

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

O PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NA DISCIPLINA DE FISIOTERAPIA EM SAÚDE DA CRIANÇA EM UMA UNIDADE DE REABILITAÇÃO FÍSICA¹

Andreza Cristina Larentis Bielski², Gabriele Weber Fuhrmann³, Priscila Prestes Moka⁴, Angélica Dietrich⁵, Simone Zeni Strassburger⁶.

¹ Estudo vinculado a disciplina de Fisioterapia em Saúde da Criança.

² Acadêmica do 7º semestre do curso de Fisioterapia da UNIJUI. Email: andreza.b@hotmail.com.

³ Acadêmica do 7º semestre do curso de Fisioterapia da UNIJUI. Email: gabriiiele@hotmail.com.

⁴ Acadêmica do 7º semestre do curso de Fisioterapia da UNIJUI. Email: priscilamokan@hotmail.com.

⁵ Acadêmica do 7º semestre do curso de Fisioterapia da UNIJUI. Bolsista Probiç/FAPERGS do projeto “Reabilitação de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica com uso de ventilação não invasiva”. Email: angelica_dietrich@hotmail.com.

⁶ Fisioterapeuta, Doutora em Pediatria e Saúde da Criança pela PUCRS, Mestre em Pediatria pela PUCRS e docente do Departamento de Ciências da Vida – DCVida.simone.s@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral é um grupo de desordens permanentes no que se refere ao desenvolvimento do movimento e da postura, sendo um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de sua funcionalidade. A desordem motora na paralisia cerebral (PC) pode ser acompanhada por distúrbios, podendo ser sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e comportamental, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos que serão secundários, é dividida em tipos clínicos sendo eles, espástico, discinético ou atetóide, atáxico ou misto. (BRASIL, 2013).

As causas para o desenvolvimento da PC pode ocorrer durante o período pré-natal, perinatal ou pós-natal, as evidências sugerem que 70% a 80% sejam de origem pré-natal. As causas podem ser congênitas, genéticas, inflamatórias, infecciosas, anóxicas, traumáticas e metabólicas, lembrando que o baixo peso ao nascimento e a prematuridade aumenta significativamente a possibilidade de uma criança desenvolver essa desordem do desenvolvimento (ZANINI et al, 2009).

Um dos fatores que marcam a temática dos problemas neurológicos na infância é a repercussão do diagnóstico no seio familiar. A família de crianças com PC enfrentam a crise de perda de um filho perfeito, bem como a tarefa de se ajustar e aceitar a criança que trás consigo a deficiência. Este evento desencadeia uma série de reações que dependem de fatores como o grau de instrução, conceitos e preconceitos familiares, fatores culturais, bem como o tipo de abordagem utilizada pela equipe de saúde no início do processo e no acompanhamento do caso. O cuidado à criança com PC é uma experiência difícil para a família, pois a doença apresenta um prognóstico reservado sendo que depende do tipo e gravidade da lesão (DANTAS et al, 2010).

Esta desordem afeta cerca de duas crianças a cada 1.000 nascidos vivos em todo o mundo, sendo a causa mais comum de deficiência física grave na infância. Nos países desenvolvidos, a prevalência encontrada varia de 1,5 a 5,9/1.000 nascidos vivos, estima-se que a incidência de PC nos países em

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

desenvolvimento seja de sete por 1.000 nascidos vivos. A explicação para a diferença na magnitude da prevalência entre estes dois grupos de países é atribuída às más condições de cuidados pré-natais e ao atendimento primário às gestantes (BRASIL, 2013).

A Paralisia Cerebral é uma condição crônica que exige tratamento de equipe multidisciplinar ao longo da vida (ROTTA, 2002). Principal enfoque terapêutico, a fisioterapia motora precisa ser precoce e continuada, requerendo serviços especializados que garantam assistência qualificada (ELROD et al, 2008). O acesso pode ser considerado como o uso de serviço em tempo adequado para alcançar o melhor resultado possível, não distinguindo entre acesso e uso. Ainda pode significar o ato de ingressar no serviço e dar continuidade ao tratamento (TRAVASSOS e cols, 2004).

O objetivo deste estudo foi investigar o perfil dos pacientes com paralisia cerebral/encefalopatia crônica da infância submetida a sessões de fisioterapia em uma unidade de reabilitação física por estudantes na disciplina de fisioterapia em saúde da criança.

METODOLOGIA

No presente estudo, que será descritivo, documental e transversal a amostra foi composta pelos prontuários de 06 pacientes que foram submetidos a sessões de fisioterapia, sendo que os atendimentos foram feitos pelos alunos na disciplina de Fisioterapia em Saúde da Criança em uma unidade de reabilitação física no período de 27/03/2015 à 01/07/2015. Foram agendadas datas e horários para a consulta ao prontuário de acordo com a disponibilidade da Unidade de Reabilitação e das pesquisadoras.

Após a coleta, foi realizado o processamento e análise dos dados obtidos, sendo utilizada a ferramenta Microsoft Excel para o levantamento de percentuais, média e desvio padrão, e consequentemente analisando o perfil dos pacientes.

Tabela 1: Instrumento utilizado para coleta dos dados

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela a seguir representa aos dados coletados na pesquisa realizada em crianças portadoras da Paralisia Cerebral atendidas na disciplina de Fisioterapia em Saúde da Criança. A coleta de dados dos prontuários foi satisfatória, pois apenas uma pergunta dos prontuários não obteve resposta, referindo-se ao grau da escolaridade familiar. Podemos observar que a idade das crianças variou de oito meses a cinco anos e três meses.

Sobre o sexo, constatou-se que 4 entre 6 crianças eram do sexo masculino. O que não pode ser classificado como fator de risco, pois não existe nenhuma relação da paralisia cerebral com o sexo. Dentre os fatores de risco, estão características familiares, que podem colocar as crianças em maior risco para o seu desenvolvimento saudável. Dessas características podemos citar a baixa renda familiar, baixa escolaridade dos pais, elevados níveis de estresse da família, baixos níveis de suporte social, entre outros (FLEITLICH e GOODMAN, 2000). Neste estudo os níveis de escolaridade familiar variaram de Ensino Fundamental Incompleto à Ensino Superior Completo.

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

De acordo com Souza e Ferraretto (1998), a PC pode ser classificada por dois critérios: pelo quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético, atáxico, misto e espástico; e pela localização do corpo afetado, que inclui tetraplegia ou quadriplegia, monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia.

Segundo Young (1994), na PC, a forma espástica é a mais encontrada e frequente em 88% dos casos. Coincidindo com os achados na literatura, o tipo clínico mais encontrado foi o espástico, que representou cem por cento dos pacientes avaliados. A duração da gestação coletada apresentou que a maioria das crianças nasceram a termo, e apenas uma prematura. Para Mancini et al., entre os recém-nascidos pré-termo com muito baixo peso, inferior a 500 gramas, a presença de disfunções neurológicas foi observada com maior frequência do que em crianças nascidas a termo com peso adequado, podendo a PC acontecer com frequência de 25 a 30 vezes mais no grupo de crianças consideradas de risco perinatal. Tabela 2: Dados obtidos.

CONCLUSÃO

A alta incidência e o grupo de desordens permanentes são as principais características da paralisia cerebral. É importante ressaltar que o perfil dos portadores desta patologia é variado, pois nenhum PC é igual ao outro, porém podem existir semelhanças quanto ao tipo clínico. Com os resultados do presente estudo foi obtido o aprofundamento dos conhecimentos sobre a Paralisia Cerebral. A partir da coleta de dados é possível elaborar um protocolo de atendimento adequado, além de um conhecimento mais aprofundado sobre os pacientes, baseando-se nas principais características encontradas através do perfil dos pacientes atendidos na Unidade de Reabilitação Física de Ijuí.

PALAVRAS-CHAVE: Paralisia Cerebral; Perfil; Fisioterapia.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

DANTAS, M. S. A; COLLET, N; MOURA, F. M; TORQUATO, I. M. B. Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. Texto contexto - enfermagem. 2010, vol.19, n.2, pp. 229-237.

ELROD, C. S; GERBEN, D. "Determinants of utilization of physical rehabilitation services for persons with chronic and disabling conditions: an exploratory study." Archives of physical medicine and rehabilitation 89.1 (2008): 114-120.

FERRARETTO, IVAN & SOUZA, ÂNGELA M. C. Paralisia Cerebral – aspectos práticos. São Paulo:

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

FLEITLICH, B.W; GOODMAN, R. Epidemiologia. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, n. 2, 2000.

MANCINI, M. C., FIÚZA, P. M; REBELO, J. M; MAGALHÃES, L. C; COELHO, Z. A; PAIXÃO, M. L; FONSECA, S. T. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. Arquivo Neuro-Psiquiatria. 2002, vol.60, n.2B.

ROTTA, N. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. Jornal Pediátrico (Rio J) 2002: 78 (Supl. 1): S48 – S 54.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde A review of concepts in health services access and utilization." Caderno de Saúde Pública 20.Sup 2 (2004): S190-S198.

YOUNG, R. R. Spasticity: a review. Neurology, 44 (Suppl 9), 1994.

ZANINI, G; CEMIN, N. F; PERALLES, S. N. Paralisia Cerebral: causas e prevalências. Fisioterapia no movimento, v. 22, n. 3, p. 375-381, 2009.

DADOS AVALIADOS
Idade:
Sexo: () F () M
Escolaridade familiar:
Tipo clínico:
Duração da gestação:

Tabela 1

Modalidade do trabalho: Ensaio teórico
Evento: XXIII Seminário de Iniciação Científica

PRONTUÁRIO	1	2	3	4	5	6
IDADE	8 meses	1 ano e 9 meses	5 anos e 3 meses	3 anos	1 ano 6 meses	2 anos e 7 meses
SEXO	F	M	F	M	M	M
ESCOLARIDADE FAMILIAR	1º grau completo	Médio incompleto	-	Fundamental incompleto	Médio completo	Superior completo
TIPO CLÍNICO	Espástico	Espástico	Espástico	Espástico	Espástico	Espástico
DURAÇÃO DA GESTAÇÃO	40 semanas	41 semanas	27 semanas	40 semanas	37 semanas	30 semanas

Tabela 2