

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

Weverson Wilson de Oliveira

**Perfil dos pacientes do setor de fisioterapia em neurologia adulto
de uma Clínica Escola**

Natal/ RN
2011

Weverson Wilson de Oliveira

Perfil dos pacientes do setor de fisioterapia em neurologia adulto de uma Clínica

Escola

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado ao curso de Fisioterapia da FARN, como requisito a obtenção do título de bacharel em fisioterapia.

Orientadora: Msc. Adriana Jussara de Oliveira Brandão

Natal/RN

2011

RB 34.903

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. <u>M001659</u>
<u>22/08/11</u>

M
615.8
Q 51P
2011
ex 01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Oliveira, Weverson Wilson de
Perfil dos pacientes do setor de fisioterapia em neurologia adulto de
uma Clínica Escola / Weverson Wilson de Oliveira – Natal: FARN, 2011.
f. 39.

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

1. Fisioterapia – Monografia. 2. Neurológica – Monografia. 3.
Epidemiológico – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 615.8:616.8

Weverson Wilson de Oliveira

**Perfil dos pacientes do setor de fisioterapia em neurologia adulto de uma
Clínica Escola**

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Adriana Jussara de Oliveira Brandão
Orientadora

Prof. Msc Francisca Rêgo Oliveira de Araújo
Membro

Prof. Sanny Aquino Ferreira
Membro

AGRADECIMENTOS

Como tudo na vida nada se encontra escrito, apesar de não me parecer neste trabalho, para que eu pudesse colocá-lo foram necessárias que muitas outras pessoas dessem suporte a mim e a este trabalho. Não me julgo que abri um espaço para agradecimentos.

Aos meus pais que desde o início desta jornada tiveram ao meu lado colaborando, incentivando, ajudando tanto os meus estudos acadêmicos quanto a minha vida pessoal. Por serem principalmente, pessoas de bem e de coração aberto e a sua e gratificante existência ao meu lado.

Aos meus familiares (tios, tias, irmãos e irmãs) que foram fundamentais para o crescimento e desenvolvimento desta missão. Acompanhando os finais de semana em casa, a minha presença nos eventos familiares e a falta de entusiasmo para viagens e férias e a família e a vida de praia no verão.

Aos meus avós que foram como pilares, os melhores, dizendo, orando para que eu fosse bem sucedido, mostrando-me o caminho e me ajudando a superar as dificuldades. Agradeço a todos os meus avós e a todos os meus familiares que de forma muito simples e participativa estiveram ao meu lado.

Aos amigos, colegas e professores que foram fundamentais em minha jornada. Agradeço a todos os meus amigos e colegas que me ajudaram a superar as dificuldades e a todos os meus professores que me ensinaram a lidar com a vida acadêmica e a todos os meus familiares que me apoiaram e me incentivaram a seguir em frente.

Aos meus mestres e orientadores que foram fundamentais para a realização deste trabalho. Agradeço a todos os meus mestres e orientadores que me ensinaram a lidar com a vida acadêmica e a todos os meus familiares que me apoiaram e me incentivaram a seguir em frente.

Dedico este trabalho a todos que
Acompanharam, ajudaram e colaboraram
Com essa longa jornada de estudos
E Trabalho: amigos, familiares,
Professores e orientadora.

AGRADECIMENTOS

Como tudo na vida nada se constrói sozinho, apesar apenas meu nome aparecer neste trabalho, para que eu pudesse coloca-lo foram necessários que muitas outras pessoas dessem suporte a mim e a este trabalho. Nada mais justos que abrir um espaço para agradecê-los.

Aos meus pais que desde o início dessa empreitada tiveram ao meu lado colaborando, investindo, aturando todos os ônus de uma vida acadêmica corrida e cheia de obstáculos. Por terem principalmente, acreditado no sucesso dessa árdua e gratificante estrada percorrida em 4 anos e meio.

Aos meus familiares (tias, tios, primos e irmãos) que foram fundamentais para o crescente desenvolvimento desta missão. Aguentando os finais de semana em casa, a minha ausência nos eventos festivos familiares, a falta de entusiasmo para viagens idas a fazenda e a casa de praia no veraneio.

Aos meus avós que foram como pilares, ou melhor, dizendo, órteses para que deambular em horas em que meus passos eram imperfeitos e membros de tão fraco já não suportavam seu próprio peso. A eles meu eterno agradecimento por de forma muita intensa e participativa estiveram do meu lado.

Aos amigos, novos e antigos, que foram determinantes em me manter na trilha certa da vida, onde muitas vezes algumas pessoas tentam nos desviar do percurso correto a seguir. Ao grupo de trabalho na faculdade que dividiram junto comigo angústia, noites em claro, tarefas, alegrias e dias inesquecíveis que jamais sairão da minha memória.

Aos meus mestres do curso de fisioterapia desta faculdade, que foram para mim exemplos de excelentes profissionais e de seres humanos. Não posso esquecer-me da minha orientadora professora Msc. Adriana Jussara de O. Brandão que com sua paciência, iniciativa e inteligência, me conduziu junto a esse trabalho.

ABSTRACT

RESUMO

A reabilitação neurológica e a contribuição da fisioterapia mudaram consideravelmente nas últimas décadas, uma vez que o desenvolvimento científico e tecnológico permitiu uma maior compreensão dos mecanismos de reorganização cerebral e dos mecanismos envolvidos no controle e desempenho motores, em suas dificuldades e adaptações. Objetivo : Identificar o perfil epidemiológico do paciente assistido no setor de fisioterapia neurológica adulto das Clínicas Integradas da FARN. Foi encontrado que mais de 56% dos destes pacientes eram acometidos de AVE, 39,6% possuem o ensino fundamental incompleto, os objetivos mais realizados são fortalecer, ganhar ADM sendo o diagnóstico cinético funcional mais referido foi paresia em 50% dos prontuários. Conclusão: os pacientes não são assistidos de forma integradas, necessitando de uma melhor avaliação e adequação do serviço.

Palavras Chaves: **Fisioterapia. Epidemiológico. Neurológica.**

ABSTRACT

The neurologic rehabilitation and the physiotherapy contribution extensively changed in last decades because the scientific and technologic development allowed a higher comprehension of the mechanisms of the brain reorganization involved in motor control and performance in their difficulties and adjustments. Purpose: Trace the patient epidemiologic profiling assisted in adult neurologic physiotherapy department of the FARN integrated clinics. It was found that more than 56% of these patients were suffering from AVE, 39,6% have incomplete primary education, the most performed purposes are get ADM and reinforce, the most pointed kinetic functional diagnosis was paresis in 50% of the charts. Conclusion: patients are not treated in an integrated manner, requiring better evaluation and suitability of the Service

Key words: **Physiotherapy. Epidemiological,. Neurologic.**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 LESÃO MEDULAR.....	13
3.2 DEMÊNCIAS	14
3.3 ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO	16
3.4 DOENÇAS INFLAMATÓRIAS E DEGENERATIVAS DO SN	16
3.5 REABILITAÇÃO NEUROLÓGICA	17
3.6 ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS	18
4. MATERIAIS E MÉTODOS	19
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	19
4.2 UNIVERSO E AMOSTRA	19
4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	19
4.4 PROCEDIMENTOS	20
4.5 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5.1 DESCRIÇÃO DOS DADOS COLETADOS	21
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS COLETADOS.....	26
6. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	33
7. REFERENCIAL	35
8. APÊNDICE.....	39

1. Introdução

Lista de tabelas

Gráfico 1: Gênero dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto da Clínicas Integradas da FARN.....p.22

Gráfico 2: Especialidades da área da saúde as quais os pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto da Clínicas Integradas da FARN foram encaminhados.....p.22

Gráfico 3: Grau de instrução dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto da Clínicas Integradas da FARN.....p.23

Gráfico 4: Objetivos terapêuticos traçados para os pacientes das Clínicas Integradas da FARN do setor de neurologia adulto.....p.24

Gráfico 5: Faixa etária dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.....p.24

Gráfico 6: Profissão e ou ocupação dos pacientes assistidos no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.....p.26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Diagnóstico clínico dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.....p.21

Tabela 2: Diagnóstico cinético funcional referido nos prontuários pelos fisioterapeutas que assistem no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.....p.25

1. Introdução

Segundo Carr (2006), a reabilitação neurológica e a contribuição da fisioterapia mudaram consideravelmente nas últimas décadas, uma vez que o desenvolvimento científico e tecnológico permitiu uma maior compreensão dos mecanismos de reorganização cerebral e dos mecanismos envolvidos no controle e desempenho motores, em suas dificuldades e adaptações.

As doenças neurológicas têm causas variadas e podem ocorrer em diferentes momentos da vida. Quando ocorrem durante a gestação, no momento do parto, ou no período inicial da vida, caracterizam os quadros de retardos do desenvolvimento neuropsicomotor ou de encefalopatia não progressiva da criança. Já as patologias degenerativas ou os traumatismos de algum tipo, aumentam sua incidência nas etapas mais adiantadas da vida humana, com o envelhecimento e o risco acentuado de patologias vasculares envolvendo o tecido nervoso (STRIEBEL, 2003).

A Fisioterapia tem importante papel na assistência aguda do paciente, visando facilitar uma transição rápida e eficiente para o processo de reabilitação. Isso pode incluir a prevenção de deformidades, maximização da função muscular e respiratória e aquisição de postura em pé (CITADINI, 2002).

Para Mazolla (2007), a incapacidade funcional é uma das sequelas mais importantes da maioria dos pacientes neurológicos, aliada à diminuição da função cognitiva, indicando uma forte influência negativa na recuperação em longo prazo e na sobrevivência destes pacientes. Nesse sentido, a reabilitação deve facilitar a capacidade de reorganização cerebral, aliando a recuperação espontânea com estímulos terapêuticos e do ambiente sócio-familiar. Já a demência se coloca como uma das maiores causas de morbidade entre idosos e sua prevalência está entre 2% e 25% dos pacientes com 65 anos ou mais Abreu (2005).

Os estudos epidemiológicos têm ajudado a compreender a correlação das patologias com a população afetada. Por exemplo, em Fernández (1997) e Sadovnick (1994), eles afirmam que estudos epidemiológicos têm permitido saber que a Esclerose Múltipla (EM) é a enfermidade neurológica crônica mais frequente em adultos jovens na Europa e América do Norte, e que a existência

de um fator ambiental seria imprescindível para o aparecimento da doença, provavelmente na forma de uma infecção inaparente ou de caráter banal e, finalmente, estes estudos têm reconhecido a existência de um fator genético de susceptibilidade para a doença.

As Clínicas Integradas FARN (Faculdade Natalense para o desenvolvimento do RN) foram inauguradas em outubro de 2008 e desde então vêm oferecendo um atendimento humanizado à população em geral nas áreas de Fisioterapia, Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Educação Física. A unidade é uma alternativa para aqueles que dependem do sistema público de saúde, com atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento.

Os alunos atendem em práticas supervisionadas por docentes das áreas específicas, que auxilia na elaboração da proposta terapêutica e acompanha a aplicação da conduta, permitindo ao estudante vivenciar a realidade profissional. A demanda de pacientes pode ser espontânea ou encaminhada por outros profissionais.

A necessidade de se conhecer o perfil da população que demanda algum tipo de assistência à saúde é cada vez mais importante. Principalmente porque a utilização dos serviços de saúde é o produto das interações entre os profissionais e seus clientes. E estas duas parcelas da sociedade estão imersas em valores culturais próprios e num ambiente físico específico (MONTERO D'OLEÓ & FÁVERO, 1992).

Tomando como base as exposições acima, faz-se pertinente questionar sobre o perfil dos usuários dos serviços das Clínicas Integradas da FARN, no setor de neurologia adulto e sua real necessidade de intervenção e seus desdobramentos. Além de ser um tema de bastante relevância para a comunidade acadêmica e científica da instituição de ensino superior referida, uma vez que será um trabalho capaz de revelar a real demanda e necessidade de assistência demandada pela própria clínica, através de análise dos dados dos pacientes assistidos nas Clínicas Integradas e de conhecimento da demanda existente nela, além de ser uma pesquisa inédita na Instituição, servindo de base para trabalhos futuros na área.

Além disso, o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos facilita a elaboração de condutas terapêuticas mais específicas para esta população, o que favorece a melhoria da qualidade de vida desta clientela.

2. Referencial Teórico:

2. Objetivos:

2.1 Objetivo geral:

Identificar o perfil epidemiológico do paciente assistido no setor de fisioterapia neurológica adulto das Clínicas Integradas da FARN.

2.2 Objetivos específicos:

Foram Identificados os perfis destes pacientes quanto a: sexo, idade, procedência, patologia, tempo de doença e acometimentos funcionais. Verificou-se o número de atendimentos de Fisioterapia realizados por cada um deles, bem como os principais objetivos utilizados e também dimensionado das demais áreas da saúde onde houve atendimento da clientela pesquisada.

A Lesão Medular é definida pela American Spinal Injury Association (ASIA) como sendo uma diminuição ou perda da função motora e/ou sensorial e/ou anátomica, podendo ser uma lesão total ou parcial, devido ao trauma dos elementos neurais dentro do canal vertebral (O' SULLIVAN e SCHMITZ, 2004; GITADINI (2003).

De acordo com o nível medular lesado, o indivíduo pode ter uma paraplegia ou tetraplegia. A paraplegia resulta em perda da função dos membros inferiores, bem como do trônco, membros inferiores e órgãos pélvicos. Já a tetraplegia refere-se à perda de funções motoras e/ou sensoriais de segmentos torácicos, lombares e sacrais da medula espinal. Com a paraplegia a função dos membros superiores está preservada, mas as funções do tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos podem estar comprometidas, de acordo com o nível da lesão (O' SULLIVAN e SCHMITZ, 2004).

3.0 Referencial Teórico:

Algumas das principais patologias encontradas em setores de reabilitação neurológica são lesões medulares, acidente vascular encefálico, Parkinson, Alzheimer, Esclerose Múltipla (EM) e Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

3.1 lesão Medular :

A Lesão Medular é uma das formas mais graves entre as síndromes incapacitantes, constituindo-se em um verdadeiro desafio para a reabilitação. Tal dificuldade decorre da importância da medula espinhal, que não é apenas uma via de impulsos aferentes e eferentes entre as diversas partes do corpo e o cérebro, como também um centro regulador que controla importantes funções como a respiração, a circulação, a bexiga, o intestino, o controle térmico e a atividade sexual (LIANZA, 1993).

A Lesão Medular é definida pela American Spinal Injury Association (ASIA) como sendo uma diminuição ou perda da função motora e/ou sensória e/ou anatômica, podendo ser uma lesão total ou parcial, devido ao trauma dos elementos neuronais dentro do canal vertebral (O' SULLIVAN e SCHIMITZ, 2004; CITADINI (2003).

De acordo com o nível medular lesado, o indivíduo pode tornar-se paraplégico ou tetraplégico. A tetraplegia resulta em perda da função dos membros superiores, bem como do tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos. Já a paraplegia refere-se à perda de funções motoras e/ou sensoriais de segmentos torácicos, lombares e sacrais da medula espinhal. Com a paraplegia, a função dos membros superiores está preservada, mas as funções do tronco, membros inferiores e órgãos pélvicos podem estar comprometidas, de acordo com o nível da lesão (O' SULLIVAN e SCHIMITZ, 2004).

Entre as causas de lesão medular encontram-se as de origem traumática e as não traumáticas. Diversas são as perturbações não traumáticas que podem lesionar a medula espinhal, entre elas as disfunções vasculares, infecções, neoplasia espinhais, subluxações vertebrais secundárias à artrite reumatóide ou doença articular degenerativa. Estima-se que as etiologias não traumáticas respondam por 30% de todas as lesões da medula espinhal. As influências traumáticas são, de longe, a causa mais freqüente de lesão nas populações adultas e resultam dos danos causados por acidente de automóvel, queda ou ferimento por arma de fogo (UMPHRED; SCHNEIDER, 1994).

3.2 Demências

Segundo Christoforetti (2006), a Doença de Parkinson consiste em uma patologia crônica e progressiva, caracterizada pela degeneração de neurônios dopaminérgicos da *pars compacta* da *substantia nigra* mesencefálica. Conseqüente à atrofia e à degeneração dos núcleos da base, o paciente com Doença de Parkinson apresenta distúrbios motores freqüentes, como tremor, rigidez, bradicinesia, *freezing* e festinação. Dificuldades no equilíbrio são comuns em sujeitos com essa enfermidade.

Pahapill e Lozano (2000), atribuem as alterações nas reações de equilíbrio de pacientes com Doença de Parkinson à degeneração de neurônios glutamatérgicos dos núcleos pedunculopontinos, lembrando que a *pars dissipatus* desses núcleos recebe aferências da medula espinhal e dos núcleos da base e projeta conexões eferentes ao cerebelo e à medula espinhal. No cerebelo, informações corticais da área de associação são transmitidas, formando-se, assim, a via córtico-ponto-cerebelar, relacionada com o planejamento do movimento. A atrofia e a degeneração dos núcleos da base geram um padrão inibitório exacerbado, fazendo com que o paciente com Doença de Parkinson encontre dificuldade em modular as estratégias de equilíbrio. Colnat-Coulbois et al. apud Christoforetti (2006), no entanto, atribuem as dificuldades no equilíbrio não somente às alterações motoras da doença. Segundo esses autores, o indivíduo com Doença de Parkinson se encontra em conflito constante de processamento sensitivo central, pois entra em contato

com informações visuais e somatossensoriais íntegras e com reações vestibulo-galvânicas exacerbadas.

A Demência de Alzheimer consiste em uma patologia crônica e progressiva, caracterizada por declínio da memória recente e de outras funções cognitivas decorrente da depleção da acetilcolina nos núcleos basais de Meynert e da atrofia do lobo temporal, principalmente da formação hipocampal. Diferente da Doença de Parkinson, que consiste em um distúrbio sobretudo motor, a Demência de Alzheimer é caracterizada por alterações cognitivas inerentes à atrofia cerebral e à formação de placas amilóides e emaranhados neurofibrilares. Alterações nas reações de equilíbrio são comuns nos estágios avançados da doença (CHRISTOFOLETTI, 2006).

Kato et al. apud Christofolletti (2006), relatam que, em estágios leves, o risco de queda do indivíduo com Doença de Alzheimer equipara-se ao risco de quedas de idosos saudáveis. Entretanto, processos motores regulados por mecanismos corticais complexos, como sentar-se e levantar-se da cadeira, podem estar afetados nos estágios leve e moderado da Demência de Alzheimer, predispondo o paciente ao risco de quedas. No estágio avançado, no entanto, o aumento do risco de quedas está relacionado ao provável comprometimento visual e às alterações cognitivas. Carmeli et al. apud Christofolletti (2006), observaram que o risco de quedas é alto em idosos com déficit cognitivo, pois, geralmente, esse se encontra associado à negligência, exclusão social e sintomas depressivos. Esses fatores, por sua vez, contribuem para reduzir o desempenho em atividade física e aumentar a fraqueza muscular global.

Luzardo (2006), mostra aspectos sociais do Alzheimer, avaliando-o como uma forma de demência que afeta o idoso e compromete sobremaneira sua integridade física, mental e social, acarretando uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no próprio domicílio. É uma doença degenerativa e progressiva, geradora de múltiplas demandas e altos custos financeiros, fazendo com que isso represente um novo desafio para o poder público, instituições e profissionais de saúde, tanto em nível nacional quanto mundial.

3.3 Acidente Vascular Encefálico :

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) pode ser definido como déficit neurológico focal súbito, devido a uma lesão vascular. O termo inclui lesões causadas por distúrbios da coagulação e hemodinâmicos, mesmo que não haja alterações detectáveis nas veias ou artérias (MAZZOLA, 2007).

Aproximadamente 80% dos casos de AVE devem-se à oclusão, seja por aterosclerose na artéria ou êmbolos secundários, que privam o cérebro de oxigênio e glicose, prejudicando, assim, o metabolismo celular e, conseqüentemente, levando à lesão e morte dos tecidos, caracterizando-o como isquêmico. O Ataque Isquêmico Transitório (AIT) geralmente tem duração de 10 a 20 minutos. Sintomas isquêmicos presentes por uma hora raramente (<15%) se resolvem nas próximas 23 horas. Os AIT's por aterotromboembolismo arterial, geralmente, indicam a presença de placa aterosclerótica instável e, portanto, risco de eventos adicionais no mesmo território igual ou maior que aquele após o infarto cerebral. No AVE hemorrágico, ocorre um sangramento anormal, para dentro das áreas extra vasculares do cérebro, em conseqüência de aneurisma ou trauma. A hemorragia aumenta as pressões intracranianas, ocasionando lesões dos tecidos cerebrais e restringindo o fluxo sanguíneo distal (MAZZOLA, 2007).

3.4 Degeneração e Inflamação do SN :

Segundo Voltarelli (2004), a esclerose lateral amiotrófica (ELA) deriva seu nome das características predominantes da doença: processo degenerativo esclerótico dos neurônios motores das porções laterais (corno anterior) da medula espinhal, juntamente com o córtex motor e o trato piramidal, levando a fraqueza e atrofia muscular (amiotrofia), associadas a fasciculações e espasticidade. Sobre esse assunto, o mesmo autor comenta que a ELA tem caráter progressivo, levando à morte em três a quatro anos após o início dos sintomas (dois a três anos após o diagnóstico definitivo), por comprometimento da musculatura respiratória. Em Lima (1993) e Castro-Costa (2000) mostram que a ELA, também conhecida como doença de Charcot na França, doença do neurônio motor no Reino Unido e doença de Lou Gehrig nos

Estados Unidos, tem sido amplamente estudada no Brasil. Clinicamente, a doença evolui causando debilidade e atrofia progressiva da musculatura respiratória e dos membros, espasticidade, distúrbios do sono, estresse psicossocial e sintomas de origem bulbar como disartria e disfagia, podendo finalmente resultar em morte ou ventilação mecânica permanente.

Comi (2001) e Noseworthy (2000), descreve a afecção Esclerose Múltipla (EM) como uma doença inflamatória desmielinizante do sistema nervoso central (SNC), com presumida origem auto-imune e caracterizada por infiltração multifocal de linfócitos T auto-reativos do sistema imune, através da barreira hematoencefálica, apresentando variabilidade ampla de sinais e sintomas clínicos, assim como em sua história natural. Compston (1994), supõe que a EM seja um fruto da conjunção de uma determinada predisposição genética e um fator ambiental desconhecido. Ao apresentar-se num mesmo indivíduo, originaria uma disfunção do sistema imunológico, que desenvolveria uma ação autolesiva dirigida fundamentalmente contra a substância branca, com perda de oligodendrócitos e mielina. Isto ocasionaria um defeito na condução dos impulsos nervosos e condicionaria o aparecimento dos sintomas. Este mesmo autor ainda reforça que a esclerose múltipla é uma das causas mais comuns de incapacidade neurológica crônica em adultos jovens.

3.5 Reabilitação Neurológica :

Segundo Mazolla (2007), programas de reabilitação melhoram a capacidade funcional de pessoas seqüeladas pela doença, favorecendo o retorno ao convívio social em 80% dos casos.

Carr (2006) afirma que fisioterapeutas necessitam assumir a responsabilidade do uso de técnicas baseadas em evidências, ou pelo menos usar métodos de intervenção e medidas objetivas de resultados que sejam cientificamente aceitáveis. E Maynard et al (1997) apud Citadini (2003), completa que para se obter um serviço eficiente, os programas de reabilitação devem ser baseados na escolha de metas realistas, objetivas.

A reabilitação neurológica é idealizada através da avaliação e do atendimento do indivíduo de forma global. Portanto, é indispensável que cada

caso passe por uma equipe interdisciplinar composta por diversos profissionais, dentre os quais o fisioterapeuta (STRIBEL, 2003). Nessa proposta, as Clínicas Integradas da FARN trabalham integrando as profissões: Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Nutrição e Fisioterapia, sendo uma alternativa de assistência dentro da comunidade.

3.6 Estudos Epidemiológicos :

Para Montero D'Oleo & Fávero (1992), uma investigação epidemiológica descritiva com fins administrativos, de planejamento ou de política de saúde, deverá descrever a utilização dos serviços de saúde especificamente para cada um dos atributos sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, nível socioeconômico, e outros) dos usuários dos serviços. A epidemiologia analítica trata dos fatores sociodemográficos como determinantes do uso dos serviços de saúde.

Sparkers (2000) apud Stribel (2003), destaca que para proteger o futuro da fisioterapia neurológica, a pesquisa é imperativa. Com isso, este trabalho vem contemplar esse campo de pesquisa, com o fim de aprimorar os conhecimentos nesta área.

Como critério de inclusão foram adotados todos os prontuários dos pacientes atendidos no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN, no ano de 2013, que passaram pela avaliação do fisioterapeuta e idade superior a 18 anos. Como critério de exclusão foram adotados a falta de prontuário e menor que 18 anos, sendo procedidas incompletamente de forma a inviabilizar a coleta de dados e levar a erro no preenchimento.

4.1 Instrumento de Coleta dos dados:

A pesquisa foi realizada nas Clínicas Integradas da FARN, na qual foram solicitados ao arquivo os prontuários dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia em neurologia. Nesses os seguintes dados foram coletados, através de uma ficha de coleta de dados (APÊNDICE).

4, Materiais e Métodos:

4.1 Tipo da Pesquisa:

Esse trabalho caracteriza-se como uma pesquisa do tipo transversal descritiva, na qual os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador, usando de técnicas padronizadas de coleta de dados (ficha de coleta de dados e observação sistemática).

4.2 Universo e Amostra:

Universo foi definido pelos prontuários de todos os pacientes atendidos pelo setor de fisioterapia, na área de neurologia adulto, das Clínicas Integradas da FARN. Em sua maioria pacientes dos diversos bairros de Natal e região metropolitana da Capital potiguar, de ambos os sexos, com faixa etária superior a 18 anos, com diferentes diagnósticos clínicos e afecções funcionais, abrangendo um universo entre 55 prontuários.

A amostra foi definida como todos os prontuários dos pacientes assistidos nesta clínica, apenas no ano de 2010.

Como critério de inclusão foram adotado todos os prontuários dos pacientes assistidos no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN, no ano de 2010, que passaram pela avaliação do fisioterapeuta e idade superior a 18 anos. Como critério de inclusão foram adotados a faixa etária menor que 18 anos, fichas preenchidas incompletamente de forma a inviabilizar a coleta de dados e terem passado apenas pelo acolhimento.

4.1 Instrumento de Coleta dos dados:

A pesquisa foi realizada nas Clínicas Integradas da FARN, na qual foram solicitados ao arquivo os prontuários dos pacientes atendidos no setor de fisioterapia em neurologia. Neles os seguintes dados foram coletados, através de uma ficha de coleta de dados (APÊNDICE):

> Na ficha de avaliação fisioterapêutica: Idade, sexo, ocupação, naturalidade, procedência, escolaridade, diagnósticos clínico e fisioterapêutico, condutas realizadas, número de atendimentos, dentre outros.

> Demais serviços da saúde usufruídos pelo paciente, não restrito apenas às Clínicas Integradas da FARN.

4.2 Procedimentos:

Primeiramente foi solicitação de autorização das Clínicas Integradas da FARN, o projeto foi encaminhado ao comitê de ética e pesquisa da Unp. A coleta foi realizado nos prontuários das Clínicas Integradas da FARN, a tabulação e análise dos dados foram realizados no programa Microsoft Excel e Word. Esta pesquisa será submetida a possível publicação em uma revista científica.

4.3 Tratamento para análise dos dados:

Foi realizada uma análise quantitativa dos dados, através de frequências, médias, descritas em gráficos e tabelas.

5.0 Resultados e Discussão:

5.1 Resultados :

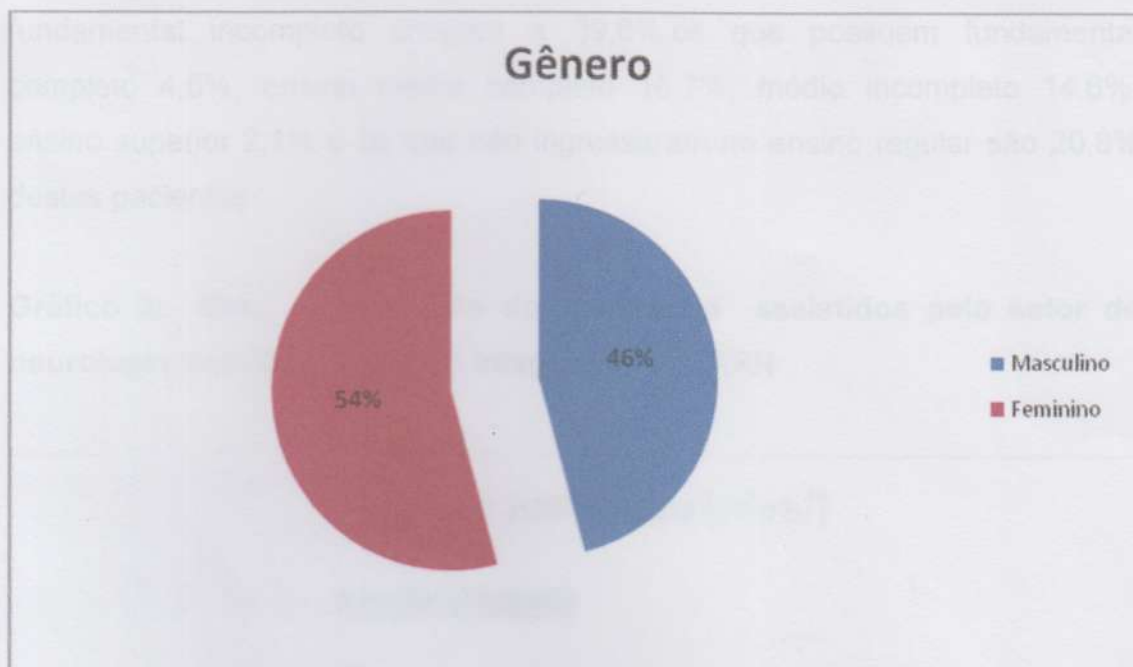
Foram coletados um total de 55 prontuários, sendo 6 descartados, por os dados estarem incompletos, impossibilitando o preenchimento da ficha de coleta, e 1 prontuário pelo não preenchimento no critério de inclusão (maior de 18 anos),finalizando 48 prontuários. Os diagnósticos clínicos colhidos nos prontuários caracterizam como população mais assistida os pacientes acometidos de AVE (56,25%).

Tabela 1: Diagnóstico clínico dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN

Diagnóstico Clínico	Percentual	Valor Absoluto
Acidente Vascular Encefálico	56,2	27
Paralisia Facial Periférico	6,2	3
Neoplasias	6,2	2
Parkinson	4,2	2
Poli neuropatias	4,2	2
Lesão Medular	2,1	1
Lesão Nervosa	2,1	1
Síndromes raras	2,1	1
Siringomielia	2,1	1
Traumatismo Crânio Encefálico	2,1	1

O gênero dos pacientes assistidos foi em sua maioria feminino com 54,17%, em relação a 45,83% do masculino.

Gráfico 1: Gênero dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto da Clínicas Integradas da FARN



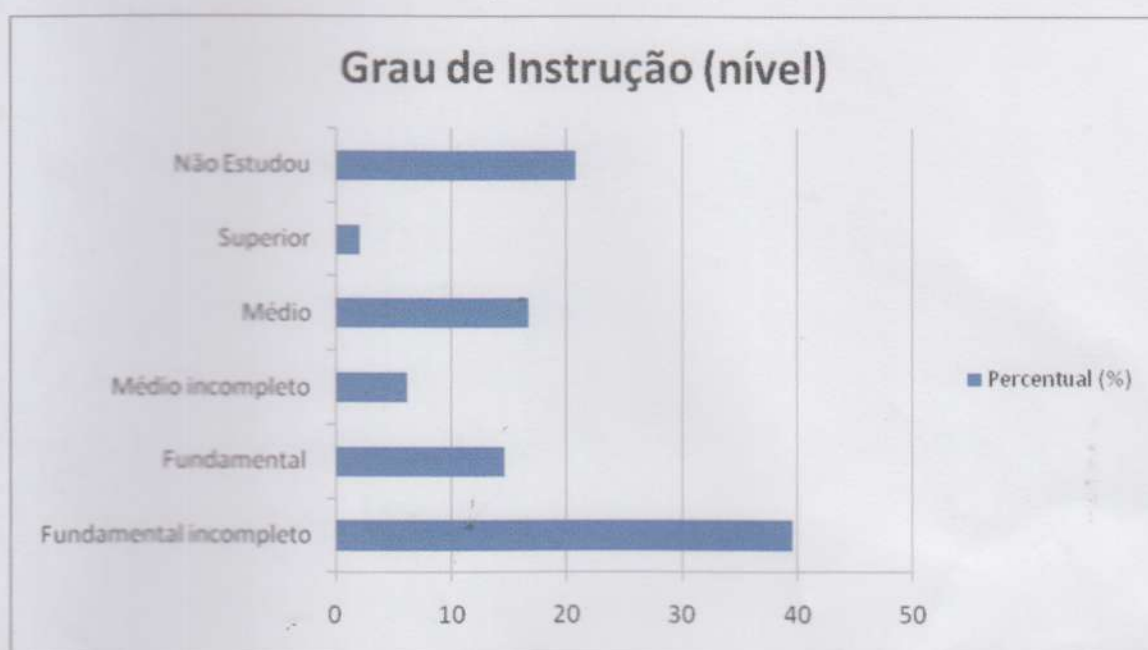
Os pacientes que foram encaminhados às especialidades da área da saúde, tiveram como destino a Nutrição (21%). No entanto, a maioria não foi encaminhada a nenhuma especialidade da saúde (73%).

Gráfico 2: Especialidades da área da saúde as quais os pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto da Clínicas Integradas da FARN foram encaminhados.



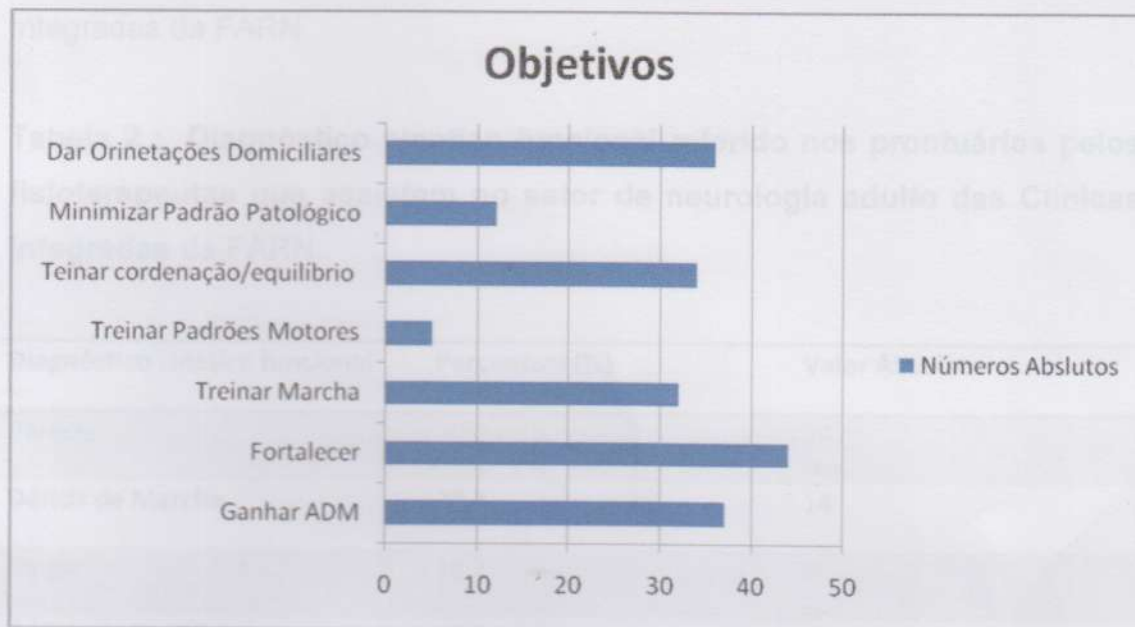
Quanto ao nível de instrução escolar dos pacientes, a maioria (39,6%) não concluiu o ensino fundamental. Os pacientes que possuem ensino fundamental incompleto chegam a 39,6%, os que possuem fundamental completo 4,6%, ensino médio completo 16,7%, médio incompleto 14,6%, ensino superior 2,1% e os que não ingressaram no ensino regular são 20,8% destes pacientes.

Gráfico 3: Grau de instrução dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto da Clínicas Integradas da FARN



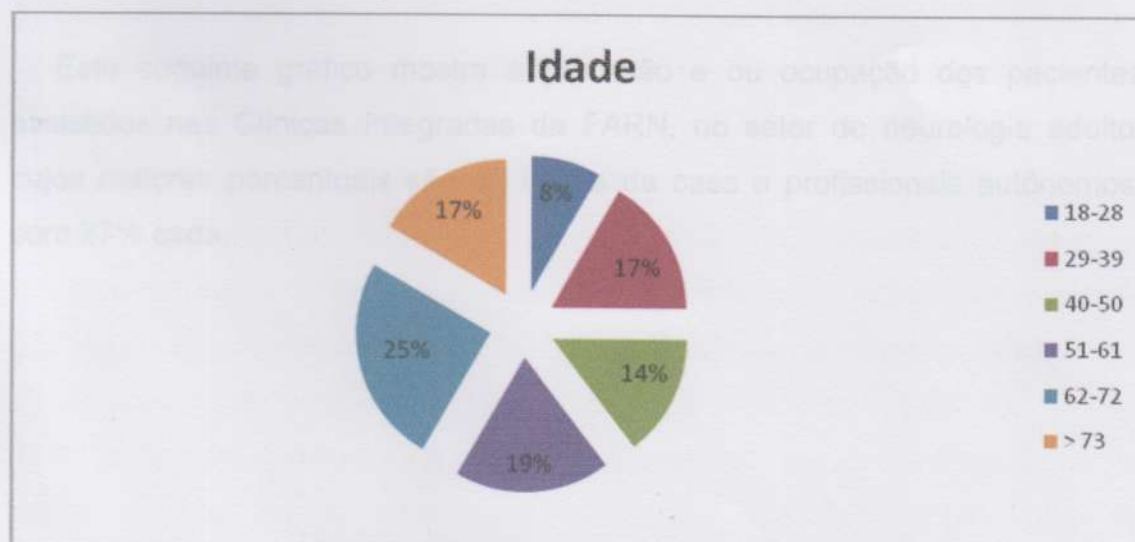
Em relação aos objetivos traçados pelos fisioterapeutas: As orientações apareceram 36 vezes nos prontuários, seguidas de fortalecimento muscular com 44 vezes.

Gráfico 4: Objetivos terapêuticos traçados para os pacientes das Clínicas Integradas da FARN do setor de neurologia adulto



A faixa etária dos pacientes assistidos no setor de neurologia adulto, que obteve maior expressão foi a que compreende 62 a 72 anos com 25%.

Gráfico 5: Faixa etária dos pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN



A média de sessões realizadas pelo pacientes assistidos nas Clínicas Integradas da FARN foi de 12,1 atendimentos e a mediana foi 9.

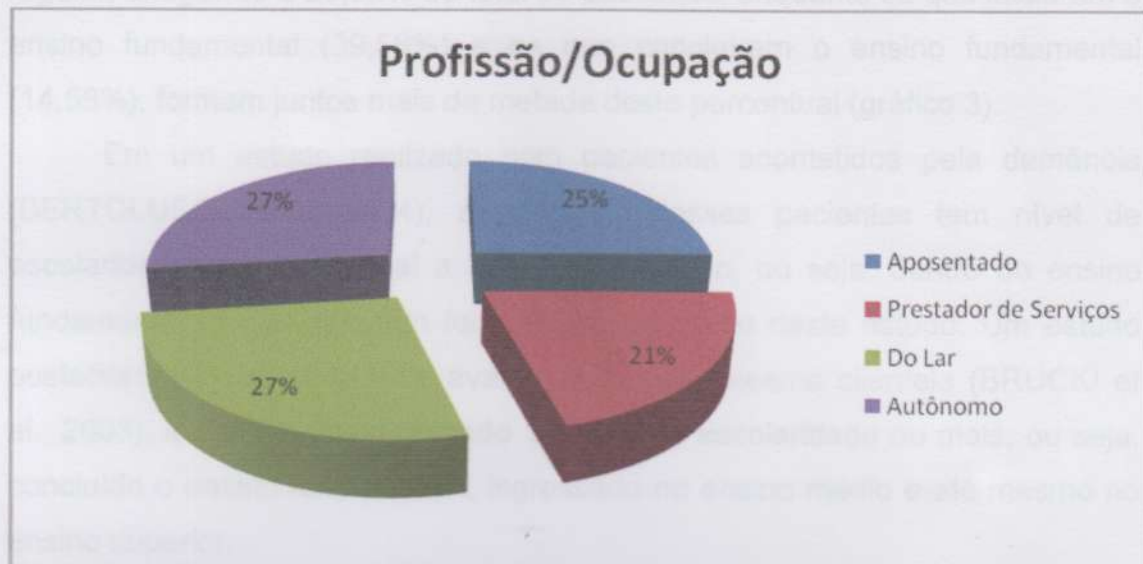
A tabela a seguir mostra os resultados dos diagnósticos cinéticos funcionais que acometeram os pacientes da neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.

Tabela 2 : Diagnóstico cinético funcional referido nos prontuários pelos fisioterapeutas que assistem no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.

Diagnóstico cinético funcional	Percentual (%)	Valor Absoluto
Paresia	50,0	24
Déficit de Marcha	29,2	14
Plegia	18,7	9
Déficit de Equilíbrio	18,7	9
Parestesia	14,6	7
Limitação de ADM	14,6	7
Déficit de coordenação	6,2	3

Este seguinte gráfico mostra a profissão e ou ocupação dos pacientes assistidos nas Clínicas Integradas da FARN, no setor de neurologia adulto, cujos maiores percentuais são de donas de casa e profissionais autônomos, com 27% cada.

Gráfico 6: Profissão e ou ocupação dos pacientes assistidos no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.



5.2 Discussão :

O gênero dos pacientes assistidos no setor de neurologia adulto das clínicas integradas da FARN foi em sua maioria 54,17% feminino. Em um estudo realizado no setor de fisioterapia do Hospital Israelita Albert Einstein foi diagnosticado que a predominância maior dos pacientes assistidos é de homens, chegando numa proporção de 2:1.(JAKAITIS et al., 2008).

Esse estudo mencionado anteriormente explica esse resultado referido, baseando-se que com relação ao sexo, as mulheres apresentam AVC mais tarde que os homens, porém um estudo realizado sobre a mortalidade por esta doença no Brasil, mostrou que existe uma prevalência em homens, mesmo não sendo algo significativo (JAKAITIS, 2008; GAGLIARDI,1998; LOTUFO, 2000). Esse estudo foi levado em consideração, uma vez que, a predominância de pacientes assistidos no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN, são acometidos de AVE (tabela 1).

Neste presente estudo foi mostrado que os pacientes assistidos pelo setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN têm um nível regular de escolaridade, uma vez que uma boa parte destes cursaram, ou deram início, ao ensino fundamental (1° ao 9° ano) (gráfico 3). Em contraponto a esse dado, um percentual de pacientes sequer chegou a entrar no ensino regular, chegando a 20,83% do total de pacientes, enquanto os que iniciaram o ensino fundamental (39,58%) e os que concluíram o ensino fundamental (14,58%), formam juntos mais da metade deste percentual (gráfico 3).

Em um estudo realizado com pacientes acometidos pela demência (BERTOLUCCI et al., 1994), a maioria desses pacientes tem nível de escolaridade maior ou igual a 8 anos de estudo, ou seja, dentro do ensino fundamental, o qual também foi o resultado obtido neste estudo. Um estudo posterior mostrou um grande avanço com essa mesma clientela (BRUCKI et al., 2003), a maioria havia cursado 12 anos de escolaridade ou mais, ou seja, concluído o ensino fundamental, ingressado no ensino médio e até mesmo no ensino superior.

Na apresentação dos resultados de um estudo realizado com pacientes acometidos de AVE, mostrou que 46% desses pacientes cursaram até a 5° ano do ensino fundamental e 31% cursaram acima do 5° ano do ensino fundamental, e os restantes 23% eram analfabetos. No nosso estudo os pacientes que não terminaram o ensino fundamental chegaram a 39,6% e os que não se inseriram no ensino regular chegaram a 20,8%.

A maioria dos pacientes do presente estudo estava na faixa etária compreendida entre 62 e 72 anos de idade, atingindo porcentagem de 25% do total destes pacientes. Se incorporarmos a faixa etária compreendida entre 51 e 61 anos (19%) e também acima ou igual a 73 anos (17%) juntos formam mais da metade dessa clientela, fazendo-nos concluir que esse setor de neurologia adulto, tem uma clientela preferencialmente idosa, apesar de se conspirar idoso > 65 anos.

Num estudo com pacientes acometidos de lesão medular, assistidos no setor de neurologia de um hospital do Paraná (CITADINI, 2002), foi obtido como resultado que os pacientes participantes deste estudo tinham a faixa etária compreendida entre 18 e 47 anos, bem menor de a faixa etária máxima dos pacientes das clínicas Integradas da FARN, uma vez que não compreende

apenas lesão medular. Já em um estudo brasileiro (CARAMELLI ; BARBOSA 2002), mostra que a prevalência das demências duplica a cada cinco anos, após os 60 anos. Faixa etária a qual é a mais numerosa dos pacientes das Clínicas integradas da FARN, chegando ao percentual de mais de 42% (gráfico 5).

Em um perfil epidemiológico realizado com os pacientes de neurologia, em uma unidade de tratamento intensiva (PEREIRA et al.,2010), constatou-se que os pacientes AVE, estavam compreendidos entre uma faixa etária de 59 a 68 anos, faixa etária que também entra em conformação com nosso estudo, já que, o AVE é a maior clientela assistida no setor de fisioterapia em neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN.

Neste presente estudo, os resultados obtidos na lacuna de profissão/ocupação foi que as atribuições de profissionais autônomos e atividades relacionadas ao lar foram as mais atribuídas, com 27% ambas. A ocupação aposentado foi citado por 25% desses pacientes e prestadores de serviços com 21% (gráfico 6).

Nos resultados apresentados por uma investigação de prevalência de AVE em idosos no Rio de Janeiro (PEREIRA, 2009), mostrou que como era de se esperar pela clientela, com a qual foi realizado esse estudo, 61% desses idosos eram aposentados. É necessário ressaltar que a clientela do nosso estudo é também em sua maioria idosa (gráfico 5), mas não necessariamente aposentada (gráfico 6).

Segundo os resultados, em sua maioria, os pacientes assistidos no setor de Neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN, são pacientes acometidos por acidente vascular encefálico (tabela 1). O AVE como é conhecido, pode ser definido como déficit neurológico focal súbito, devido a uma lesão vascular. O termo inclui lesões causadas por distúrbios da coagulação e hemodinâmicos, mesmo que não haja alterações detectáveis nas veias ou artérias (ANDRÉ, 2006). O AVE é a terceira maior causa de óbito nos países ocidentais, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e o câncer, sendo também a maior causa de incapacidade neurológica em adultos (SILVA, 2000; PEREIRA et al, 2004).

Mas, Pereira (2010), mostra que nos pacientes neurológicos que dão entrada em unidade de terapia intensiva, UTI, o TCE com 33,33% e o AVE,

33,33% são as patologias mais incidentes. Porém, o TCE quando unido com o TCE + poli trauma torna-se a patologia de maior proporção, 57,14%. Em quase 50% dos pacientes politraumatizados, vítimas de acidentes automobilísticos e motociclísticos, quedas e atropelamentos, há TCE associado.

As Demências no Brasil não possuíam grande expressão e eram consideradas (HERRERA, 1998), como sendo de nível intermediário até o início dos anos 2000. Isso se deve há um índice de 7,1 % de prevalência na população considerada idosa, <65 anos. Isso se reflete de maneira bastante significativa neste estudo, uma vez que, o percentual atingido foi 4,17 % de incidência destas patologias, tendo em vista a faixa etária de maior expressão desse estudo (gráfico 5). A demência pode ser definida como síndrome caracterizada por declínio de memória associado a déficit de pelo menos uma outra função cognitiva (linguagem, gnosis, praxias ou funções executivas) com intensidade suficiente para interferir no desempenho social ou profissional do indivíduo (AMERICAN, 1994).

A paralisia facial periférica também teve grande relevância neste estudo e grande caracterização na amostra desse estudo. Ela expressa-se em decorrência da interrupção do influxo nervoso de qualquer um dos segmentos do nervo facial (ADMS, 1998; VASCONCELOS, 2001). Seu acometimento resulta em paralisia completa ou parcial da mímica facial e pode estar associada a: distúrbios da gustação, salivação e lacrimejamento, hiperacusia e hipoestesia no canal auditivo externo (VALENÇA, 1999; VASCONCELOS, 2001).

Os recursos terapêuticos mais utilizados foram: estimulação sensorial, exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptiva e orientações (100%); massagem (95,7%); alongamentos (69,6%); pompagem (26,1%) e Eletroterapia (26,1%). Estas condutas se encaixam de forma a consolidar os objetivos mais encontrados nos prontuários dos pacientes assistidos no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN, que foram: fortalecer, ganhar ADM e dar orientações (gráfico 4).

Em um estudo realizado com pacientes com lesão medular, obteve-se que 80% destes pacientes eram do sexo masculino (CITADINI, 2000). Com este dado conclui-se que isso deve-se ao fator de acometimento desta lesão, sendo a maioria de acidentes automobilísticos e preferencialmente motos

(CITADINI,2000). Pacientes acometidos de lesão medular também estão na amostra do nosso estudo.

Os objetivos caracterizam a terapêutica do paciente, traçando assim a forma como se dará a execução da proposta apresentada. Segundo Marcussi (2004), objetivos claros aumentam a segurança do terapeutas e aumentam a confiança do paciente na terapêutica. Os objetivos terapêuticos traçados no setor de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN, tiveram como resultado de maior expressão fortalecer em 44 prontuários, ganhar ADM em 37 prontuários, dar orientações em 36 prontuários, treinar coordenação em 34 prontuários e treinar marcha em 32 prontuários, num total de 48 prontuários em número absoluto.

Os resultados de objetivos apresentados são um reflexo do quadro funcional das patologias que maior recorrência tiveram neste trabalho (tabela 1) e também de seus respectivos diagnósticos cinéticos funcionais (tabela 2). O AVE, segundo um perfil dessa clientela realizada em São Paulo (RODRIGUES,2004), mostra que 56% dos pacientes apresentavam hipotrofismo no hemicorpo acometido, que o tônus do hemicorpo acometido apresentava-se reduzido em 31% dos pacientes. Nesse mesmo estudo apresenta também que 17% deambulavam com auxílio de bengala ou muleta, 20% com ajuda de acompanhante.

Na atuação da terapêutica com os pacientes de lesão medular, estudos mostram quem os principais objetivos traçados na intervenção da fisioterapia nessa clientela são: evitar as complicações, promover independência em termos de alimentação e ingestão de líquidos, cuidados no vestir e higiene, controle da bexiga e intestino, sentar e sair da cadeira de rodas e a capacidade de usá-la, retorno às atividades laborais e se possível retorno da marcha com uso de dispositivos ortóticos (LIANZA,1993; UMPHERED,1994). O único objetivo semelhante aos mais adotados para a terapêutica dos pacientes assistidos no setor de neurologia adulto das clínicas integradas da FARN, é o treino de marcha realizado com esses pacientes, uma vez que os distúrbios uroginecológicos são tratados em outro setor da clínica, embora seja o mesmo paciente e os cuidados com no vestir e higiene podem estar contidos nas orientações.

Nos resultados apresentados, a média de sessões realizadas pelos pacientes de neurologia adulto das Clínicas Integradas da FARN, foi de 12, e a mediana de 9 sessões de intervenção fisioterapêutica. Essas sessões em sua maioria com duração de 50 minutos até no máximo 1 hora e quarenta minutos e duas vezes por semana no máximo, em tratamento individual.

Em um estudo com pacientes acometidos por lesão medular (CITADINI, 2002), a média do tempo de tratamento fisioterapêutico no ambulatório foi de $5,26 \pm 3,68$ anos, sendo que 21 (84%) pacientes recebiam atendimento 1 vez por semana, 3 (12%) recebiam 2 vezes por semana e 1 (4%) 3 vezes por semana. Nosso estudo refere-se apenas ao primeiro prontuário desse paciente que no máximo pode ter ficado em tratamento com o primeiro terapeuta por 5 meses, tempo de duração dos estágios de neurologia adulta na referida clínica e da matéria aplicada de fisioterapia em neurologia.

Nos pacientes acometidos de paralisia facial do estudo de Garambani (2007), na realização da fisioterapia, os indivíduos permaneceram a mediana de 12 semanas (oitava e 21,1 - 10º e 30º quartil) em tratamento com sessões individuais de 45 minutos. Apesar de não relatar o número de vezes que esses pacientes são assistidos durante a semana, a duração da sessão, se aproxima da duração mínima do nosso estudo, variando a mediana para mais, uma vez que, umas 12 sessões de média, em duas de atendimento por semana, equivaleria a 6 semanas de tratamento fisioterapêutico, das 12 semanas desse estudo.

Estudos com pacientes idosos justificam o grande número de intervenções de fisioterapia associado à maior procura por essa população. Para Siqueira (2005), realizam-se mais procedimentos fisioterapêuticos em faixas etárias mais avançadas (60 anos e mais), por serem os idosos os mais afetados por doenças crônicas não transmissíveis e, também, devido ao fato de os grupos mais velhos terem pior percepção de sua saúde, com necessidades diferenciadas dos mais jovens, buscando assim com maior frequência os serviços de saúde (DACH, 1994).

Os resultados apresentados em um perfil de pacientes acometidos de AVE mostra que o maior percentual de atendidos foram idosos de 60 ou mais anos (55,7%). Estudos anteriores apontaram ser mais frequentes essa faixa

etária nos atendimentos fisioterapêuticos devido ao fato dos idosos serem os mais afetados por doenças crônico-degenerativas (MENEGAZZO, 2010).

Nos resultados apresentados nesse estudo, foram mostrados os principais diagnósticos cinético-funcionais, inferidos pelos fisioterapeutas aos pacientes assistidos pelo setor de neurologia das Clínicas Integradas da FARN, sendo eles: paresia em 50% dos prontuários, plegia 18,75% e déficit de equilíbrio com também 18,75%.

Em pacientes acometidos de AVE, Mazzola et al (2007) mostra que em relação ao diagnóstico funcional, 14 (32,5%) apresentaram paresia em membro superior direito, 14 (32,5%), paresia em membro superior esquerdo; 13 (30,2%), paresia em membro inferior direito e 11 (25,5%), paresia em membro inferior esquerdo; 3 (6,9%) apresentaram plegia em membro superior direito, 7 (16,2%), plegia em membro superior esquerdo, 3 (6,9%), plegia em membro inferior direito e 6 (13,9%), plegia em membro inferior esquerdo; somente 1 (2,3%) paciente apresentou parestesia em membro inferior esquerdo. Estes resultados apresentam semelhança pelos acometimentos, sem levar em consideração o membro acometido.

Na apresentação de um estudo de paralisia facial mostra os acometimentos motores diagnosticados nesta patologia (GARAMBANI, 2007). Dos indivíduos com etiologia idiopática, sete (50,0%) apresentaram comprometimento motor total e sete (50%) apresentaram comprometimento motor parcial; dos casos com etiologia traumática, dois (40%) apresentavam comprometimento motor parcial e três (60%) total; dos casos por tumor, dois (66,7%) apresentaram comprometimento motor parcial e um (33,3%) total e o único caso de etiologia inflamatória apresentou comprometimento motor total.

6. Conclusão

A reabilitação no que diz respeito aos pacientes neurológicos, requer do profissional uma investigação detalhada na avaliação dessa clientela. Inúmeros fatores se associam para desencadear um processo de impossibilidades destes pacientes. Todavia, a intervenção da fisioterapia, na fase aguda ou tardia, é de fundamental importância para melhor adequar estes pacientes ao seu potencial de funcionalidade.

Um perfil epidemiológico vem caracterizar os itens que compõem as características dos pacientes que venham influenciar na terapêutica, no diagnóstico cinético funcional e principalmente na adequação do serviço a sua clientela. Saber a que clientela está servindo, torna o serviço mais eficiente, com melhor capacidade de assistência e aumento da demanda.

O serviço de fisioterapia neurológica adulto, em sua maioria com 50,2% são portadores de AVE, caracterizando a principal clientela desse serviço, uma vez que, é das patologias de maior incidência com agravos neurológicos no país. O gênero feminino teve maior incidência neste estudo, uma vez que, seu percentual chega a 56% do total de pacientes assistidos, não encontrado nenhuma correlação com os agravos neurológicos.

A média de idade de maior proporção neste estudo foi de 62 a 72 anos com 25% do total, isso devido aos agravos da senescência, que colaboram para uma maior debilidade do enfermo. Com relação ao grau de instrução desses pacientes, pode-se inferir que o baixo grau de instrução, ensino fundamental incompleto 39,6% e não ter acesso ao ensino 20,8%, acaba por interferir na hora da avaliação destes, pois prontuários foram invalidados por falta de dados, sendo preenchidos por "não soube referir". Sendo assim o baixo nível de instrução e quase por obrigação de conhecimento dessa clientela, faz-se necessário por falta do terapeuta realizar orientações ao paciente ou familiar, de forma a instruir cuidados diante da enfermidade, uma vez que, dar orientações foi citado em 36 dos 48 prontuários.

O objetivo fortalecer apareceu em 44 dos 48 prontuários, tendo que levar em consideração que, o SN é responsável por manter o controle da musculatura esquelética, uma vez que, esse sistema sofre danos o controle da ação e até mesmo manutenção do tônus e trofismo, através dos moto neurônios, também sofre danos. Assim justificando os principais diagnósticos cinéticos funcionais inferidos pelos fisioterapeutas, paresia em 50% dos pacientes acometidos por patologias neurológicas, déficit de marcha em 29,2% dessa clientela e plegia em 18,7% dos mesmos.

A especialidade mais encaminhada pela fisioterapia foi nutrição com 21% do total de pacientes, já que na própria clínica há um serviço de nutrição oferecido à população, além disso, é um dos maiores agravos neste tipo clientela, uma vez que a maioria perde o padrão de normal da marcha, ficando restrito ao leito ou cadeira de rodas, e perde também a habilidade para alimentar-se, dependendo de terceiros, cuidadores. A apresentação de profissionais autônomos e do lar requer do fisioterapeuta habilidades e dinamismo na evolução de sua terapêutica, uma vez que esses pacientes requerem de forma rápida voltar a realizar suas AVD's, pois não possuem assistência de outros para seu sustento. Com relação à predominância do gênero feminino neste serviço, não foi encontrada nenhuma relação direta, exceto que, a sexo feminino procura mais os serviços de saúde que o sexo feminino.

BERTOLUCCI PHF, BRUNO SMD, CAMPOS S, JULIANO Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52:1-7.

BURKE SMD, NITRINI R, CARAMELLI P, Bertolucci PHF, Okamoto JH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003;61:772-783.

CARR, J. H.; SHEPHERD, R. B. The changing face of neurological rehabilitation. *Rev. Bras. Fisioter.* 2003; 7, n. 2, p. 137-155.

CASTRO-COSTA Carlos M. et al. Peter neuron diseases in the University Hospital of Paraíba (Northeastern Brazil): a clinical-histopathologic analysis of 37 cases. *Arq Neuropsiquiatr* 2000;58:956.

CHRISTOFOLETTI, G. et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer: um estudo transversal. *Rev. Bras. Fisioterapia*, São Carlos, v. 10, n. 4, p. 429-433, out/dez 2006.

CITADINI, J. M. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com lesão medular do ambulatório de fisioterapia neurológica do Hospital Universitário Regional do norte do Paraná. *Rev Bras de Fisioter*, 2002 Paraná, p. 1-12.

COMI, Giancarlo; FILIPPI, Massimo; WOJNICKI, Jany S. European/Canadian multicenter double-blind, randomized, placebo-controlled study of the effects of glatiramer acetate on magnetic resonance imaging-measured disease activity and burden in patients with relapsing multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2001;49:290-297.

COMPSTON, A. Esclerose múltipla. In: Brockhoff J, Sørensen CK, Mølle DR, Røtt M (eds). *Imunologia clínica*. London:Gower Med Publ 1994 9:2-9:7.

DACH, João Roberto W; SANTOS, Ana Paula R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAB/2003. *Cien Saude Coletiva* 2006;11(4):897-94.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, Raymond D et al. **Principles of Neurology**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998, p. 220
- AMERICAN, Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)**. Fourth ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. p. 143-7.
- ANDRÉ C. **Manual de AVC**. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter; 2006.
- BALDO V, MARCOLONGO A, FLOREANI A et al - **Epidemiological aspect of traumatic brain injury in Northeast Italy**. Eur J Epidemiol, 2003;18:1059-1063.
- BERTOLUCCI PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. **O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade**. Arq Neuropsiquiatr 1994;52:1-7.
- Brucki SMD, NITRINI R, CAMELLI P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. **Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil**. Arq Neuropsiquiatr 2003;61:777-781.
- CARR, J. H.; SHEPHERD, R. B. The changing face of neurological rehabilitation. *Rev. bras. Fisioter*. 2006, v.10, n. 2, p. 147-156.
- CASTRO-COSTA Carlos M. et al. **Motor neuron diseases in the University Hospital of Fortaleza (Northeastern Brazil): a clinico-demographic analysis of 87 cases**. Arq Neuropsiquiatr, 2000;58:986-9.
- CHRISTOFOLETTI, G. et al. Risco de quedas em idosos com doença de Parkinson e demência de Alzheimer : um estudo transversal. *Rev. bras. fisioterapia, São Carlos*, v. 10, n. 4, p. 429-433, out./dez. 2006.
- CITADINI, J. M. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com lesão medular do ambulatório de fisioterapia neurológica do Hospital Universitário Regional do norte do Paraná. *Rev Bras de Fisioter*, 2002,Paraná, p.1-12.
- COMI, Giancarlo; FILIPI Massimo; WOLINSKI, Jerry S. **European/Canadian Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of the effects of glatiramer acetate on magnetic resonance imaging-measured disease activity and burden in patients with relapsing multiple sclerosis**. Ann Neurol 2001;49:290-297.
- COMPSTON, A. **Esclerose múltipla**. In Brostoff J, Scadding GK, Male DK, Roitt IM (eds). *Imunologia clínica*. London:Gower Med Publ 1994:9.2-9.7
- DACH, João Noberto W ; SANTOS, Ana Paula R. **Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003**. Cienc Saude Coletiva. 2006;11(4):887-94.

Disponível em: < http://www.farn.br/portal/clinica_apresentacao.php.> Acesso em: 20 de maio de 2010.

FRATIGLIONI, Laura; AMADUCI, L. - **An epidemiological survey of Alzheimer disease.** In: Battistin, L.; Gesterbrand, F. (Eds.). Aging brain and dementia. New York: Wiley-Liss, 1990, pp.16-29.

FERNANDÉZ, Oscar ; FERNÁNDEZ, Victoria Eugenia. **Esclerosis múltiple: una enfermedad relativamente frecuente en España.** Fundación Española de Esclerosis Múltiple (FEDEM).Málaga,1997.

GAGLIARDI, Rubens José; Reimão, Rubens. **Clínica neurológica.** São Paulo: Lemos Editorial, 1998, 406 p.

GARANHANI, Márcia Regina et al. Fisioterapia na paralisia facial: estudo retrospectivo. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Londrina-pr, v. 1, n. 27, p.112-115, 2007

HERRERA, Emílio JR; CARAMELLI, Paulo; NITRINI, Ricardo. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva - Estado de São Paulo -Brasil. **Rev Psiquiatria Clin** 1998;25:70-73.

JAKAITIS, Fabio et al. Estudo epidemiológico da Fisioterapia. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 3, n. 16, p.204-208, 2008.

JORM, AF. **The Epidemiology of Alzheimer's Disease and Related Disorders.** London: Chapman and Hill; 1990.

LIANZA, Sidney et al **A Lesão Medular.** In:LIANZA, S. Medicina da Reabilitação. 3a^oedição. São Paulo: Guanabara Koogan, 1993.

LIMA, JM, MESQUITA, N, DURO, LA, FURTADO AB. **Epidemiological aspects of amyotrophic lateral sclerosis in Rio de Janeiro city.** Rev Bras Neurol 1983; 19:75-8.

LOTUFO, PA. **Mortalidade pela doença cerebrovascular no Brasil.** Arq Bras Cardiol 2000;7(4):387-91

LUZARDO, Adriana Remião et al. **CARACTERÍSTICAS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS: UMA SÉRIE DE CASOS EM UM SERVIÇO DE.** Texto Contexto em Enfermagem, Florianópolis, v. 4, n. 15, p.587-594, 2006.

MAZOLLA, Daiane et al. **Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da universidade de passo fundo.** Rev. Brasileira em promoção da saúde, Fortaleza,2007, vol.20, n.001, p. 22-27.

MENEGAZZO Isabela Rodrigues; PEREIRA, Micaele Rodrigues; VILLALBA, Juliana Pasti. **Levantamento epidemiológico de doenças relacionadas à fisioterapia em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campinas.** 2010.

MONTERO D'OLEO, Rafael de Jesus; FÁVERO, Manildo. **Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, ago. 1992, v. 26, n. 4, p.256-263.

NOSEWORTHY, Jhon H et al. **Multiple sclerosis.** N Engl J Med 2000;343:938-951.3. Kurtzke JF, Page WF. Epidemiology of multiple.

O'SULIVAN, Susan; SCHIMITZ, Thomas J. Lesão traumática medular. Fisioterapia: avaliação e tratamento. São Paulo, ed. Manole, 2 edição, p. 873-917, 2004.

PEREIRA, Caroline de Moraes et al. Aspectos epidemiológicos de pacientes neurológicos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de Petrolina/PE. Revista Brasileira de Enfermagem, Petrolina, p.4-14, 2010.

PEREIRA, S, COELHO, FB, BARROS, H. **Acidente vascular cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico.** Acta Med Port 2004; 17:187-92.

Pahipill Peter A.; LOZANO, Andres M. **The pedunculopontine nucleus and Parkinson's disease.** Brain: a journal of neurology. Candá, p.1767-1783,2000.

SADOVNICK, Adele Dessa. **Genetic epidemiology of multiple sclerosis: a survey.** Ann Neurol 1994;36(S2):S194-S203.

SILVA, Claudia de Oliveira, RIBERTO, Marcelo, BATTISTELLA, Linamara Rizzo. **Avaliação da dor no ombro em pacientes com acidente vascular cerebral.** Acta Fisiátrica 2000; 7(2):78-83.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes; FACCHINI, Luiz Augusto, HALLAL, Pedro Curi. Epidemiology of physiotherapy utilization among adults and elderly. Rev Saude Publica. 2005; 39(4):663-8.

STRIEBEL, Vera Lúcia W. **Avaliação da percepção de carga de trabalho em fisioterapeutas em atividade de reabilitação de pacientes neurológicos. Trabalho de Conclusão de Curso de Mestrado Profissionalizante em Engenharia.** 2003, Porto Alegre, p. 13-121.

UMPHRED, D.A.; SCHNEIDER, F.J. **Fisioterapia Neurológica.** 2aº edição. São Paulo: Manole, 1994.

VALENÇA, Marcelo Moraes; Valença Luciana Patrícia Alves A. **Nervo facial: aspectos anatômicos e semiológicos.** Neurobiol 1999; 62:77-84

VASCONCELOS, Belmiro E. C. et al. **Paralisia facial periférica traumática.** Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial 2001;1:13-20.

VOLTARELLI, Júlio C.. Perspectivas de terapia celular na esclerose lateral amiotrófica. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 3, n. 26, p.155-156, 2004.

ANEXO

Ficha de Coleta de dados :

Coleta de Dados

1. Identificação do prontuário: _____
2. Sexo: _____ 3. Idade: _____ 4. Escolaridade: _____
5. profissão/ocupação: _____
6. Número de sessões(fisioterapia): _____
7. _____ Endereço: _____
8. Usou outros serviços da FARN: ☐ SIM ☐ NÃO
9. Qual serviço usou: ☐ NUTRIÇÃO ☐ EDUCAÇÃO FÍSICA ☐ ENFERMAGEM ☐ PSICOLOGIA ☐ GRUPO: _____
10. Quantas vezes: _____ 15. Diagnóstico Clínico: _____
11. _____ Diagnóstico funcional: _____ cinético
12. Objetivos: ☐ Aumentar ADM ☐ Fortalecer ☐ Treinar Marcha ☐ Treinar Propriocepção ☐ Treinar Coordenação ☐ Minimizar Padrão ☐ Outros : _____

CEP — COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Nascimento de Castro, nº 1597,
Dix - Sept Rosado, Natal-RN, CEP 59054-180.
☎ (0xx84) 4009-1404, fax (0xx84) 3215-1374
✉ cep@unp.br



Laureate International Universities®

PARECER CONSUBSTANCIADO

ELEMENTO	DESCRIÇÃO
Número do Protocolo	270/2010
Número do CAAE	0271.0.052.000-10
Título da Pesquisa	Perfil dos pacientes do setor de fisioterapia em neurologia adulto de uma Clínica Escola.
Pesquisador Responsável	Adriana Jussara de Oliveira Brandão
Curso	Fisioterapia
Instituição	Universidade Potiguar/UnP
Objetivo da pesquisa	Traçar o perfil epidemiológico do paciente assistido no setor de fisioterapia neurológica adulto das Clínicas Integradas da FARN
Avaliação do CEP	O CEP reunido em 27/04/2011 procedeu a análise do protocolo supracitado, e tendo em vista que as informações nele contidas atendem aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS, manifestou-se por sua aprovação.
Parecer do CEP	Protocolo Aprovado
Solicitação do CEP	Solicita-se ao Coordenador (a) da pesquisa o envio a este CEP do Relatório Parcial no prazo de 60 dias a contar da data deste parecer e o Relatório Final quando do término da pesquisa.

Natal, 03 de maio de 2011.

Profa. Maria das Dores Melo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UnP.