2006), a atuação da fisioterapia na área de pediatria destaca como critérios a avaliação, o planejamento e a execução de programas, as orientações e as reavaliações periódicas.

Além do mais, segundo Moriyama e Guimarães (1980), para atuar na pediatria, o fisioterapeuta não deve ter somente conhecimento de aspectos relacionados com o desenvolvimento e crescimento normal da criança, mas também apresentar algumas características que facilitem seu trabalho como: ser criativo, para conseguir atingir seus objetivos de tratamento; paciente, perseverante, pois a criança pode apresentar insegurança e medo devido à situação em que se encontra; tranquilo e seguro, para a criança sentir-se confiante, mesmo que seja de pouca idade; e carinhoso em qualquer situação, pois essa é a necessidade principal da criança, que se torna ainda mais importante na ausência dos pais e familiares.

Na fisioterapia pediátrica, o profissional se depara com diversos tipos de patologias neurológicas: de síndromes raras a doenças bastante comuns de encontrar no cotidiano, como Paralisia Cerebral e a Síndrome de Down, que serão detalhadas a seguir.

A Paralisia Cerebral é considerada uma consequência de uma lesão que afeta o sistema nervoso central em fase de amadurecimento estrutural e funcional, podendo ser desencadeada no período pré, peri e pós-natal, em que há uma interação de diversos fatores de risco, indicando-se que a paralisia cerebral seja um acometimento cerebral multifatorial, de causa não específica (MANCINI et al., 2002; PATO et al., 2002).

A prevalência de paralisia cerebral é de aproximadamente 2,5 por 1.000 partos de crianças vivas. Na metade dos anos 1970, houve um crescimento no número de pessoas com paralisia cerebral em virtude da maior sobrevivência de bebês pré-termo, em que a maioria encontrava-se seriamente incapacitada. Esta deficiência central está associada a problemas da fala, visão e audição, apresentando alguns tipos de distúrbios de percepção, com certo grau de retardo mental e/ou epilepsia (BOBATH, 2001).

Para Shepherd (1996), na paralisia cerebral, os distúrbios motores são tipicamente diferenciados e classificados de acordo com a parte comprometida do corpo (hemiplegia, diplegia e quadriplegia), como também características do tônus muscular e os movimentos involuntários (espástica, atáxica e atetóide).

Segundo Bobath, (2001), a quadriplegia é definida com o acometimento de todo o corpo, sendo os membros superiores mais envolvidos do que, ou pelo menos, tão envolvidas quanto os membros inferiores. A distribuição geralmente é assimétrica, no entanto, se essa assimetria é muito acentuada, estas crianças são muitas vezes referidas como "dupla hemiplegia". Devido ao envolvimento maior das partes superiores, o controle da cabeça é deficiente, como também a coordenação dos olhos. As crianças freqüentemente apresentam dificuldades de se alimentar, e algum envolvimento da fala e articulação das palavras. Muitos espásticos pertencem a este grupo, praticamente todas as crianças atetóides e dos tipos mistos.

A diplegia é caracterizada por envolvimento do corpo inteiro, sendo a metade inferior mais afetada que a superior. O controle da cabeça e o controle dos braços e mãos são geralmente pouco afetados e a fala pode ser normal. Porém possa apresentar um, estrabismo, que não é raro. Às vezes, as partes superiores podem ser tão levemente envolvidas que as crianças são diagnosticadas como paraplégica cerebral. O exame, no entanto, indicará algum envolvimento de um ou dois braços e mãos. Este grupo consiste quase que unicamente de crianças espásticas, mas ocasionalmente ataxia pode estar integrada a uma diplegia espástica. Tem-se achado que a etiologia de muitos casos de diplegia espástica é a prematuridade (BOBATH, 2001).

A hemiplegia é o envolvimento de um só lado do corpo. Praticamente todas elas são espásticas e crianças com hemi-atetose são muito raras. Os

casos de paraplegia e monoplegia pura são extremamente raros em paralisia cerebral (BOBATH, 2001).

De acordo com Piovesana (2002), quanto aos movimentos involuntários, a forma espástica apresenta as características da lesão do primeiro neurônio motor (hiperreflexia, fraqueza muscular, padrões motores anormais, diminuição da destreza); a forma atetósica apresenta sinais de comprometimento do sistema extrapiramidal, presença de movimentos involuntários (atetose), distonia, ataxia e, em alguns casos, rigidez; a forma hipotônica apresenta frequentemente grave depressão da função motora e fraqueza muscular; a forma atáxica apresenta sinais de comprometimento do cerebelo, manifestando-se por ataxia.

Segundo Shepherd (1996), os pacientes de paralisia cerebral devem ser tratados de forma que seja possível colocá-lo em condições de integrar-se na vida comunitária. Deve haver uma equipe constituída de: neuropediatra, ortopedista, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional e professores. A individualização faz parte das regras de tratamento. As crianças com paralisia cerebral devem ser encaminhadas o quanto antes a centros ambulatoriais, onde receberão atendimento principalmente em terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia, no qual a presença dos pais é primordial neste processo, pois como esta é uma doença permanente, a terapia é principalmente sintomática e preventiva.

Na Paralisia Cerebral só pode-se tratar as alterações e disfunções musculares, que são seqüelas e não a causa da doença. Os resultados esperados é o desempenho funcional mais eficaz. (MONTEGGIA, 2003).

O tratamento fisioterápico tem objetivos gerais e específicos, dependendo do tipo e magnitude dos sintomas. Quanto aos objetivos gerais podemos citar: promover experiências normais de desenvolvimento; reduzir o reforço ativo de padrões de movimento e posições anormais e diminuir deformidades músculo-esqueléticas congênitas e contraturas articulares adquiridas. Já nos objetivos específicos, podemos ressaltar a normalização do tônus, normalização dos movimentos, restabelecendo e estimulando as reações de endireitamento, reeducando os padrões centralizados dos movimentos (rotações) e reeducando os padrões recíprocos dos movimentos (coordenação e ritmo), minimizar contraturas e deformidades, melhora do

equilíbrio, marcha e da capacidade respiratória e aeróbica, melhora da circulação periférica, melhora da função e benefícios psicológicos. Para que haja a diminuição do tônus, pode-se associar o calor da água (que irá provocar inibição da atividade tônica) com movimentos lentos e rítmicos e rotações e alongamentos suaves (MONTARDO, 2003).

A Síndrome de Down (SD) é decorrente de uma alteração genética, onde há uma alteração cromossômica durante ou após a concepção, caracterizada pela presença de material genético extra no cromossomo 21, que por fim apresenta-se um total de 47 cromossomos. No qual há presença de atrasos nas funções motoras e mentais. (MANCINI et al., 2003; GARCIAS et al., 1995).

A incidência da Síndrome Down é de um a cada seiscentos a oitocentos nascimentos vivos, porém esses dados têm diminuído em torno de um entre mil nascidos vivos (MANCINI et al., 2003; MARCHIORI, 2000; PUESCHEL, 1995; GARCIAS et al., 1995; MORANDINI, 2000).

As crianças com SD desde o estágio fetal apresentam alterações no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central, no qual ocorrem alterações do hipocampo a partir do quinto mês de vida, quando há uma diminuição da população neural e do processo de crescimento. Observam-se também reduções de volume dos hemisférios cerebrais e cerebelares, da ponte e corpos mamilares. Em consequência disso, mencionam na literatura que as inúmeras alterações estruturais e funcionais do Sistema Nervoso da criança com Síndrome Down vão determinar algumas características marcantes da própria patologia como, distúrbios de aprendizagem e do desenvolvimento motor (MUSTACCHI, 2000; BURNS 1999; BERTOTI, 2002).

Segundo Morandini (2000), as etapas de desenvolvimento motor das crianças com SD são parecidas com as de crianças normais, diferenciando-se apenas no tempo das etapas, pois estas se apresentam lentas. O desenvolvimento sensório motor se inicia com movimentos das mãos e do corpo da criança, no momento em que ela descobre seu rosto, seu corpo. Por fim, elas descobrem seu ambiente, indo de um lugar para outro, rolando e se arrastando, engatinhando e posteriormente andando.

As crianças com Síndrome de Down apresentam atrasos nas aquisições de padrões motores básicos como sorrir, balbuciar, falar, sustentar

a cabeça, segurar objetos, rolar, sentar e andar. Esse fato pode resultar de pouco desenvolvimento da combinação de habilidades básicas, além de dificuldades para formar e selecionar programas motores. De tal modo, que essas crianças geralmente só aprendem a andar com um atraso de um ano em relação à criança normal (MACINI et al., 2003; RAMALHO, 2000; ARIANI, 2005; GARCIA, 1995).

Para Morandini (2000) e Matos (2005), os atrasos motores nessas crianças são resultados da frouxidão ligamentar e da hipotonia. Chegando a interferir nas aquisições do desenvolvimento motor, nas habilidades, nas suas interações com o meio ambiente, conseqüentemente, apresentando déficits de sensações e vivências, atrapalhando no seu desenvolvimento cognitivo.

Com o atraso do desenvolvimento motor há uma dificuldade da relação entre o indivíduo e o ambiente, e, para facilitar essa relação existem diversas abordagens conceituais que vêm sendo desenvolvidas, fundamentando diferentes métodos de intervenção. Estas abordagens são realizadas por profissionais da área infantil, tais como fonoaudiologia, psicopedagogia, psicomotricidade, terapia ocupacional, incluindo o fisioterapeuta nessa equipe. A fisioterapia atua tentando minimizar o atraso do desenvolvimento na Síndrome de Down, empregando como tal proposta, técnicas de tratamento, tentando garantir bons avanços no controle motor destas crianças (ARIANI, 2005; AMBROSANO, 2005; VASCO, 1990; BUENO, 1998).

Foi elaborada uma ficha de coleta de dados dos prontuários onde constaram informações como: sexo, idade, parto, Apgar, data de nascimento, diagnóstico clínico, tônus muscular, distribuição do tônus, objetivos e condutas fisioterapêuticas, número de atendimentos realizados, terapias associadas.

4.4. Análise dos Dados

Foi feita análise descritiva das frequências, médias das variáveis coletadas nos prontuários. Os resultados foram exibidos através de tabelas e gráficos.

4. Metodologia

4.1. Tipo de Pesquisa:

A pesquisa caracteriza-se por ser descritiva e quantitativa, sendo realizada a descrição dos dados obtidos nos prontuários dos pacientes.

4.2. Universo e Amostra:

O Universo das pesquisas foram realizadas nas Clínicas Integradas da FARN, no Setor de fisioterapia. E a amostra foi composta pelos prontuários dos pacientes pediátricos das Clínicas Integradas da FARN, atendidos no ano de 2010.

Critérios de Inclusão: A primeira ficha de avaliação dos prontuários que continham: acolhimento, ficha de avaliação preenchida e pelo menos um dia de atendimento com realização de conduta. **Critérios de exclusão:** Fichas de avaliação preenchidas incompletamente, de forma a inviabilizar a coleta de dados.

4.3. Instrumentos de Coleta de Dados:

Foi elaborada uma ficha de coleta de dados dos prontuários, onde constaram informações como: sexo, idade, parto, Apgar, deficiência, diagnóstico clínico, tônus muscular, distribuição do tônus, objetivos e condutas fisioterápicas, número de atendimentos realizados, terapêuticas associadas.

4.4. Análise dos Dados:

Foi feita análise descritiva das frequências, médias das variáveis coletadas nos prontuários. Os resultados foram exibidos através de tabelas e gráficos.

5. Resultados e Discussão

4.5. Procedimentos:

5.1. Descrição dos Dados Coletados

Os procedimentos realizados foram: Solicitar autorização das Clínicas Integradas da FARN; enviar o projeto ao Comitê de Ética; iniciar a Coleta de Dados; realizar a análise dos resultados, e, enviar artigo para possível publicação em revista científica.

4.6. Tratamento para Análise dos Dados:

Os dados coletados foram armazenados no programa Word e posteriormente analisados e interpretados pela estatística descritiva mediante análise de percentuais e gráficos de cada dado, sendo separados por sexo, idade cronológica, idade motora, parto, Apgar, deficiência, diagnóstico clínico, tônus muscular, distribuição do tônus, condutas fisioterapêuticas, número de atendimentos realizados e terapêutica associada, com finalidade de descrever cada dado coletado através dos prontuários do paciente.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011)

Na classificação pela idade cronológica, foram estipuladas as faixas etárias de 0-2, 3-5, 6-8, 9-11 anos e acima de 12 anos. A faixa etária de 0 a 2 anos correspondeu a 13%, de 3 a 5 anos 18%, 6 a 8 anos 21%, 9 a 11 anos 30% e acima de 12 anos 21%, sendo percebido que a maior incidência de crianças atendidas na Clínica Escola é na faixa etária de 9 a 11 anos.

5. Resultados e Discussão

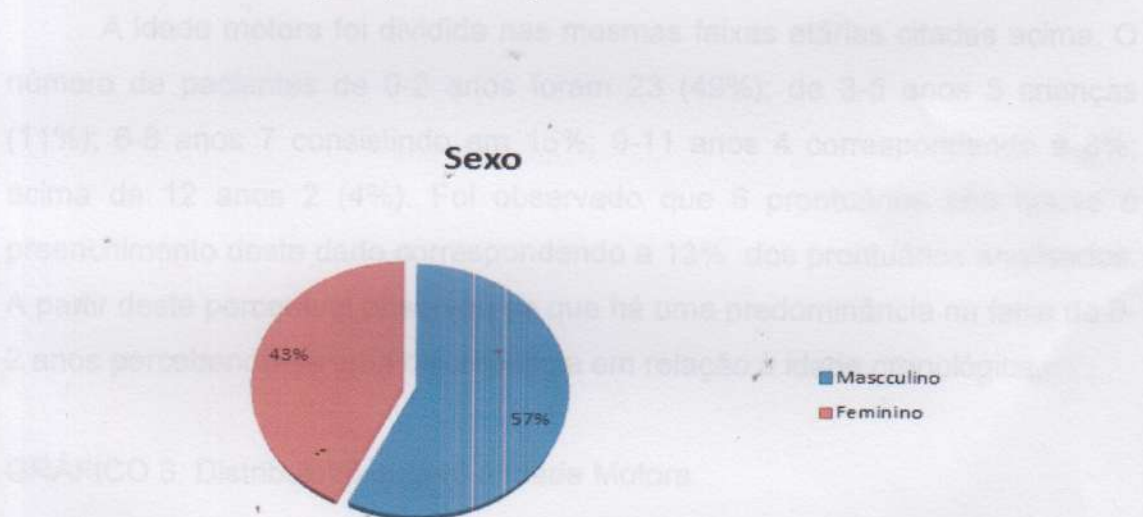
5.1. Descrição dos Dados Coletados

No que se referem à caracterização geral da amostra, 50 prontuários foram analisados, sendo excluídos 3 por apresentarem dados preenchidos incompletos, inviabilizando a coleta.

Analisando a classificação da amostra pelo gênero, observou-se que dos 47 prontuários, 27 eram do sexo masculino (57%) e 20 eram sexo feminino (43%).

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011)

GRÁFICO 1. Distribuição quanto ao gênero.

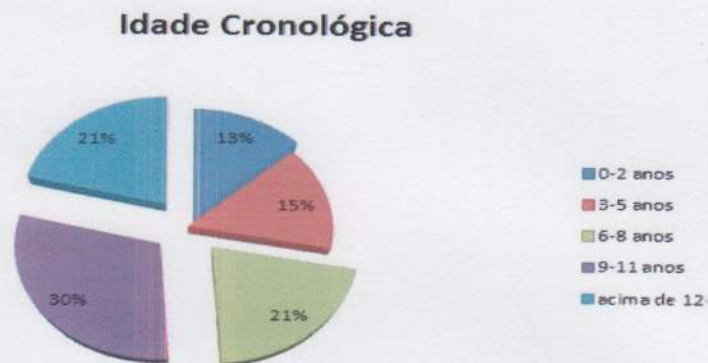


Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Na classificação pela idade cronológica, foram estipuladas as faixas etárias de 0-2, 3-5, 6-8, 9-11 anos e acima de 12 anos. A faixa etária de 0 a 2 anos correspondeu a 13%, de 3 a 5 anos 15%, 6 a 8 anos 21%, 9 a 11 anos 30% e acima de 12 anos 21%, sendo percebido que a maior incidência de crianças atendidas na Clínica Escola é na faixa etária de 9 a 11 anos.

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

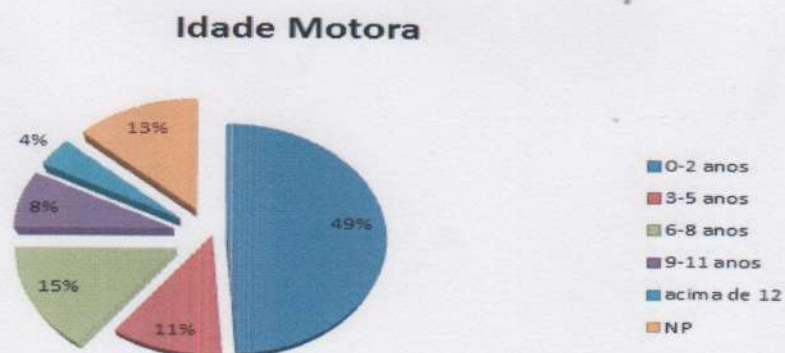
GRÁFICO 2. Distribuição quanto a Idade Cronológica.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

A idade motora foi dividida nas mesmas faixas etárias citadas acima. O número de pacientes de 0-2 anos foram 23 (49%); de 3-5 anos 5 crianças (11%); 6-8 anos 7 consistindo em 15%; 9-11 anos 4 correspondendo a 8%; acima de 12 anos 2 (4%). Foi observado que 6 prontuários não houve o preenchimento deste dado correspondendo a 13% dos prontuários analisados. A partir deste percentual observou-se que há uma predominância na faixa de 0-2 anos percebendo-se uma discrepância em relação à idade cronológica.

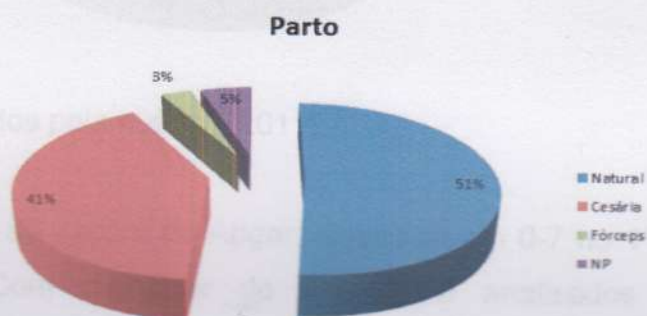
GRÁFICO 3. Distribuição quanto a Idade Motora.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Com relação aos tipos de parto, eles foram classificados em: Natural, Cesária e Fórceps. O parto natural correspondeu a 51%, o parto cesária 41% e fórceps 3%. Através desta coleta percebeu-se a falta de preenchimento deste dado em 2 prontuários (5%). De acordo com análise foi percebido que grande parte dos partos realizados foram Naturais. Representado no gráfico 4 abaixo.

GRÁFICO 4. Distribuição quanto a tipo de parto.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Quanto ao tipo de nascimento, dividiu-se em: pré-termo, termo e pós-termo. Os nascimentos pré-termos correspondiam a 13 com percentual de 29%. Em parto termo foram 29 correspondendo ao percentual 64%. No entanto, o pós-termo não houve registros de partos pós-termo. Observou-se que não foram preenchidos nenhuma das classificações citadas em 3 destes prontuários, correspondendo a 7%. Então, a maioria dos nascimentos foi a termo.

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

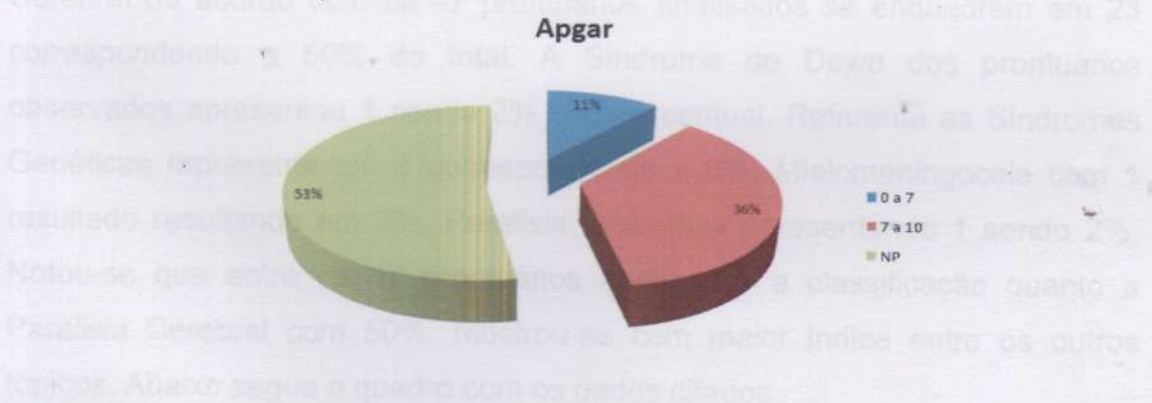
GRÁFICO 5. Distribuição quanto ao tipo de nascimento.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Em relação ao escore de Apgar, dividiu-se em 0-7 no 1º minuto e 8-10 no 5º minuto. Com o Apgar de 0-7 foram analisados 5 prontuários correspondendo a 11%. De 8-10 observou-se presente em 17 prontuários (36%). Entretanto, grande parte dos prontuários analisados não continham o preenchimento deste dado correspondendo a 25 (53%). Os dados obtidos estão presentes no gráfico abaixo.

GRÁFICO 6. Distribuição quanto ao Apgar.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Analisando a classificação da amostra quanto a deficiência visual e auditiva foram observadas que os pacientes com deficiência visual corresponderam a 13%, enquanto que a deficiência auditiva foi de 3%. E 81%

dos pacientes não apresentavam nenhum tipo de deficiência. Entretanto, alguns prontuários não foram preenchidos representando 3% do total.

QUADRO 1. Distribuição quanto ao Diagnóstico Clínico

GRÁFICO 7. Distribuição quanto a Deficiência Visual e Auditiva.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Quanto ao Diagnóstico Clínico foram classificados em Paralisia Cerebral, Síndrome de Down, esta sendo separada de Síndromes genéticas, Mielomeningocele, Paralisia Obstétrica. As patologias menos frequentes foram agrupadas da seguinte forma: Patologias Ortopédicas, Outras Patologias neurológicas, TCE, Doenças Reumáticas e Auto Imunes, Autismo, Prematuridade, Atraso do Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), Artrogripose, Doenças Metabólicas e Doenças Oncológicas. A Paralisia Cerebral de acordo com os 47 prontuários analisados se enquadram em 23 correspondendo a 50% do total. A Síndrome de Down dos prontuários observados apresentou 1 sendo 2% seu percentual. Referente as Síndromes Genéticas representavam 3 correspondendo a 6%. Mielomeningocele com 1 resultado resultando em 2%. Paralisia Obstétrica apresentando 1 sendo 2%. Notou-se que entre os 47 prontuários analisados a classificação quanto a Paralisia Cerebral com 50%, mostrou-se com maior índice entre os outros tópicos. Abaixo segue o quadro com os dados citados.

QUADRO 1. Distribuição quanto ao Diagnóstico Clínico.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO	Nº DE PRONTUÁRIOS	%
PARALISIA CEREBRAL	23	50%
PATOLOGIAS ORTOPÉDICAS	05	12%
OUTRAS PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS	03	6%
SÍNDROMES GENÉTICAS	03	6%
TCE	02	4%
DOENÇAS REUMÁTICAS AUTO-IMUNES	02	4%
SÍNDROME DE DOWN	01	2%
MIELOMENINGOCELE	01	2%
PARALISIA OBSTÉTRICA	01	2%
AUTISMO	01	2%
PREMATURIDADE	01	2%
ATRASSO NO DNPM	01	2%
ATROGRIPOSEDISTAL	01	2%
DOENÇAS METABÓLICAS	01	2%
DOENÇAS ONCOLÓGICAS	01	2%
TOTAL	47	100%

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Com relação ao Diagnóstico Cinético Funcional presente nos 47 prontuários, foram classificados das seguintes formas: Déficit de Marcha, Quadriplegia/Paresia, Déficit de ADM, Diplegia/paresia, Hemiplegia/Paresia, Déficit de Equilíbrio/Coordenação, Déficit de força, Alterações Posturais, Paraplegia/Paresia, Monoplegia/Paresia e Não preenchidos.

O Déficit de Marcha apresentava-se como diagnóstico cinético funcional em 18 prontuários, sendo seu percentual 30%. A Quadriplegia/paresia estava presente em 10 prontuários, correspondendo a 17%. O Déficit de ADM em 8, sendo 14% sua porcentagem. Com 6, correspondendo a 8% prontuários preenchidos, a Diplegia/paresia estava presente. A Hemiplegia/paresia apresentou em 6 prontuários, sendo 8%. O Déficit de Equilíbrio/Coordenação estavam presentes em 4, correspondendo a 4%. Déficit de força em 3 (5%), prontuários. Alterações Posturais representou 2, sendo 3%. Já a Paraplegia/paresia correspondia a 1 prontuário apenas, sendo 2%. A monoplegia/paresia também estava presente em apenas 1 prontuário também,

correspondendo a 2%. Foi observado também que não houve o preenchimento do diagnóstico cinético funcional em alguns prontuários, sendo 3 destes presentes, correspondendo a 5% dos prontuários analisados.

Segue abaixo o quadro do Diagnóstico Cinético Funcional.

QUADRO 2. Distribuição quanto ao Diagnóstico Cinético Funcional.

DIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL	Nº DE DIAGNÓSTICOS	%
DÉFICIT DE MARCHA	18	30%
QUADRIPLÉGIA/PARESIA	10	17%
DÉFICIT DE ADM	08	14%
DIPLEGIA/PARESIA	06	8%
HEMIPLEGIA/PARESIA	06	8%
DÉFICIT DE EQUILÍBRIO/COORDENAÇÃO	04	6%
DÉFICIT DE FORÇA	03	5%
NÃO PREENCHIDOS	03	5%
ALTERAÇÕES POSTURAIS	02	3%
PARAPLEGIA/PARESIA	01	2%
MONOPLÉGIA/PARESIA	01	2%
TOTAL	62	100%

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

No que se refere ao tônus muscular, ele foi classificado em: Normal, Hipertônico, Hipotônico e Flutuante. Dos 47 prontuários analisados, 18 citavam tônus muscular normal (38%), hipertônico com 25 (53%), 3 em tônus hipotônico (5%) e flutuante apresentando 1 (2%). Foi percebido que apenas um prontuário não havia sido preenchido representando 2% da amostra estudada. Pode-se observar quanto à classificação que o tônus que prevalece com alto índice é hipertônico, sendo ilustrado pelo gráfico abaixo.

GRÁFICO 8. Distribuição quanto ao Tipo de Tônus Muscular.

Fonte: Dados coletados pela autora, (2011).



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Quanto à Distribuição do Tônus, ela foi dividida em: Normal, Quadriplegia/Quadriparesia, Diplegia/Diparesia, Paraplegia/Paraparesia, Hemiplegia/Hemiparesia, Monoplegia/Monoparesia e Não Preenchidos. O Tônus Normal está presente em 18 (39%) dos prontuários. A quadriplegia/quadriparesia apresenta 12 (25%), na diplegia/diparesia é representada com 5 (15%), na paraplegia/paraparesia ficou com 4 (8%), na hemiplegia apresentou 5 (11%), na monoplegia representou 1 (2%) do total. Todavia foram observados que 2 prontuários não apresentavam estes dados preenchidos, no que correspondeu a 4% do total do estudo analisado. De acordo com os dados preenchidos neste estudo, foi observado que o tópico classificado como Tônus Normal apresenta maior incidência com relação aos tópicos anteriores. Seguindo abaixo o quadro.

QUADRO 3. Distribuição quanto ao Tônus.

DISTRIBUIÇÃO DO TÔNUS	Nº DE PRONTUÁRIOS	%
NORMAL	18	39%
QUADRIPLÉGIA/PARESIA	12	25%
DIPLEGIA/PARESIA	05	11%
HEMIPLÉGIA/PARESIA	05	11%
PARAPLEGIA/PARESIA	04	8%
NÃO PREENCHIDOS	02	4%
MONOPLÉGIA/PARESIA	01	2%

total de **TOTAL** 47 100%

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Quanto aos objetivos da conduta fisioterapêutica foram classificados em: Alívio de dor, Ganho de ADM, Ganho de força, Treino de Marcha, Estimulo Sensorial, Treino de Padrões Motores, Inibir Reflexos Primitivos e Outros, no que se refere a outras técnicas aplicadas pelos acadêmicos como: Melhorar Equilíbrio, Coordenação/Propriocepção, Estimular motricidade Voluntária /DNPM, Prevenir/Minimizar Complicações Secundárias, Melhorar tônus/Inibir Padrão Patológico, Treinar Padrões Respiratórios, Dissociar cinturas, Promover ortostatismo, Melhorar Independência para AVD'S, Estimular atenção visual e sensorial, e, Melhorar Postura/Simetria. Seguindo abaixo com o quadro citado.

QUADRO 4. Distribuição quanto aos Objetivos da Conduta Fisioterapêutica.

OBJETIVOS DA CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA	Nº DE PACIENTES	%
GANHO DE ADM	39	16%
MELHORAR EQUILIBRIO, COORDENAÇÃO/PROPRIOCEPÇÃO	31	12%
ESTIMULAR MOTRICIDADE VOLUNTÁRIA/DNPM	29	11%
PREVINIR/MINIMIZAR COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS	28	10%
MELHORAR O TÔNUS/INIBIR PADRÃO PATOLÓGICO	27	10%
TREINO DE PADRÕES MOTORES	22	8%
GANHO DE FORÇA	22	8%
TREINO DE MARCHA	21	7%
MELHORAR A POSTURA/SIMETRIA	13	5%
INIBIR REFLEXOS PRIMITIVOS	09	3%
TREINAR PADRÕES REPIRATÓRIOS	07	2%
PROMOVER ORTOSTATISMO	06	2%
DISSOCIAR CINTURAS	05	2%
ALÍVIO DE DOR	04	1%
MELHORAR INDEPENDÊNCIA PARA AVD'S	03	1%
ESTIMULAR A ATENÇÃO VISUAL	03	1%
ESTÍMULO SENSORIAL	03	1%
TOTAL	272	100%

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Com relação ao número de atendimentos foram classificados em: de 1 a 5 atendimentos, 6 a 10 atendimentos, e, mais de 11 atendimentos. De 1 a 5 atendimentos haviam 11 prontuários (24%), de 6 a 10 atendimentos 18 (39%) e com mais de 11 atendimentos correspondiam 16 (35%). Entretanto, os

números de atendimentos em um prontuário não foi preenchido correspondendo a 2% dos 47 prontuários. O número de atendimentos que revelou maior índice foi de 6 a 10 atendimentos.

GRÁFICO 9. Distribuição quanto ao número de atendimentos.



Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

Além do atendimento da fisioterapia na pediatria, os pacientes podem e/ou tiveram acesso a outros serviços de outras áreas da saúde da Clínica Escola, ou mesmo fora da Instituição, sendo estas dentro da Clínica: nutrição, psicologia e enfermagem. Outro, é referente a acompanhamento de um serviço da área da saúde que o paciente tenha realizado fora da Instituição no qual foi identificado nos prontuários, tais como: Terapia Ocupacional, Fonoaudiologista, Fisioterapia Respiratória, Neurologista, Ortopedista, Hidroterapia, Cardiologista, Odontologista, Oftalmologista e Pediatra. Apresentado no gráfico abaixo.

QUADRO 5. Distribuição quanto a Outras áreas da Saúde nos quais os pacientes foram atendidos.

OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE NOS QUAIS O PACIENTE FOI ATENDIDO	Nº DE PRONTUÁRIOS	%
NÃO PREENCHIDOS	16	36%
TERAPIA OCUPACIONAL	07	15%
FONOAUDIOLOGISTA	06	13%
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA	04	8%
NUTRIÇÃO	03	6%
PSICOLOGIA	02	4%
NEUROLOGISTA	02	4%
ORTOPEDISTA	02	4%
HIDROTERAPIA	01	2%
CARDIOLOGISTA	01	2%
ODONTOLOGISTA	01	2%
OFTAMOLOGISTA	01	2%
PEDIATRIA	01	2%
ENFERMAGEM	00	0%
TOTAL	47	100%

Fonte: Dados obtidos pela autora, (2011).

5.2. Análise e Discussão dos Dados Coletados.

Um estudo realizado por Fornasari e Medeiros (2008,) a respeito do Perfil dos pacientes Pediátricos Atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia, apresenta-se semelhante ao encontrado neste estudo, onde a percentagem dos pacientes do sexo masculino é de 67% e feminino 33%. Já um estudo realizado por Santana et al. (2007) aponta em um estudo realizado na Bahia, que do total de 327 crianças, o sexo masculino também se sobressai com 61,2%, e o feminino com 38,8%. Em outro realizado por Costa et al. (2006) com relação aos aspectos dos pacientes pediátricos apresenta valores também que condizem com os resultados obtidos anteriormente no qual o percentual dos pacientes do sexo masculino era de 52% e feminino 48%. Pode-se observar então que de acordo com os estudos em questão houve uma predominância no sexo masculino, sendo este mais afetado. Pode-se observar então que aparentemente o sexo masculino apresenta uma maior probabilidade a nascer ou desenvolver alguma patologia seja ela por fatores genéticos ou ambientais.

Quanto à idade cronológica em estudo realizado por Ibiapina (2005), os pacientes atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia (CEF) a maioria dos pacientes estavam entre a faixa etária de 3 a 8 anos, o que mostra pouca diferença com este estudo, no qual há um maior número de crianças dos 9-11 anos sendo atendidas dentro desta faixa etária na Clínica Escola. Por se tratar de pacientes com patologias neurológicas no qual necessitam de assistência e tratamento precoce desde o seu nascimento, estes vieram de outras instituições, recebendo alta ou desligamento, ou até mesmo sendo encaminhados para a FARN.

Na idade motora, houve predominância da faixa etária de 0-2 anos, o que é muito discrepante em relação a idade cronológica (9-11 anos). Isto é sugestivo de atraso no desenvolvimento motor, que condiz com os diagnósticos clínicos predominantes de patologias neurológicas, as quais levam a este atraso.

De acordo com Miller e Clark (2002), quando ocorre o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ocorre uma sequência própria, desorganizada, em que depende da etiologia específica que levou a este atraso, trazendo consequências importantes nas interações que a criança faz no seu ambiente, podendo promover alterações secundárias com influência imediata no desempenho de habilidade de vida diária.

O desenvolvimento neuropsicomotor é de suma importância, analisando que a criança desenvolve sua linguagem através da sua relação com o ambiente, pela exploração ativa por meio da manipulação de objetos, da repetição das ações, pelo domínio do próprio corpo e controle do esquema corporal e pelas relações que estabelece no ambiente (LAMÔNICA, 2004).

No que se refere ao tipo de parto, Helena et al. (2008) aborda que em seu estudo, o índice de parto normal corresponde a 56,76% e cesária 49,24%, não apresentando o parto com fórceps. Entretanto, os dados coletados no presente estudo mostram que 51% dos partos foram naturais e 41% cesária, sendo observado que houve parto com fórceps correspondendo a 3% dos dados. De acordo com ambos estudos pode-se perceber que o parto normal apresenta elevado índice no percentual dos dados. Em algumas patologias neurológicas como a Paralisia Cerebral o tipo de parto deve ser observado devido a algumas consequências que podem ser geradas principalmente

durante o parto normal, no qual podem haver complicações durante o parto com relação ao tempo prolongado de parto ou até mesmo se o mesmo não foi realizado de forma adequada podendo a vir a prejudicar o recém-nascido causando hipóxia ou anóxia no mesmo.

De acordo com Costa e Gotlieb (1998), num estudo quanto ao tipo de nascimento, eles foram classificados em dois tópicos: a) pré-termo, b) termo e pós-termo, em que consta que o número de partos pré-termo correspondiam no total de 49,6% e no termo e pós-termo com 50,4%. Já na amostra do presente estudo foram distribuídos em pré-termo, termo e pós-termo, sendo acrescido também de dados não preenchidos, onde apresentou em parto pré-termo 29%, em termo 64%, no parto pós-termo não houve preenchimento deste dado correspondendo a 0%. Comparando ambos os estudos observou-se que há um elevado índice de partos termos, embora o estudo da literatura apresente ambos os tópicos de parto termo e pós-termo em um mesmo dado.

Um dado encontrado nos prontuários bastante importante para determinar se o paciente encontra-se em boas condições ao nascer é o Apgar, que segundo Pinto et al. (1999), é um método utilizado com a finalidade de avaliar a condição clínica do recém-nascido através da soma de várias classificações em que vai resultar uma pontuação. Sendo realizado duas vezes, um minuto após o nascimento, e, cinco minutos após. A pontuação do Apgar leva em conta cinco sinais que podem ser facilmente determinados e não interferem com o cuidado do recém-nascido. Cada um destes sinais tem uma classificação de zero, um ou dois. A soma destas classificações varia de zero a dez.

Este dado o qual fazia parte da coleta dos prontuários dos pacientes atendidos na Clínica Escola, apresentou-se ausente em grande parte dos prontuários, como também sendo apresentado apenas um único valor onde não se sabe ao certo se é correspondente ao 1º minuto ou 5º minuto após o nascimento do paciente. No referente ao índice de Apgar encontrados nos prontuários foram estabelecidos parâmetros atribuídos ao único valor encontrado nos prontuários. De acordo com a utilização dos parâmetros de Pinto et al. (1999) pode-se estabelecer os parâmetros para determinar o Apgar dos pacientes atendidos na Clínica Escola em que de 0-7 apresentaram prognóstico ruim, e, 8-10 bom prognóstico. Como um alto índice de prontuários

não continha este dado, não é prudente fazer comparações. No entanto, vale salientar que muitas vezes esta informação (fundamental para avaliar as condições dos bebês ao nascimento e que é preditora de como será o desenvolvimento infantil) não consta no cartão de vacinação da criança, nem em qualquer outro documento. Além disto, os pais ou cuidadores, a maioria das vezes, desconhecem este dado e sua importância. Então, sugere-se que os fisioterapeutas pediátricos dediquem-se também ao esclarecimento aos pais a respeito da importância das informações dos primeiros meses de vida da criança, e expliquem que os responsáveis devem buscar a orientação dos pediatras.

Segundo estudos realizados em uma Escola em Londrina visual por Lopes, Casella e Chuí (2000), com a finalidade de observar crianças que apresentavam deficiência visual, dentre as 180 crianças avaliadas 72, ou seja, 40% apresentou alteração visual. No entanto, no estudo atual dos 47 prontuários em apenas 6 (13%) havia relatos de deficiência visual. Levando em conta que o estudo da literatura citada apresenta maior número de crianças avaliadas, esta têm maior índice.

Gatto e Tochetto (2007), estima que aproximadamente 62 milhões de pessoas da população mundial com idade inferior 15 anos tenham perda auditiva permanente sendo que dois terços, cerca de 41 milhões, habitam países em desenvolvimento. Em neonatos, a incidência de deficiência auditiva é de 1,5 a 5, 59 por 1.000 nascimentos. Guefier e Siqueira (2009), relata que nos EUA 1: 1.000 apresentam perda auditiva severa, enquanto 5:1.000 bebês apresentam perda auditiva moderada.

De acordo com o diagnóstico clínico a paralisia cerebral foi a patologia com maior predominância apresentando 50% entre as cinco patologias citadas na ficha da coleta de dados. No Brasil surgem 17.000 novos casos de Paralisia Cerebral ao ano. (Edelmuth, 1992).

O segundo diagnóstico clínico com maior incidência foram as Síndromes genéticas (excetuando-se a síndrome de Down, que será considerada em separado) com 6%, sendo esta constituída por um padrão global típico de anomalias, supostamente relacionadas quanto a sua etiologia. No caso de desordens genéticas, a etiologia pode ser uma alteração cromossômica ou mutação genética.

A Síndrome de Down, a Mielomeningocele e a Paralisia Obstétrica aparecem como o terceiro diagnóstico clínico mais encontrado com 2% dos pacientes.

A síndrome de Down apareceu em 2% dos dados coletados, sendo esta uma anomalia cromossômica mais frequente, devido principalmente a trissomia do cromossomo 21 e tem como características essenciais como retardo mental, dismorfias (braquicefalia, inclinação palpebral superior, epicanto, achatamento de base nasal, protusão da língua, prega única palma, entre outras), e hipotonia muscular, de intensidade variável que pode afetar de varias maneiras o desenvolvimento neuropsicomotor de seus portadores (CARAKUSHANKY e MUSTACCHI, 2001) e (SAENZ, 1999).

A mielomeningocele que também apresentou resultado de 2% no percentual dos dados é considerada segundo Lucareli (2002), uma das formas de disrafismo espinhal, ocasionada por uma falha de fusão dos arcos vertebrais posteriores e displasia (crescimento anormal) da medula espinhal e das membranas que a envolvem. As meninges vão formar um saco dorsal, que no seu interior contém líquido e tecido nervoso, provocando uma deficiência neurológica sensitiva e motora abaixo do nível da lesão, que pode gerar paralisias (principalmente flácidas) e hipoestesia em membros inferiores. Segundo Stokes (2000), em estudos realizados na Grã-Bretanha, foi constatado que existe uma probabilidade de 1 em 20 do nascimento de um filho com espinha bífida e que esta probabilidade aumenta se houver uma segunda criança.

A paralisia Obstétrica correspondeu a 2% dos dados da coleta, que de acordo com Tachdjian (1995), ocorre por tração do plexo braquial em recém nascidos, em partos difíceis, como apresentação pélvica, com uso de fórceps e nas distocias de ombro.

Entretanto, algumas patologias que foram classificadas como Outros na ficha de coleta de dados corresponderam a 38% dos prontuários total dos dados obtidos, nos quais são: patologias ortopédicas, outras patologias neurológicas, TCE, doenças reumáticas auto-imunes, autismo, prematuridade, atraso no DNMP, atrogripesdistal, doenças metabólicas e doenças oncológicas.

Quanto ao Diagnóstico Cinético Funcional, os dados foram agrupados em: Quadriplegia/paresia; Diplegia/paresia; Paraplegia/Paresia, Hemiplegia/Paresia, Monoplegia/Paresia, Déficit de Marcha, Outros e Não preenchidos.

Nos prontuários apresentaram mais de um diagnóstico cinético funcional sendo associado a distribuição do tônus com a marcha do paciente. No entanto, foram divididas sendo ilustradas nos gráficos citados no resultado.

O déficit de marcha que estava presente como diagnóstico cinético-funcional em 30% dos prontuários apresentando uma maior predominância comparado aos outros diagnósticos cinéticos funcionais, sendo percebido que os pacientes atendidos na Clínica Escola tem um índice maior de déficit de marcha o que correlaciona-se com a idade motora de 0-2 anos dos pacientes mostrando que há um atraso do desenvolvimento motor em decorrência dos pacientes apresentarem patologias neurológicas.

Com relação ao tipo de tônus, pode-se dizer que este é definido segundo Umphred (1994), como o estado de tensão dos músculos. Quando se apresenta um distúrbio neurológico, o tônus pode estar aumentado (hipertônico), diminuído (hipotônico) ou flutuante (o tônus aumenta e diminui de forma imprópria, variando de hipertônico a hipotônico). Fazendo com que as crianças apresentem alterações em seu desenvolvimento neuropsicomotor.

No Tônus hipertônico há um aumento da tensão do músculo aumentando a resistência ao movimento passivo das articulações. Este pode ser classificado como rígido e espástico. O excesso de contração muscular favorece o surgimento de retrações musculares, encurtamentos e também contraturas nas articulações, causando deformidades (UMPHRED, 1994). De acordo com os dados coletados no estudo atual, o tônus hipertônico corresponde a 53%, sendo o maior índice entre os outros tipos de tônus muscular classificados.

O Tônus hipotônico é definido como a diminuição da tensão do músculo, diminuindo a resistência ao movimento passivo de uma articulação. O paciente apresenta flacidez e também tem dificuldade para mover-se contra a gravidade por falta de contração muscular. (UMPHRED, 1994).

Nos dados coletados neste estudo foram observados que apenas 5% dos pacientes apresentavam tônus hipotônico comparado ao hipertônico que

apresentou alta predominância. Este fato pode ser correlacionado com a patologia de base da cada paciente.

Já o tônus flutuante apresenta um tônus que aumenta e diminui, oscilando entre hipertônico e hipotônico, apresentando movimentos involuntários (UMPHRED, 1994). Este apresentou um percentual de 2% do valor total pesquisado nos prontuários.

A Distribuição do Tônus, segundo UMPHRED (1994), é classificada entre: quadriplegia/ quadriparesia, diplegia/diparesia, paraplegia/paraparesia, hemiplegia/hemiparesia e monoplegia/monoparesia, no qual estes vão determinar o grau e o nível de acometimento de membros superiores e inferiores dos pacientes. Entretanto, de acordo com preenchimento das fichas dos prontuários dos pacientes pelos acadêmicos da Clínica Escola, houve uma classificação a mais, sendo referida como Normal, onde o paciente não apresenta alteração do tônus, sendo representado 39% do percentual total com maior prevalência dos dados obtidos.

Na Quadriplegia há um acometimento de membros superiores e inferiores no qual o paciente apresenta perda da funcionalidade motora e sensibilidade. Na Quadriparesia há uma perda das funções dos membros superiores e inferiores sendo igualmente acometidos. Neste estudo correspondeu a 25% dos 47 prontuários analisados.

Na Diplegia há acometimento total motor e tátil de membros superiores e inferiores, no entanto os membros inferiores são mais acometidos. Já a Diparesia há um acometimento parcial nas funções motoras e tátil dos membros superiores e inferiores, sendo este último o mais acometido, onde no estudo mostrou 11% de predominância.

A Paraplegia apresenta um acometimento de membros inferiores total, tanto motora quanto tátil. Já na Paraparesia vai acometer igualmente os membros inferiores, porém é uma perda parcial da funcionalidade motora e da sensibilidade, correspondendo no estudo a 8% o índice quanto a distribuição do tônus.

Na Hemiplegia o indivíduo apresenta perda total motora e tátil em um lado do corpo, no entanto, a Hemiparesia é um acometimento parcial motor e tátil em hemicorpo, podendo este ser em lado direito ou esquerdo do corpo.

Este apresentou no estudo um índice de 11% de todos os prontuários analisados.

E por fim a Monoplegia vai apresentar o acometimento total das funções de apenas um membro do corpo seja ele superior ou inferior. Já a Monoparesia é a perda parcial das funções motoras de um membro apenas, onde no estudo este representou 2% do total.

Com relação aos objetivos da conduta fisioterapêutica que foi aplicada nos pacientes atendidos na Clínica Escola do estudo atual, foram selecionados alguns objetivos principais presentes nos prontuários dos pacientes, dentre eles: Alívio de dor, Ganho de ADM, Ganho de força, Treino de Marcha, Estímulo Sensorial, Treino de Padrões Motores, Inibir Reflexos Primitivos e Outros, no que se refere a outras técnicas aplicadas pelos acadêmicos, como: Melhorar equilíbrio, coordenação/propriocepção, estimular motricidade voluntária/DNPM, prevenir/minimizar complicações secundárias, melhorar o tônus/inibir padrão patológico, melhorar postura/simetria, treinar Padrões Respiratórios, promover ortostatismo, dissociar cinturas, melhorar independência para AVD'S, e, estimular atenção visual.

Quanto ao ganho de ADM foi utilizado em 16% dos pacientes, apresentando uma maior prevalência quanto aos objetivos de conduta dos prontuários da amostra. O treino de padrões motores correspondeu a 8% do total. Já o ganho de força também representou 8%, como os padrões motores. O treino de marcha apresentou 7% do percentual total. Inibir reflexos primitivos ficou representando apenas 3%, e, alívio de dor e estímulo sensorial que corresponderam a 1%, foi o menor percentual entre os objetivos de condutas fisioterapêuticas dentre as classificadas na ficha de coleta de dados dos prontuários dos pacientes.

Outros objetivos de condutas que foram observados nos prontuários tais como: Melhorar equilíbrio, coordenação/propriocepção apresentou em 12% dos prontuários coletados, representando um dado bastante significativo nos objetivos propostos, bem como estimular motricidade voluntária/DNPM também apresentou um considerável percentual sendo representado por 11%. Prevenir/minimizar complicações secundárias foi representado por 10% do percentual, tal como, melhorar o tônus/inibir padrão patológico em que apresentou igualmente 10%. Logo melhorar postura/simetria correspondeu a

5% da amostra, treinar padrões respiratórios, promover ortostatismo, e, dissociar cinturas correspondem a igualmente a 2% do percentual. Todavia, melhorar independência para AVD'S, e, estimular atenção visual, representaram apenas 1% da amostra total obtida.

Os objetivos que foram citados acima coletados através da ficha de dados, mostra que estes tem a finalidade de traçar um tratamento de acordo com cada diagnóstico clínico do paciente, visando promover autonomia, independência funcional do mesmo bem como também as suas necessidades e da família do paciente em questão, reabilitandoas funções e atividades motoras de acordo com a possibilidade de cada criança, integrando-a na sociedade, de forma que este seja independente e tenha uma boa qualidade de vida.

No que se refere ao número de atendimentos realizados, estes foram classificados de 1 a 5 atendimentos, 6 a 10 atendimentos, e, mais de 11 atendimentos. De 1 a 5 atendimentos, 11 prontuários apresentaram (24%), de 6 a 10 atendimentos 18 (39%) e, com mais de 11 atendimentos correspondiam 16 (35%). Entretanto os números de atendimentos em um prontuário não foi preenchido correspondendo a 2% dos 47 prontuários. O número de atendimentos que revelou maior índice foi de 6 a 10 atendimentos, mostrando que o número de atendimentos no semestre é insuficiente, uma vez que trata-se em sua maioria de patologias crônicas. Muitas vezes, o número reduzido de atendimentos é ocasionado por faltas dos pacientes. Sugere-se investigar melhor o motivo das faltas para tentar sanar estes eventos e permitir um tratamento mais prolongado aos pacientes.

A Clínica Escola apresenta, além do atendimento da fisioterapia na pediatria outros serviços em áreas da saúde como, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Educação Física, oferecendo assim aos pacientes atendimentos nestes outros setores. Foi observado também nos prontuários, que os pacientes tiveram acesso á outros serviços fora da Instituição tais como: Terapia Ocupacional, Fonoaudiologista, Fisioterapia Respiratória, Neurologista, Ortopedista, Hidroterapia, Cardiologista, Odontologista, Oftalmologista e Pediatria.

De acordo com a análise da amostra 6% dos prontuários mostraram o uso do serviço da nutrição. Na psicologia apresentaram 4% dos prontuários.

Entretanto nos 47 prontuários observados não apresentou a atuação da enfermagem quanto ao uso de seu serviço. Já os outros serviços da área da saúde que foram citados corresponderam a 54% no total dos prontuários obtidos.

Algumas patologias como por exemplo a Paralisia Cerebral, esta considerada pela amostra o diagnóstico clínico de maior prevalência, por apresentar várias características como atraso motor, alterações de comunicação, cognição, percepção, comportamento, funções sensoriais, e, crises convulsivas, onde, o paciente necessita de assistência de uma equipe multidisciplinar, como, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, neurologista, entre outros, visando proporcionar independência, preparando a criança para uma vida social no qual ela possa interagir com outras pessoas, mesmo requerendo algumas adaptações em seu ambiente (ROSENBAUN et al, 2007).

A atuação de uma equipe multidisciplinar principalmente com pacientes portadores de patologias neurológicas é de grande importância pois estes apresentam vários comprometimentos físicos e cognitivos, no qual requerem uma assistência global, proporcionando um melhor desempenho motor e funcional no seu desenvolvimento, melhorando todas as dimensões que poderiam estar limitadas.

6. Conclusão

Observou-se no estudo, que a maioria dos pacientes: era do sexo masculino (57%), na faixa etária de 9-11 anos (31%), idade motora 0-2 anos (49%), tipo de parto Natural (51%), Termo (64%), Apgar 8-10 (36%), Deficiência Visual (13%), diagnóstico clínico, Paralisia Cerebral (50%), diagnóstico cinético-funcional, Déficit de Marcha (30%), Tônus, Hipertônico (53%), distribuição do tônus Normal (39%), o principal objetivo da conduta fisioterapêutica foi o ganho de ADM (16%), o número de atendimentos foi de 6-10 (39%), e, outras áreas da saúde nos quais o paciente foi atendido: Terapia Ocupacional (15%).

Durante o processo de coleta de dados, cabe ressaltar que houve uma dificuldade de selecionar os prontuários dos pacientes atendidos na clínica escola, no setor de fisioterapia em pediatria no ano de 2010, devido a falta de preenchimento das fichas dos prontuários de forma correta ou ausência do preenchimento das mesmas como falta do Apgar, idade motora, diagnóstico cinético funcional e distribuição do tônus, o que dificultou o levantamento do estudo presente, onde até mesmo dos 50 prontuários tiveram que ser excluídos 3 em decorrência dos mesmos apresentarem os prontuários com mais de 6 dados não preenchidos, inviabilizando a coleta de dados do estudo.

Ao realizar este levantamento, pode-se perceber que o perfil Epidemiológico Pediátrico dos pacientes atendidos na Clínica Escola da FARN, no setor de fisioterapia é de crianças mais velhas, com considerável atraso no desenvolvimento, decorrente em sua maioria de patologias neurológicas. O principal déficit apresentado é o de marcha, o que remete à pouca independência funcional desta clientela e à necessidade de acompanhamento multidisciplinar.

Sugere-se que um olhar mais aprofundado seja dado a estes pacientes crônicos e em suma com déficit de marcha, viabilizando mais recursos para o treino de marcha, como por exemplo, o circuito proprioceptivo e a facilitação ao acesso destas crianças ao uso de órteses.

Referencias

- AMBROSANO AA, Silva AA, Milagres AS. Avaliação da escala Alberta Infant Motor Scale (AIMS) em Síndrome de Down no tratamento das crianças da APAE de Barbacena. **Fisioterapia Brasil**, v.6, n.4, p 314-317, 2005.
- ARIANI C, Penasso P. Análise clínica cinemática comparativa da marcha de uma criança normal e outra portadora de Síndrome de Down na fase escolar (7 a 10 anos). **Revista Reabilitar**, v.26, n.7, p.17-23, 2005.
- BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; ARVIN, A. M. **Tratado de Pediatria**. 15 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. v. 2.
- BERTOTI DB. Retardo Mental: Foco na Síndrome de Down. Cap 8 In : Tecklin JS. **Fisioterapia Pediátrica**. 3 ed. São Paulo: Armed, 2002. p 236-259.
- BOBATH, K, "A deficiência motora em pacientes com Paralisia Cerebral", São Paulo: Manole, 1989.
- BUENO, M. J. **Psicomotricidade**, Teoria e Prática. Lovise Ltda., 1998.
- BURNS YR, Macdonald J. **Fisioterapia e Crescimento na Infância**. 1 ed. São Paulo: Santos, 1999. 31-39p. , 267-269p.
- CARAKUSHANKY G.; MUSTACCHI Z. Síndrome de Down. In: Carakushanky G. **Doenças Genéticas em Pediatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001, p111-119.
- COSTA, Cristina Elizabeth; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Estudo Epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p.328-334, 1998.
- COSTA, Fabiana Oro et. al. **Aspectos psicológicos no condicionamento do paciente de unidades hospitalares pediátricas – um estudo de caso**. XXVI ENEGEP. Fortaleza Ceará 2006. Disponível em <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR500330_8434.pdf> Acesso em: 21 de maio 2011.

EDELMUTH CE. Pessoas portadoras de deficiência. A realidade brasileira. **In: Integração, Departamento de Educação Especial da Secretaria de Educação Fundamental do MEC** 1992; 10:8-9.

FAKAITIS et al. Estudo Epidemiológico da Fisioterapia Aquática do Hospital Israelita Albert Einstein. **Rev. Neurociências**, São Paulo, março. 2008, p. 204.

FORNASARI et al. **Perfil dos pacientes Pediátricos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia**, Santa Catarina, 2008.

FRANCHI-PINTO, Carla; COLLETO, Glória Maria Duccini Dal; KRIEGER, Henrique and BEIGUELMAN, Bernardo. Genetic effect on apgar score. **Genet. Mol. Biol.** [online]. vol. 22, n.1, p. 13-16. 1998.

FUSIJAWA, D; MANZINI, E. A utilização das atividades Lúdicas nos Atendimentos de Crianças. Ver. Brasileira, Marília. v. 12, n.1, p. 65-84, Jan.-Abr., 2006.

GATTO IC, TOCHETTO TM. Deficiência auditiva infantil: implicações e soluções. "Disponível em: < [http:// WWW.scielo.br](http://WWW.scielo.br).> Acesso em: 21 maio 2011.

GARCIAS GL et al.. Aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor na Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 31, n.2, p. 245-248, 1995.

GUEFIER,BC, Siqueira M P. O teste da orelhinha. **Revista Vida e Saúde**. P. 36-7, Fev. 2009.

HELENA et al. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Revista Brasileira de Obstetrícia**, Santos, v. 5, n. 30, p.224-231, 13 maio 2008.

IBIAPINA, Cássio da Cunha et. al. Por quanto tempo a beclomtazona deve ser usada para controlar os sintomas da asma? **Pediatria São Paulo**, v.27, p. 233-243, 2005.

LAMÔNICA, D. A. C. *Diagnóstico fonoaudiológico: reconhecimento semântico e reconhecimento de frases acusticamente distorcidas (PSI) em paráliticos cerebrais*. 2000. 258f. Tese (Doutorado) - Programa de Distúrbios da Comunicação Humana - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

LOPES, Gerson Jorge Aparecido; CASELLA, Antônio Marcelo Barbante; CHUÍ, Cristiane Assami. Prevalência de acuidade visual reduzida nos alunos da primeira série do ensino fundamental das redes pública estadual e privada de Londrina - PR, no ano de 2000. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, Londrina, n. 65, p.659-664, 2002.

LUCARELI, Paulo Roberto G. **Análise de Marcha em Mielomeningocele**. Fisioterapia.com, 2002. Disponível em:
<www.fisioterapia.com.br/publicacoes/mielomen.asp> Acesso em: 21 maio 2011.

MANCINI, M. C.; FIÚZA, P.M.; RABELO, J.M.; MAGALHÃES, L.C.; PAIXÃO M.L.; GONTIJO, A.P.B.; FONSECA, S.T. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v.60, n. 2, p. 446-452, 2002.

MANCINI MC et al. Comparação do desempenho funcional de crianças portadoras de Síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 5 anos de idade. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 2-B, p. 409-415, 2003.

MARCHIORI LL, Vilaça VM, Itimura VM. Aspectos otológicos da Síndrome de Down. **Unopar**, v. 2, n. 1, p. 93-98, 2000.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C. de. Sistema de informações hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 185-192, abr. 2001.

MATOS MA. Instabilidade atlantoaxial e hiperfrouxidão ligamentar na Síndrome de Down. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 13, n. 4, p. 165-167, 2005.

MILLER, G.; CLARK, G.D. **Paralisias cerebrais: causas, conseqüências e condutas**. São Paulo: Manole, 2002.

RAMALHO CMI, Pedromônico MR, Pankasinski J. Síndrome de Down.

MIRANDA, Luci Pfeiffer; RESEGUE, Rosa; FIGUEIRAS, Amira Consuelo de Melo. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria**, Rio de Janeiro, p. 33-42, mar. 2003.

ROSENBAUM P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Sax M. A report: the definition and classification of cerebral palsy. April 2006. *Dev Med Child*

MONTARDO, J. **Paralisia Cerebral**. Disponível em:

<<http://planeta.terra.com.br/saude/montardo/desenvolvimento/iparalisia.htm>.

> Acesso em: 21 maio 2011.

SAFARI R. Primary Care of Infants and Young Children with Down Syndrome. *Am Fam Physic*, v. 15, p. 301-305, 1999.

MONTEGGIA, M.G. **Paralisia Cerebral e as Deformidades Ortopédicas mais freqüentes em membros inferiores**. Disponível em:<

<http://www.avape.com.br/comunicacao/clinicaonline.htm>.> Acesso em: 26

abril. 2003. *Revista da Bahia, Salvador*, p. 57-58, 08 jul. 2007.

MONRANDINI J, Bilachi S. O método Bobath como parte integrante no tratamento de crianças portadoras de Síndrome de Down. **Caderno UniABC de Fisioterapia**, v. 2, n.25, p. 21-26, 2000.

MORIYAMA, Líria Tigusa; GUIMARÃES, Maria Lucila De Lima Gonçalves. FISIOTERAPIA NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO. **Pediatria São Paulo**, São Paulo, n. , p.371-375, 1980.

MUSTACCHI Z, Peres S. Genética baseada em evidências síndromes e heranças. 1 ed. São Paulo: Cid Ltda, 2000, 819-893p.

PATO TR, Souza DR, Leite HP. Epidemiologia da paralisia cerebral. **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 2, p. 71-76, 2002. *Revista São Paulo*, 1990, p 1-10.

PIOVESANA, A. M. S. G. Encefalopatia crônica, paralisia Cerebral. IN FONCECA L.F.; PIANETTI, G; XAVIER C.G. **Compêndio de neurologia infantil**. MEDSI, 2002.

POSTIAUX, G. et al. **Fisioterapia Respiratória Pediátrica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUESCHEL S. **Síndrome de Down**. Guia para pais e educadores. 2 ed. São Paulo: Papirus, 1995.

RAMALHO CMJ, Pedremonico MR, Perissinoto J. Síndrome de Down: avaliação do desempenho motor, coordenação e linguagem (entre dois e cinco anos). **Temas sobre desenvolvimento**, v. 9, n. 5, p. 11-14, 2000.

ROSENBAUM P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M. A report: the definition and classification of cerebral palsy, April 2006. **Dev Med Child Neurol**. V. 49, n. 109, p. 8-14, 2007.

SAENZ RB. Primary Care of Infants and Young Children with Down Syndrome. **Am Fam Physic**, v. 15, p. 381-396, 1999.

SANTANA, Lauro R. et al. Epidemiologia das Leucemias em Crianças. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, p. 51-54, 08 jul. 2007.

SHEPHERD, R. B. **Fisioterapia em Pediatria**. 3 ed. São Paulo, 1996.
STOKES, Maria. **Neurologia Para Fisioterapeuta**. 1 ed. São Paulo: Editorial Premier; 2000.

TACHDJIAN M.O.: Distúrbios traumáticos: paralisia obstétrica do plexo braquial. In: Tachdjian, M.O.: **Ortopedia pediátrica**, 2 ed., São Paulo; Manole, p. 2009-2082, 1995.

UMPHRED, Darcy Ann, **Fisioterapia Neurológica**, 1 ed., São Paulo: Ed. Manole, 1994.

VASCO MAM et al. **Você sabe o que é Síndrome de down**. Projeto Down – Centro de Informações e pesquisa de S.D. São Paulo, 1990, p 1-10.

Apêndice

FICHA DE COLETA DE DADOS

- CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS:

Prontuário: _____ Sexo: () masculino () feminino

Idade cronológica: _____ Idade motora: _____

Parto: () natural () cesária () fórceps / () Pré-termo () termo () pós-termo

Apgar: 1º e 5º min. _____ Deficiência: () visual () auditiva

- PRINCIPAIS PATOLOGIAS:

Diagnóstico clínico: () Paralisia Cerebral () Síndrome de Down () Síndromes genéticas () Mielomeningocele () Paralisia Obstétrica () Outros _____

Diagnóstico cinético-funcional: _____

Tônus muscular: () normal () hipertônico () hipotônico () flutuante

Distribuição do tônus: () Quadriplegia/paresia () Diplegia/paresia

() Paraplegia/paresia () Hemiplegia/paresia () Monoplegia/paresia

- CONDUTAS FISIOTERAPÊUTICAS MAIS EMPREGADAS:

Objetivos da conduta fisioterapêutica: () Alívio de dor () Ganho de ADM

() Ganho de força () Treino de marcha () Estimulação sensorial () Treino de padrões motores () Inibição de reflexos primitivos () Outros _____

Números de atendimentos realizados _____

- DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE NAS QUAIS OS PACIENTES FORAM ATENDIDOS:

Terapêutica associada: () Nutrição () Psicologia () Enfermagem () Outro _____