

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

MIWA AYUMI KANASHIRO
NATHÁLIA SOUSA DE OLIVEIRA

PERFIL CLÍNICO E DE FUNCIONALIDADE DE
PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL ATENDIDAS NO
PROJETO DE EXTENSÃO DE FISIOTERAPIA EM
CEILÂNDIA DE 2015 A 2018

BRASÍLIA
2019

MIWA AYUMI KANASHIRO
NATHÁLIA SOUSA DE OLIVEIRA

PERFIL CLÍNICO E DE FUNCIONALIDADE DE
PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE
VASCULAR CEREBRAL ATENDIDAS NO
PROJETO DE EXTENSÃO DE FISIOTERAPIA EM
CEILÂNDIA DE 2015 A 2018

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade
de Ceilândia como requisito parcial para
obtenção do título de bacharel em
Fisioterapia.

Orientadora: Dr^a. Ana Clara Bonini Rocha

BRASÍLIA
2019

MIWA AYUMI KANASHIRO
NATHÁLIA SOUSA DE OLIVEIRA

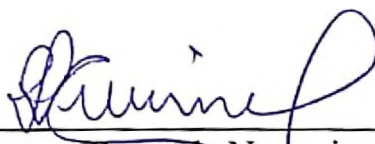
PERFIL CLÍNICO E DE FUNCIONALIDADE DE
PESSOAS ACOMETIDAS POR ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL ATENDIDAS NO PROJETO DE EXTENSÃO
DE FISIOTERAPIA EM CEILÂNDIA DE 2015 A 2018

Brasília, 08 / 07/2019

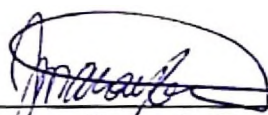
COMISSÃO EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a. Ana Clara Bonini Rocha
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora



Prof.^a Dr.^a. Vanessa Resende Nogueira Cruvinel
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB



Prof. Dr.^a. Juliana de Faria Fracon e Romão
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos pais, familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, amigos, professores e todos que de alguma forma contribuíram durante minha jornada acadêmica a superar os desafios.

Em especial a minha avó Massá Kanashiro Duarte (in memoriam), que me ensinou a dar valor a educação, acreditar no meu potencial e me inspirar a ser uma pessoa melhor a cada dia. Aos meus pais, Gláucia e Mário que mesmo distantes sempre me incentivaram a seguir meus sonhos e confiar nas minhas decisões. Reservo um agradecimento especial à todos aqueles que participam da minha vida desempenhando o papel de pais e mães: Gilberto, Gerson, Valdirene e Cleia, sendo exemplos de tudo aquilo que desejo me tornar. Aos meus irmãos de coração Giovanna, Lucas, Rafael e Felipe, que são parte fundamental para a construção da minha personalidade. As pessoas maravilhosas que se tornaram parte da minha família durante a caminhada, Neide, Ton, Mônica, Dênis, Maíza, Tom, Lucas, Elza, Lee Siler, Thiago, Gabriel e Klara que me ensinam, todos os dias, sobre amizade, amor e gratidão.

Aos meus amigos do Ensino Fundamental e Médio, que estiveram presente em meus melhores e piores momentos, mas que me incentivam na busca da minha melhor versão: Carolina, Mayara, Rayane, Thaís, Gabriel, Caio, Paulo, Murilo, Gustavo, Francisco, Ana Carolina, Lorena, Paula, Tayline e Lucas. Que os nossos laços de amizade se tornem cada dia mais fortes.

Aos amigos que a Universidade de Brasília me proporcionou, em especial Gabriel, Lara e Juliana, que foram essenciais no primeiro semestre para a fase de adaptação e aqueles que

chegaram depois, mas são essenciais: Francisca, Nathália, Amanda Lima, Luísa, Daniele, Amanda Rafaely, Sabrina, Laura, Alanna, Guilherme, Wilson Luis, Mariana, Guido, André, Tatiana, Leticia, Wemerson, Vittor, Lucas, Ana Beatriz, Fábio, Dalton e Fernanda.

Aos mestres Ana Clara Bonini Rocha, Wagner Martins e Sérgio Thomaz, fisioterapeutas os quais tenho imensa admiração por suas trajetórias de vida, expresso tamanha gratidão, por me acolherem no projeto ATPIN, espaço de aprendizagem que se tornou minha segunda casa, lugar onde construímos uma pequena família. Família essa que, durante sete semestres, contribuiu para o meu processo de humanização e constituição do amor a Fisioterapia. Gratidão pelos créditos e confiança em mim depositados, pela oportunidade de representar o nosso projeto em diversos Congressos, superando os limites da minha timidez, para falar em publico, e me auxiliando na transposição de barreiras que jamais poderia imaginar. Aos membros da Liga Acadêmica de Ciências do Movimento (LACiMov), por me ensinarem sobre união, pois quando estamos reunidos e realizando nossas atividades tudo se torna mais leve e divertido.

Agradeço ao Programa de Apoio às Pessoas com Necessidades Especiais, Programa Institucional de Bolsas de Extensão, Decanato de Ensino e Graduação e Decanato de Ensino e Extensão, por proporcionar auxílio financeiro.

Aos campos de Estágio os quais tive acesso, locais onde me foi oportunizado o conhecimento das rotinas do trabalho, em companhia de Preceptoras incríveis: Giselly, Ana Paula, Ana Helena, Flávia, Júlia, Juliana, Lícia e Luciana.

E agradeço por último, mas não menos importante, minha irmã de graduação, Nathália Sousa de Oliveira, que durante todo o trajeto esteve presente nos momentos de alegria ou desespero, sempre me motivando a buscar a excelência em todas as tarefas propostas. Sem o seu apoio e dedicação essa pesquisa não seria possível.

Miwa Ayumi Kanashiro

Agradeço primeiramente a Deus por guiar os meus passos e ter me dado forças para chegar até aqui. A Nossa Senhora Aparecida por sempre interceder pela minha vida.

Aos meus pais Rubens e Edilene por sempre acreditarem em mim e lutarem junto comigo na conquista deste sonho. Agradeço por todo cuidado, por serem minha força nos dias que eu não conseguia nem mesmo levantar da cama, por enxugarem minhas lágrimas nos dias tristes, mas também por todos os momentos felizes compartilhados.

Aos meus irmãos Guilherme e João Paulo por sempre estarem ao meu lado, por serem meu ombro amigo e me darem força ao longo da caminhada.

Aos meus avôs Pompílio (In memoriam) e José, avós Alzira e Lia, por todo apoio, incentivo e força que me deram ao longo dessa jornada. Meus maiores exemplos de vida, força e determinação.

A minha família, madrinhas, tias (os), primas (os), afilhadas Maria Clara e Ana Luiza, por todo apoio e incentivo.

A querida orientadora Ana Clara Bonini Rocha por ter me acolhido como filha em seu projeto há quase quatro anos, por seus ensinamentos e conhecimentos compartilhados que contribuíram para meu crescimento pessoal e acadêmico, por ter me ensinado o verdadeiro sentido do que é “Ser Fisioterapeuta”. Agradeço pela orientação neste trabalho.

A família que a UnB me proporcionou, amigos e colegas, do Projeto ATPIN por todos os momentos maravilhosos que vivemos.

A todos os professores da UnB-FCE por todos os conhecimentos compartilhados. A todos os funcionários da UnB-FCE, por todo acolhimento e por fazer da FCE minha segunda casa.

A minha amiga/irmã, Miwa Ayumi Kanashiro por todos os momentos que compartilhamos ao longo dessa jornada, pelo companheirismo, paciência, apoio, força. E agora na reta final por caminharmos juntas na construção deste trabalho.

As amigas que a UnB me presenteou, Francisca, Sabrina, Daniele, Amanda Rafaely e Amanda Lima por todos os momentos que compartilhamos, por todo apoio e força. A Caroline Paiva, amiga de longa data, por todo apoio e incentivo.

As Fisioterapeutas Lícia, Giselly, Ana Paula, Ana Helena, Janaina, Vanessa e Marcia por terem me acolhido nos campos de estágios, por todos os conhecimentos compartilhados e por me fazerem apaixonar-se ainda mais pela Fisioterapia.

A todos os meus pacientes desde os prematuros até os idosos, por terem me ensinado tanto, por me mostrarem que vale a pena lutar e por me fazerem ter a certeza de que estou na profissão certa.

A Universidade de Brasília, Ao Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX) e ao Programa de Apoio às Pessoas com Necessidades Especiais (PPNE) pelo apoio financeiro concedido em forma de bolsa.

Aos professores que compõem a banca examinadora deste trabalho pelas contribuições que irão fazer em meu crescimento acadêmico e profissional.

Nathália Sousa de Oliveira

“Conservar a força, que faça crer que o futuro será nosso amigo.

A mesma força, que tem o tigre quando corre perigo.

A fé e a força, que a águia tem no alto quando vai mergulhar.

A força é essa. Você só vai saber vivendo. Você só vai saber sendo.”

Maglore.

RESUMO

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição de saúde que envolve o comprometimento de capacidades básicas do sistema neuromotor altamente incapacitante na funcionalidade. **Objetivo:** Apresentar e discutir sobre perfil clínico e de funcionalidade de pessoas com AVC atendidas pelo Projeto de Extensão de Ação Contínua Avaliação e Tratamento de Pessoas com Incapacidade Neuromotora no período de 2015 a 2018. **Metodologia:** Estudo longitudinal retrospectivo descritivo de análise de prontuários escolhidos por conveniência. Selecionou-se informações de idade, sexo, ano da primeira avaliação, quantidade de atendimentos; graus de Força Muscular (FM) e de Tônus Muscular (TM); diagnóstico fisioterapêutico; e os valores clínicos de Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), Frequência Respiratória (FR) e Frequência Cardíaca (FC) antes e depois de cada intervenção fisioterapêutica. Os dados foram armazenados em planilha, analisados no programa SPSS 25 e descritos em formato de frequências, percentuais, médias e desvios-padrão (dp). FM e TM foram convertidos em códigos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Resultados:** A amostra constituiu-se de 46 prontuários de moradores de Ceilândia Sul sendo 24 de homens (52,2%) e 22 de mulheres (47,8%), com maior de 60 anos de idade (63%), que foram submetidos em média de 15,59 ($\pm 12,74$) atendimentos. Diagnóstico fisioterapêutico de hemiparesia a esquerda em 25 pessoas (54,3%); PAS antes = 126,72 ($\pm 14,17$) mmHg, depois = 129,57 ($\pm 16,55$) mmHg; PAD antes = 80,43 (± 10) mmHg, depois = 83,30 ($\pm 11,69$) mmHg; FC antes = 74,47 ($\pm 9,56$) bpm, depois = 75,06 ($\pm 8,56$) bpm; FR antes = 21,17 ($\pm 3,89$) rpm, depois = 21,82 ($\pm 3,89$) rpm. O perfil de funcionalidade mostrou FM e TM como sinais de maior comprometimento e influenciadores da sensibilidade tátil, marcha e mobilidade articular. **Conclusão:** A população foi predominantemente idosa do sexo masculino, hemiparéticos à esquerda, com grande alteração na funcionalidade na FM e TM. As variáveis clínicas: PAS, PAD e FC apresentaram-se dentro dos limites da normalidade antes e depois das intervenções; FR apresentou padrão aumentado em relação aos valores de referência.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Funcionalidade, Fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Cerebral Vascular Accident (CVA) is a health condition that involves the impairment of basic capabilities of the highly disabling neuromotor system in functionality. **Objective:** To present and discuss clinical and functional profile of people with stroke attended by the Continuous Action Extension Project Evaluation and Treatment of People with Neuromotor Disability in the period from 2015 to 2018. **Methodology:** Retrospective longitudinal descriptive study of patient charts chosen by convenience. We selected information on age, sex, year of first evaluation, number of visits; degrees of Muscular Strength (MS) and Muscle Tone (MT); physiotherapeutic diagnosis; and the clinical values of Systolic Blood Pressure (SBP), Diastolic Blood Pressure (DBP), Respiratory Rate (RR) and Heart Rate (HR) before and after each physiotherapeutic intervention. The data were stored in a spreadsheet, analyzed in the SPSS 25 program and described in frequency, percentage, mean and standard deviation (sp) format. MS and MT were converted into codes of the International Classification of Functioning, Disability and Health (CIF). **Results:** The sample consisted of 46 records of residents of Ceilândia Sul, which 24 were men (52.2%) and 22 were women (47.8%), over 60 years of age (63%), submitted an average of 15.59 (± 12.74) visits. Physiotherapeutic diagnosis of left hemiparesis in 25 people (54.3%); PAS before = 126.72 (± 14.17) mmHg, then = 129.57 (± 16.55) mmHg; PAD = 80.43 (± 10) mmHg, then = 83.30 (± 11.69) mmHg; FC before = 74.47 (± 9.56) bpm, then = 75.06 (± 8.56) bpm; FR before = 21.17 (± 3.89) rpm, then = 21.82 (± 3.89) rpm. The functionality profile showed MS and MT as signs of greater impairment and influencers of tactile sensitivity, gait and joint mobility. **Conclusion:** The population was predominantly male, hemiparetic on the left, with a great change in the functionality in MS and MT. The clinical variables: SBP, DBP and RR were within the limits of normality before and after the interventions; HR presented an increased pattern in relation to the reference values.

Key words: Stroke, Functionality, Physiotherapy.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

- Figura 1.** Apresentação das frequências e percentuais de diagnósticos de Hemiparesia e do hemicorpo acometido geral e por sexo. 18
- Figura 2.** Apresentação da situação dos participantes do projeto de extensão do período de 2015 a 2018. 19
- Tabela 1.** Apresentação das médias e desvios-padrão (DP) gerais e por sexo dos valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), Frequência Cardíaca (FC) e Frequência Respiratória (FR), medidos antes e depois das intervenções de Fisioterapia Neurofuncional. 29
- Tabela 2.** Apresentação das frequências e percentuais da funcionalidade da força muscular classificada pela CIF com código b730 de acordo com os qualificadores 0= nenhuma deficiência; 1= deficiência leve; 2= deficiência moderada; 3= deficiência grave; 4= deficiência completa. Em *itálico e negrito* apresentam-se as frequências e percentuais predominantes 20
- Tabela 3.** Apresentação das frequências e percentuais da funcionalidade de acordo com código CIF b735 das funções relacionadas ao tônus muscular nos qualificadores 0= nenhuma deficiência, 1= deficiência leve, 2 = deficiência moderada, 3= deficiência grave, 4= deficiência completa, 8= não especificado, 9= não aplicável. Em *itálico e negrito* predominância em cada segmento do corpo. Total de prontuários = 46 (100%). 21
- Tabela 4.** Apresentação das frequências e percentuais dos Códigos da CIF relacionados aos estados de saúde com condição de Acidente Vascular Cerebral, encontrados nos 46 prontuários. Em *itálico e negrito* estão as frequências e percentuais predominantes. 21

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC- Acidente Vascular Cerebral

ATPIN- Avaliação e Tratamento de Pessoas com Incapacidade Neuromotora (Projeto de Extensão)

BPM- Batimentos por minuto

CAAE- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP/FS- Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

DP- Desvio padrão

EAM- Escala de Ashworth Modificada

ED- Escala de Daniels

RPM- Respirações por minuto

FC- Frequência Cardíaca

FR- Frequência Respiratória

GIASS-Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde

IES-Instituição de Ensino Superior

OMS-Organização Mundial da Saúde

PEAC- Projeto de Extensão de Ação Contínua

PDAD- Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PAD- Pressão Arterial Diastólica

PAS- Pressão Arterial Sistólica

PNE- Plano Nacional de Educação

SES-DF- Secretaria de Saúde do Distrito Federal

SPSS- Statistical Package for Social Sciences

UnB- Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. METODOLOGIA.....	14
2.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	14
2.2. INSTRUMENTOS.....	15
2.3. PROCEDIMENTOS	16
3. RESULTADOS.....	17
4. DISCUSSÃO.....	21
5. CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....	31
ANEXO B – Parceria com Arquidiocese de Brasília.....	32
ANEXO C – Ficha de Avaliação.....	33
ANEXO D – Normas da Revista Científica.....	39

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, promover ações de extensão universitária contínuas significam muito para a sociedade, principalmente se acontecem onde a universidade está inserida. Significa um certo comprometimento com a comunidade. No caso de Ceilândia, Distrito Federal (DF), sua população abraçou o terreno onde hoje é a Faculdade de Ceilândia, reivindicando por um campus da Universidade de Brasília (UnB). Ceilândia é a maior região administrativa do DF e os Projetos de Extensão de Ação Contínua (PEAC) advindos da UnB são importantes e muito valorizados pelas pessoas que são atendidas.

O Relatório Epidemiológico sobre Mortalidade na Região Oeste do ano de 2016 relatou 1.879 óbitos em Ceilândia, dentre estes, 525 foram ocasionados por doenças do aparelho circulatório (27,9%), no qual o Acidente Vascular Cerebral (AVC) está incluído, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) com o código de I64. Para ambos os sexos, as doenças do aparelho circulatório foram as principais causas de óbitos, sendo o AVC a principal causa específica de mortalidade responsável por 179 óbitos (OMS, 2008; GIASS, 2016).

O AVC é uma condição de saúde que envolve o comprometimento de capacidades básicas do sistema neuromotor que são os dois grandes vilões da funcionalidade: a incapacidade de gerar força muscular voluntária e a hiperatividade da atividade reflexa medular denominada de hipertonía muscular elástica (ou espasticidade) causada pela falta de inibição do cérebro, então lesado, sobre as atividades da medula espinhal (MELO et al., 2019). Pela forma como estrutura e função estão conectadas no sistema nervoso central as lesões no cérebro geram dificuldade de movimentar um dos lados do corpo. Força Muscular (FM) e Tônus Muscular (TM) estão entre os acometimentos mais frequentes dos diagnósticos fisioterapêuticos de hemiparesia (ou hemiplegia) causados por AVC e ambos são apontados como principais causas de disfunções no desempenho funcional (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2000).

O PEAC denominado Avaliação e Tratamento de Pessoas com Incapacidade Neuromotora (ATPIN) nasceu da iniciativa de uma professora do curso de graduação em Fisioterapia da UnB no ano de 2013. Desde então, dezenas de estudantes tiveram a oportunidade de conhecer melhor a comunidade de Ceilândia e dezenas de pessoas da comunidade com diagnóstico de AVC foram avaliadas e participaram de programas de cinesioterapia. Através de uma parceria com a Arquidiocese de Brasília o PEAC utiliza as dependências da Capela Nossa Senhora de Fátima, Paróquia São Francisco de Paula, em

Ceilândia Sul e desde vem atendendo dezenas de pessoas da comunidade, agregando professores e alunos da UnB não somente do curso de Fisioterapia, mas também da Farmácia, Saúde Coletiva, Enfermagem e Terapia Ocupacional. Também é espaço para receber aulas teóricas e práticas de disciplinas optativas, bem como práticas em disciplinas curriculares direcionadas a construir diagnósticos, projetar prognósticos, planejar condutas e ações em educação, prevenção e intervenção em Saúde (BONINI-ROCHA et al., 2017).

O objetivo deste estudo foi apresentar e discutir sobre o perfil clínico e de funcionalidade de pessoas com AVC atendidas no PEAC ATPIN no período entre 2015 a 2018. Acredita-se que apresentar à academia os indicadores gerados pela ação de extensão na comunidade, durante os três anos de atuação dos extensionistas na avaliação e intervenção à comunidade, seja importante e gratificante para todos os envolvidos no processo bem como para aqueles que ainda farão parte dele. Apresentar os resultados para a comunidade atendida é uma meta a alcançar através da divulgação desse trabalho de conclusão de curso no campo onde a extensão acontece.

2. METODOLOGIA

Estudo longitudinal retrospectivo descritivo de análise dos documentos do tipo prontuário escolhidos por conveniência. Duas pesquisadoras fizeram parte da análise dos documentos de 2017 a 2019. A divulgação dos resultados foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS/UnB) sob o Parecer n. 1.642.355/2015 (ANEXO A).

2.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população envolvida no PEAC ATPIN foram moradores de Ceilândia atendidas no período de 2015 a 2018, a ampla maioria paroquianos da Paróquia São Francisco de Assis, Capela Nossa Senhora de Fátima, Área Especial, Setor N QNN 8 Conjunto E, Ceilândia Sul/DF, em parceria firmada entre a coordenadora do ATPIN e a Arquidiocese de Brasília (ANEXO B).

Buscou-se as informações na Ficha de Avaliação em Fisioterapia Neurofuncional (ANEXO C) e nos prontuários preenchidos pelos extensionistas nas evoluções diárias. Todas as pessoas cujos documentos foram selecionados participaram de intervenções em Fisioterapia Neurofuncional denominada de Cinesioterapia com duração de aproximadamente

60 minutos, duas vezes por semana, no período vespertino. Não houve discriminação por sexo ou idade. Foram excluídos os participantes submetidos a menos que duas intervenções e os que possuíam ficha de avaliação incompleta.

2.2. INSTRUMENTOS

1) Ficha de Avaliação em Fisioterapia Neurofuncional: extraídas informações referentes sexo, idade, data da avaliação; diagnóstico fisioterapêutico; graus de FM alcançados na Escala de Daniels (ED) e os graus de TM alcançados na Escala de Ashworth Modificada (EAM).

a) ED: graduação de FM = 0 Sem evidência de contração muscular; 1 Evidência de contração muscular, sem movimento articular; 2 Amplitude de movimento incompleta; 3 Amplitude de movimento completa contra a gravidade; 4 Amplitude de movimento completa contra a gravidade e resistência manual submáxima; e 5 Amplitude de movimento completa contra a gravidade e resistência manual máxima (DANIELS, WORTHINGHAM, 1981).

b) EAM: graduação de TM (espasticidade) = 0 Sem aumento do tônus muscular; 1 Discreto aumento do tônus muscular, manifestado pelo apreender e liberar, ou por mínima resistência ao final da amplitude de movimento, quando a parte (ou as partes) afetada é movimentada em flexão e extensão; 1+ Discreto aumento no tônus muscular, manifestado pelo apreender, seguido de mínima resistência através do resto (menos da metade) da amplitude de movimento; 2 Marcante aumento do tônus muscular através da maior parte da amplitude de movimento, porém as partes afetadas são facilmente movimentadas; 3 Considerável aumento do tônus muscular; movimentos passivos dificultados; e 4 A parte (ou partes) afetada mostra-se rígida à flexão ou extensão (BOHANNON, SMITH, 1987).

2) Prontuários: do caderno de evoluções individuais diárias foram extraídas informações quanto a quantidade de atendimentos (número de intervenções realizadas); valores diários antes e depois das intervenções de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), medidas em milímetros de Mercúrio (mmHg); bem como de Frequência Respiratória (FR) medida pelo número de respirações por minuto (rpm) e de Frequência Cardíaca (FC) medida pelo número de batimentos por minuto (bpm).

3) Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (OMS, 2013): dessa classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde foram extraídos os códigos sobre incapacidade neuromotora geradores de alteração na funcionalidade (FARIAS, BUCHALLA, 2005).

2.3. PROCEDIMENTOS

Para conhecer o perfil da amostra buscou-se dados de identificação por idade, sexo, ano da primeira avaliação, quantidade de atendimentos, diagnóstico fisioterapêutico, graus de FM e de TM.

Para conhecer o perfil clínico, descreveram-se os valores de PAS, PAD, FR e FC adquiridos imediatamente antes e após cada intervenção de Cinesioterapia. Para a medição dessas variáveis há um protocolo a ser seguido pelos extensionistas do ATPIN. Os participantes ao chegarem no espaço onde acontece o PEAC são orientados a relaxar e tentar permanecer imóvel, sentados por 5 a 10 minutos antes da primeira verificação de PAS e PAD, FR e FC. A segunda verificação ocorre imediatamente após a intervenção, com o participante sentado. Caso os sinais estejam fora do eixo de normalidade, espera-se de 5 a 10 minutos para uma nova medida. Caso os sinais ainda permaneçam fora do eixo de normalidade após o período de descanso, medidas de encaminhamentos médicos e/ou outras terapias são indicadas que não a Cinesioterapia e outra avaliação com outro enfoque é realizada.

PAS e PAD foram medidas através do esfigmomanômetro e do estetoscópio. A braçadeira do esfigmomanômetro fica colocada no braço hemiparético (ou hemiplégico) a aproximadamente dois centímetros acima da Fossa Ante Cubital, hipoteticamente palpando a Artéria Braquial. O diafragma do estetoscópio é colocado sobre o local exato da Fossa Antecubital. O procedimento para ausculta inicia com a válvula conectada ao manguito inicialmente fechada e inflada até aproximadamente 200 mmHg. O som inicial (PAS) e final (PAD) são registrados. Posteriormente o manguito é totalmente desinflado e retirado do braço (SBH, 2010). Os valores de pressão arterial considerados dentro da normalidade, ou seja, normotenso foram de PAS < 140 mmHg e PAD < 90 mmHg. Classificados como hipertensos quando apresentaram uma PAS \geq 140 mmHg e PAD \geq 90 mmHg (NOBRE et al., 2018).

FR e FC foram contados durante 60 segundos ininterruptos: FR captada pelos movimentos observados e percebidos pela mão abaixo do gradil costal no abdômen; e a FC captada pelo número de batimentos percebidos pelos dedos indicador e médio sobre o punho, hipoteticamente apalpando a Artéria Radial, esticados sobre a parte interna do punho, logo

abaixo da base do polegar, utilizando também como referência o hemicorpo comprometido pela hemiparesia/plegia.

A FR considerada como normal, ou eupneia, em repouso quando se respira confortavelmente oscila entre 12 a 20 vezes por minuto; bradipneia quando se respira com menos de 12 respirações por minuto e taquipneia quando se respira com mais que 21 respirações por minuto (MARTIN, 2015). A FC considerada como normal está entre os valores de 50 a 100 bpm, na bradicardia com uma frequência < 50 bpm e na taquicardia > 100 bpm (PASTORE, SAMESIMA, PEREIRA-FILHO, 2016).

Elege-se o membro comprometido pelo diagnóstico de hemiparesia (ou hemiplegia) para posicionar o esfigmomanômetro e o estetoscópio, bem como os dedos durante a medição da FC, com o objetivo de unificar as medidas que podem ser realizadas por diferentes extensionistas, e assim diminuir a possibilidade de erros na escolha do braço, facilitando na identificação, evitando que as medidas sejam realizadas em braços diferentes antes e depois.

Especificamente para este estudo, utilizaram-se os códigos de funções da CIF relacionadas à FM (código CIF b730) e ao TM (código CIF b735), qualificados de acordo com magnitude do estado de saúde medida pelas ED e EAM, que foram as escalas clínicas utilizadas na avaliação. A FM foi traduzida pelos qualificadores 0 = nenhuma deficiência (ED 5); 1 = deficiência leve (ED 4); 2 = deficiência moderada (ED 3); 3 = deficiência grave (ED 1 e 2) e 4 = deficiência completa (ED 0). TM foi traduzido nos qualificadores 0 = nenhuma deficiência (EAM 0), 1 = deficiência leve (EAM 1 ou + 1), 2 = deficiência moderada (EAM 2), 3 = deficiência grave (EAM 3), 4 = deficiência completa (EAM de 4), 8 = não especificado, 9 = não aplicável. Considerou-se que funções relacionadas à FM e TM como mobilidade articular, marcha e sensibilidade superficial e profunda também poderiam ser observadas e codificadas através da CIF.

Os dados foram armazenados em planilha Excel e submetidos à análise no programa SPSS 25 através de estatística descritiva das médias e desvios-padrão (dp) das frequências e percentuais.

3. RESULTADOS

A amostra consistiu de 54 prontuários. Houve a exclusão de 02 prontuários por frequência menor que dois atendimentos e de 06 prontuários por apresentarem ficha de avaliação incompleta.

Dos 46 prontuários, 18 (39,1%) datavam do ano de 2015; 9 (19,6%) de 2016; 10 (21,7%) de 2017; e 9 (19,6%) de 2018.

A idade média em anos foi de 63,65 (11,34), variando entre 33 a 86 anos. 24 pessoas do sexo masculino (52,2%) com 63,65 (11,35) anos de idade (entre 33 a 79); e 22 do sexo feminino (47,8%) com 63 (12) anos de idade (entre 41 a 86). Desses, 29 (63%) eram idosos (com mais de 60 anos de idade).

Vinte e cinco (25) participantes foram diagnosticados com hemiparesia à esquerda e 21 à direita. No sexo masculino, 14 pessoas apresentavam hemiparesia à esquerda e 10 apresentaram hemiparesia à direita; e no sexo feminino 11 com hemiparesia à esquerda e 11 à direita (figura 1).

Cada participante participou de uma média de 15,59 (12,74) atendimentos de Fisioterapia. O número de atendimentos por pessoa variou de 2 a 48.

Quinze (15) pessoas (32,6%) se encontravam ainda ativas no ATPIN até a data desta coleta. O restante foram casos de alta, abandono, suspensões por solicitação do participante, óbitos ou encaminhamentos (figura 2).

Figura 1. Apresentação das frequências e percentuais de diagnósticos de Hemiparesia e do hemicorpo acometido geral e por sexo.

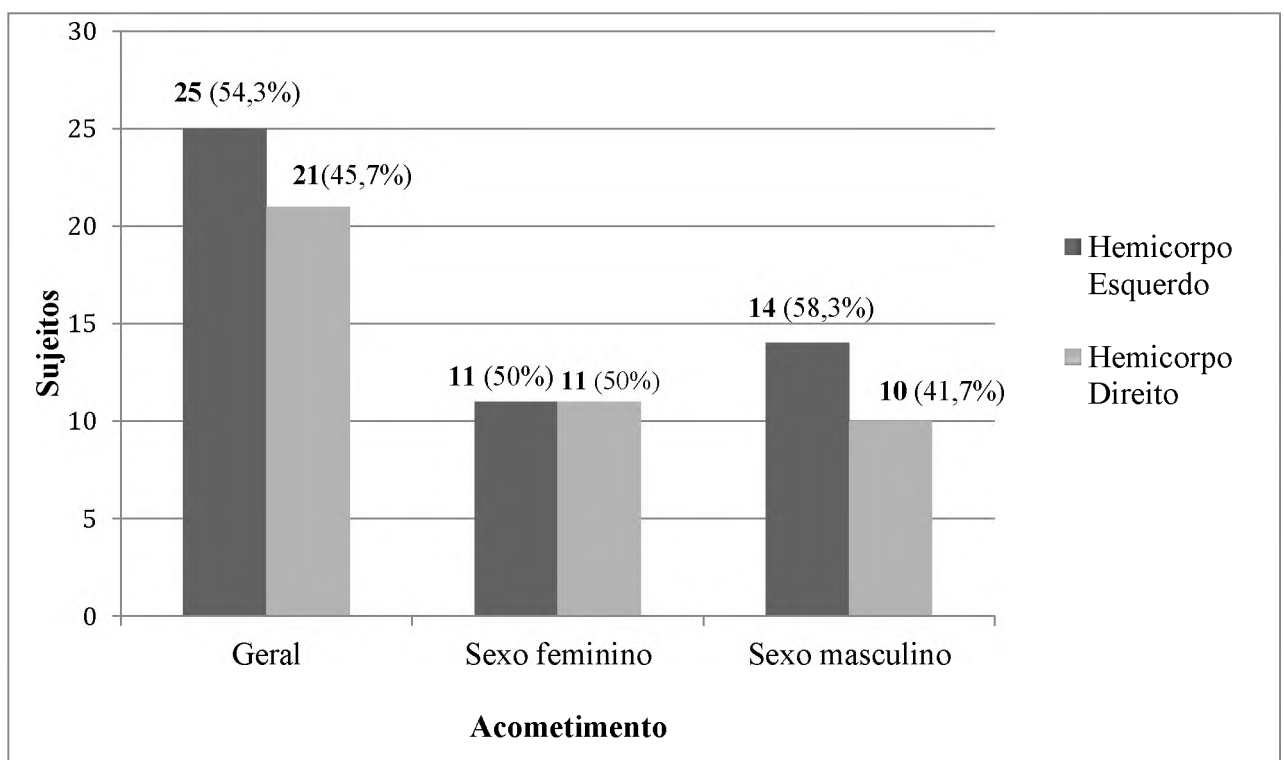
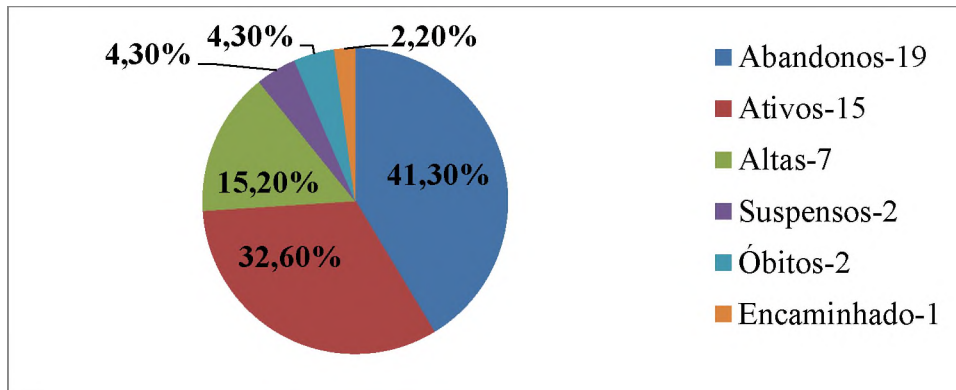


Figura 2. Apresentação da situação dos participantes do projeto de extensão do período de 2015 a 2018.



As médias (dp) gerais e por sexo de PAS, PAD, FR, FC estão apresentadas na tabela 1. Dados gerais mostram que os valores mínimos e máximos de PAS inicial variaram entre 106,92 e 162,53 antes da intervenção; e entre 98 e 166,21 depois da intervenção com Fisioterapia; valores mínimos e máximos de PAD foram de 61,43 a 115 antes e entre 55,81 e 130 depois. FC antes da intervenção variou entre 50,57 e 102,67, e depois entre 60 e 97,92. FR antes da intervenção variou entre 14,80 e 34,22 e depois entre 15,80 e 32,67.

Por sexo, os valores mínimos e máximos para o sexo feminino apresentaram as seguintes variações: PAS antes da intervenção entre 108 e 156 e entre 98 e 164,29 depois; PAD antes da intervenção entre 61,43 e 115,0 e entre 55,81 e 130,00 depois; FC antes entre 65,00 e 95,83 e entre 62,43 e 90,33 depois; FR antes entre 15,29 e 30,00 e entre 16,29 e 30,00 depois.

Para o sexo masculino, esses valores apresentaram variações de PAS antes da intervenção entre 106,92 e 162,53 e entre 110,00 e 166,21 depois; PAD antes entre 67,50 e 94,42 e entre 70,28 e 97,14 depois; FC antes entre 50,57 e 102,67 e entre 60,00 e 97,92 depois; FR antes da intervenção entre 14,80 e 34,22 e depois entre 15,80 e 32,67.

Tabela 1. Apresentação das médias e desvios-padrão (DP) gerais e por sexo dos valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS), Pressão Arterial Diastólica (PAD), Frequência Cardíaca (FC) e Frequência Respiratória (FR), medidos antes e depois das intervenções de Fisioterapia Neurofuncional.

	GERAL (n= 46)		MASCULINO (n= 24)		FEMININO (n= 22)	
	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS
PAS	126,72 (14,17)	129,57 (16,55)	125,51 (13,64)	129,67 (14,52)	128,04 (14,95)	129,47 (18,87)
PAD	80,43 (10,02)	83,30 (11,69)	79,76 (7,45)	84,17 (7,78)	81,17 (12,38)	82,33 (14,99)
FC	74,47 (9,56)	75,06 (8,56)	73,59 (10,55)	75,35 (9,18)	75,43 (8,51)	74,74 (8,03)
FR	21,17 (3,89)	21,82 (3,89)	20,88 (4,48)	21,63 (4,56)	21,49 (3,20)	22,03 (3,11)

Os códigos da CIF que apresentaram maior frequência foram b730 relativos às funções relacionadas à FM e o b735 referente às funções relacionadas ao TM (tabelas 2 e 3). O perfil de funcionalidade se configurou na apresentação dos níveis de força muscular com o predomínio da frequência do qualificador 1 (de deficiência leve) em membro superior e inferior, seguida pelo qualificador 4 (de deficiência completa) em membro superior e qualificador 2 (deficiência moderada) em membro inferior (conforme tabela 2). O código b730 de funções relacionadas à força muscular esteve presente na avaliação de todas as pessoas, correspondendo a 100% dos prontuários avaliados (tabela 2); e nos graus de tônus muscular (referentes aos níveis de espasticidade) que se configurou com maior frequência no qualificador 0 (nenhuma deficiência) no joelho, quadril e punho; qualificador 1 (deficiência leve) em cotovelo e ombro; e qualificador 4 (deficiência completa) em tornozelo (tabela 3). O código b735 de Funções relacionadas ao tônus muscular estava presente em 40 prontuários (87% dos participantes).

Outras incapacidades foram investigadas relacionadas ao AVC para funções relacionadas a mobilidades das articulações (b710), funções relacionadas ao padrão da marcha (b770), Função tátil (b265), Função proprioceptiva (b260), Sensibilidade a estímulos nocivos (b2703). Estes qualificados classificados em COM alteração, SEM alteração ou NÃO APLICÁVEL (tabela 4).

Tabela 2. Apresentação das frequências e percentuais da funcionalidade da força muscular classificada pela CIF com código b730 de acordo com os qualificadores 0= nenhuma deficiência; 1= deficiência leve; 2= deficiência moderada; 3= deficiência grave; 4= deficiência completa. Em itálico e negrito apresentam-se as frequências e percentuais predominantes.

FORÇA MUSCULAR		
QUALIFICADOR	MEMBRO SUPERIOR	MEMBRO INFERIOR
0	3 (6,5%)	3 (6,5%)
1	15 (32,6%)	18 (39,1%)
2	7 (15,2%)	12 (26,1%)
3	9 (19,6%)	4 (8,7%)
4	12 (26,1%)	9 (19,6%)
TOTAL	46 (100%)	46 (100%)

Tabela 3. Apresentação das frequências e percentuais da funcionalidade de acordo com código CIF b735 das funções relacionadas ao tônus muscular nos qualificadores 0= nenhuma deficiência, 1= deficiência leve, 2 = deficiência moderada, 3= deficiência grave, 4= deficiência completa, 8= não especificado, 9= não aplicável. Em itálico e negrito predominância em cada segmento do corpo. Total de prontuários = 46 (100%).

TÔNUS MUSCULAR (ESPASTICIDADE)						
QUALIFICADOR	TORNOZELO	JOELHO	QUADRIL	PUNHO	COTOVELO	OMBRO
0	<i>11 (23,9%)</i>	<i>12 (26,1%)</i>	<i>9 (19,6%)</i>	<i>16 (34,8%)</i>	8 (17,4%)	9 (19,6%)
1	6 (13%)	<i>10 (21,7%)</i>	8 (17,4%)	<i>9 (19,6%)</i>	<i>16 (34,8%)</i>	<i>12 (26,1%)</i>
2	3 (6,5%)	8 (17,4%)	4 (8,7%)	3 (6,5%)	3 (6,5%)	3 (6,5%)
3	6 (13%)	3 (6,5%)	3 (6,5%)	5 (10,9%)	<i>10 (21,7%)</i>	8 (17,4%)
4	<i>12 (26,1%)</i>	5 (10,9%)	6 (13%)	7 (15,2%)	6 (13%)	<i>10 (21,7%)</i>
8	6 (13%)	6 (13%)	<i>14 (30,4%)</i>	4 (8,7%)	1 (2,2%)	2 (4,3%)
9	2 (4,3%)	2 (4,3%)	2 (4,3%)	2 (4,3%)	2 (4,3%)	2 (4,3%)

Tabela 4. Apresentação das frequências e percentuais dos Códigos da CIF relacionados aos estados de saúde com condição de Acidente Vascular Cerebral, encontrados nos 46 prontuários. Em itálico e negrito estão as frequências e percentuais predominantes.

CÓDIGOS DA CIF	COM ALTERAÇÃO	SEM ALTERAÇÃO	NÃO AVALIADO
b710 Funções relacionadas a mobilidades das articulações	25 (54,3%)	20 (43,5%)	1 (2,2%)
b770 Funções relacionadas ao padrão da marcha	<i>29 (63,0%)</i>	16 (34,8%)	1(2,25%)
b265 Função tátil	<i>30 (65,2%)</i>	15 (32,6%)	1 (2,2%)
b260 Função proprioceptiva	20 (43,5%)	<i>24 (52,2%)</i>	2 (4,3%)
b2703 Sensibilidade a estímulos nocivos	20 (43,5%)	<i>24 (52,2%)</i>	2 (4,3%)

4. DISCUSSÃO

Na Fisioterapia, desde o ano de 2002 que a extensão universitária foi garantida pelas diretrizes curriculares nas Instituições de Ensino Superior (IES) como atividades complementares à matriz curricular, o que possibilitou a muitos estudantes vivenciarem a aplicação dos conhecimentos teóricos apreendidos em sala de aula durante a convivência com a sociedade através do diálogo entre academia e comunidade (BRASIL, 2002). Entretanto, a partir do ano de 2021, seguindo a meta 12.7 do Plano Nacional de Educação (PNE), estará assegurado o mínimo de 10% do total de créditos curriculares exigidos para a graduação em programas e projetos de extensão universitários (BRASIL, 2014). Essa meta exigirá um trabalho especial dos cursos de Fisioterapia no sentido de garantir a participação efetiva de

professores e estudantes em atividades que perdurem e que gerem dentro delas as demandas de ensino e pesquisa (BRASIL, 2018).

Apresentar e pensar sobre o perfil clínico e de funcionalidade de pessoas com AVC atendidas pelo PEAC ATPIN e apresenta-los de forma pública mostra tanto à academia como para a sociedade indicadores sobre os quais se pode planejar e deliberar sobre intervenções pontuais nessa condição de saúde, o AVC, bem como sobre os estados de saúde gerados por essa condição neste cenário. Acredita-se ser nesse tipo de diálogo entre a universidade pública e a sociedade que se caminhe na direção de obter subsídios para criar as estratégias que chegue mais perto das demandas dessa comunidade específica (BRASIL, 2018).

O AVC é um importante problema de saúde pública no mundo, pois provoca sequelas de ordem física, funcional e emocional, e ainda é principal causa de morte e de incapacidade, gerando grande impacto econômico e social (WHO, 2018). A amostra referente aos prontuários avaliados no presente estudo correspondeu a aproximadamente 1% da população estimada de Ceilândia no ano de 2015, que de acordo com a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) de 2015 foi de 489.351 habitantes (CODEPLAN, 2015).

O perfil dos participantes foi predominantemente idoso. Porém, há de se considerar que o desvio padrão deste resultado foi de 11,34 anos, variando as idades entre 33 a 86 anos. Dos 46 prontuários, 63% representados pelas 29 pessoas com mais de 60 anos mostram uma tendência do que se encontra na literatura para esta condição de saúde, que a maioria de acometidos do AVC é o idoso do sexo masculino (APPELROS, STEGMAYR, TERÉNT, 2009; CÂMELO, JÚNIOR, 2012). Para o profissional de saúde que conhece essa realidade, é evidente que cada vez mais pessoas com menor idade têm sido acometidas por AVC. Um estudo transversal analítico com 579 adultos jovens cearenses de escola pública, com idade média de 22,3 anos (1,40), submetidos análise sócio-demográfica, clínica e de fatores de risco, mostrou que existem uma associação de fatores socioeconômicos e de risco para AVC com o conhecimento do histórico familiar, sugerindo a necessidade de educação em saúde ou mesmo de programas educacionais sobre o tema junto à clientela em estudo (LIMA-RAMOS et al., 2016).

Dados sobre a participação na distribuição territorial dos vínculos e massa salarial do Distrito Federal (DF) no período de 2006 e 2014 mostram que Ceilândia é uma região administrativa que concentra 1,4% da massa salarial do DF, perdendo para o Plano Piloto que detém o protagonismo, concentrando 52,2% dos postos de trabalho e cerca de 74,7% da massa salarial, mas também atrás do SIA, Taguatinga, Guará e Aguas Claras, nessa ordem, apesar de

possuir elevada participação em muitas atividades econômicas (CRUZ, SCHALABITZ, QUEIROZ, 2018).

Vinte e quatro (24) homens, 52,2% do total de 46 participantes que tiveram suas fichas de avaliação e prontuários estudados, e 22 mulheres (47,8%), representaram uma tendência mundial que mostra que o AVC é mais frequente entre os homens (APPELROS, STEGMAYR, TERÉNT, 2009). No Brasil, em 2013, estimou-se que, das 2.231.000 pessoas em condição de saúde do AVC, houve prevalência de 1,6% homens para 1,4% em mulheres (BENSENOR et al., 2015). Vários estudos também mostram que o sexo masculino com AVC tem sido uma das principais demanda para a área da Fisioterapia (CÂMELO, JÚNIOR, 2012; BARBOSA et al., 2017; MAZZOLA et al., 2007; SANTOS et al., 2007; DAMATA et al., 2016; CARVALHO et al., 2014; SANTOS et al., 2003; PEREIRA et al., 2009; SANTANA et al., 2018).

Observou-se que a quantidade de pessoas atendidas foi maior no ano de 2015. Dos 46 prontuários avaliados, 18 (39,1%) eram referentes ao ano de 2015, o que condiz com dados de 2015 apresentados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal sobre o Hospital Regional de Ceilândia (SES-DF) em que as doenças do aparelho circulatório corresponderam à sétima causa de morbidades, com 667 internações, destas 173 decorrentes do AVC (DATASUS, 2019). De acordo com o Relatório Epidemiológico sobre Mortalidade na Região Oeste do ano de 2016, em Ceilândia, o AVC foi a principal causa específica de mortalidade, responsável por 179 óbitos, destes 1,11% referente aos dois idosos que foram à óbito durante sua participação no projeto (GIASS, 2016).

Referindo-se ao diagnóstico fisioterapêutico de hemiparesia encontrado em todos os participantes (100% dos prontuários), observou-se que 54,3% apresentaram o hemicorpo esquerdo acometido e tiveram como qualificadores mais frequentes os que retratavam algum grau de deficiência no TM (qualificador > 0) em todas as avaliações, demonstrando menor funcionalidade quando comparado com as pessoas acometidas pela hemiparesia direita, que tiveram como qualificador mais frequente igual a zero relativo a nenhuma deficiência. Em relação a FM os acometidos no hemicorpo esquerdo apresentaram menor funcionalidade em membros superiores, com maior frequência do qualificador 3 (deficiência grave). Em membros inferiores não houve diferença entre o hemicorpo acometidos, ambos com maior frequência do qualificador 1 (deficiência leve).

Esses resultados condizem com a literatura que retrata lesões no hemisfério direito, causando hemiparesia esquerda, são caracterizadas por maiores índices de comprometimentos

na função muscular (COELHO et al., 2019). Entretanto, a literatura mostra grande variabilidade quanto à predominância de um dos hemicorpo comprometidos nas condições de AVC, não sendo possível apresentar uma tendência possível de discutir (SOMMERFELD et al., 2004; MACKO et al., 2005; VÔOS, LE, 2008).

Como as pessoas acometidas pelo AVC apresentam comprometimentos associados à redução da funcionalidade principalmente motores, que são os mais prevalentes (YOUNG, FORSTER, 2007; ARENE, HIDLER, 2009), a utilização da CIF permitiu ter uma visão funcional sobre os graus verificados em testes clínicos utilizados na avaliação, tais como a ED e a EAM e se mostrou confiável para traduzir medidas clínicas de FM e TM em funcionalidade. Através da tradução das informações clínicas em categorias e qualificadores de funcionalidade foi possível ter uma visão geral apresentar e entender de forma mais clara os resultados dos graus de incapacidade. A utilização apropriada da CIF ainda necessita de refinamentos (CASTANEDAL, BERGMANNLL, BAHIAL, 2014), no entanto, tais dificuldades e obstáculos somente serão amenizados se os profissionais deram início à utilização prática da CIF (SAMPAIO, LUZ, 2009; SAMPAIO et al., 2005). Nesse sentido, foi importante realizar esse exercício nesse estudo.

Pode-se observar na tabela 2 que 26,1%, 12 pessoas, apresentaram qualificadores de incapacidade 4 (de deficiência completa) para a capacidade de gerar FM, apontando para uma tendência de predomínio de alterações de funcionalidade com maior gravidade no membro superior. Esse perfil de funcionalidade pode estar predominante pelo fato de que a maioria dos participantes que conseguem chegar até o espaço onde o projeto acontece vem andando com o auxílio de outras pessoas (familiares e cuidadores) ou em cadeira de rodas, visto que o comprometimento de membros inferiores está classificado como leve/moderado.

Observa-se uma relação entre a espasticidade (que é o aumento do TM) com a FM na tabela 3. Há um declínio de funcionalidade em membros superiores, predominando em cotovelo e ombro, sobre os membros inferiores predominando sobre o tornozelo. Uma pessoa com funcionalidade reduzida em tornozelo não fica impedida de deambular e se deslocar sobre as duas pernas, mesmo que com algum grau de dificuldade. Isso fica evidente quando se encontra 29 pessoas, representando 63,0% do total de prontuários avaliados com funcionalidade reduzida no padrão de marcha. Se a funcionalidade está reduzida na marcha é porque a marcha se fez presente (TORRIANI et al., 2007).

Funções relacionadas à sensibilidade exteroceptiva representadas pela capacidade de sentir ou não a sensação de tato marcou presença em 30 prontuários, representando 65,2% de

peessoas com esse comprometimento na funcionalidade relacionada à espasticidade, já que é uma condição clínica de características sensoriomotoras. Quanto à mobilidade articular ela se apresentou reduzida, provavelmente pela dificuldade de gerar FM voluntária e de movimentar segmentos na presença da espasticidade. Há desvantagem mecânica na capacidade de contração simultânea dos músculos antagonistas, antagonistas e antigravitacionais, ocasionando perda da seletividade do movimento e inibição recíproca causada pela espasticidade. Os mecanismos neurais da espasticidade reduzem as possibilidades de controle motor durante a marcha, limitando a propulsão articular, aumentando a cadência e diminuindo o comprimento do passo, assim como em movimentos relacionados ao alcance, apreensão e manipulação de objetos. A impossibilidade de gerar FM e a espasticidade evidenciada no TM, e seu componente sensoriomotor, parece que estão relacionadas e que exercem influências negativas sobre a mobilidade articular global (LUVIZUTTO, GAMEIRO, 2011).

Quanto aos aspectos clínicos, a variação apresentada a partir de valores dos desvios-padrão, conforme verificado na tabela 1, bem como os valores mínimos e máximos para PAS, PAD e FC foi alta. No que diz respeito comportamento da FR, a variação foi menor, porém chamou a atenção a tendência de um padrão respiratório aumentado (taquipneia), tanto antes como depois das intervenções. As alterações do FM e TM comprometem também a musculatura do tronco interferindo na dinâmica respiratória do hemitórax comprometido pela hemiparesia, e pode acarretar aumento no esforço respiratório e conseqüentemente aumento a frequência respiratória (MAFALDA, SANTOS, CARRILHO, 2014).

A PAS e PAD antes e depois das intervenções se apresentaram dentro dos valores considerados normais. A amostra deste estudo apresentou uma média de PAD maior que 70 mmHg e uma pressão de pulso menor 60 mmHg, valores que indicam baixo risco AVC recorrente. Pessoas com PAS considerada baixa apresentam maior mortalidade de origem vascular (LIN et al., 2014), com um risco 61% maior de AVC, infarto agudo do miocárdio e morte (KIM et al., 2014). Os níveis de PAD menor que 70 mmHg acompanhados por uma pressão de pulso maior que 60 mmHg conferem risco aumentado de AVC recorrente (PARK, OVBIAGELE, 2017; FRANKLIN et al., 2015). A disfunção cardiovascular autonômica é comum após AVC, aumentando o risco de complicações cardiovasculares e desfechos ruins. Conseqüentemente a FC tende a estar acima do normal (HILZ et al., 2011). Porém, o perfil da FC dos participantes desse estudo encontrou-se dentro de parâmetros considerados normais.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo aponta para uma prevalência de AVC em maiores de 60 anos e no sexo masculino, com predomínio de acometimento em hemicorpo esquerdo.

Indicadores clínicos de PAS, PAD e FC antes e depois das intervenções em Fisioterapia Neurofuncional de Cinesioterapia apresentaram-se dentro dos limites da normalidade, apesar de estarem discretamente aumentados depois. Em geral, a FR apresentou-se elevada em relação aos valores de referência antes e depois das intervenções determinando um padrão de taquipneia.

O perfil de funcionalidade mostrou diminuição da funcionalidade das articulações, marcha, sensibilidade, sendo que força muscular e tônus muscular com a presença da espasticidade apresentaram maiores comprometimentos.

REFERÊNCIAS

APPELROS, P.; STEGMAYR, B.; TERÉNT, A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. **Stroke**, v. 40, n. 4, p. 1082-1090, 2009.

ARENE, N.; HIDLER, J. Understanding motor impairment in the paretic lower limb after a stroke: a review of the literature. **Topics in Stroke Rehabilitation**, v. 16, n. 5, p. 346-356, 2009.

BARBOSA, R.A.; VASCONCELOS, T.B.; SOUSA, C.T.; COSTA, M.F.A. et al. Perfil dos pacientes adultos com Acidente Vascular Encefálico tratados em uma clínica-escola de fisioterapia. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 51, p. 5-10, 2017.

BENSENOR, I.M.; GOULART, A.C.; SZWARCOWALD, C.L.; VIEIRA, M.L. et al. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey – 2013. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 9, p. 746-50, 2015.

BOHANNON, R.W.; SMITH, M.B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. **Physical Therapy**, v. 67, p. 206 –207, 1987.

BRASIL. Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014 do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**, S.1, p.1, 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm>. Acesso em: 28 Fev. 2019.

BRASIL. Resolução CNE/CES de 4 de 19 de fevereiro de 2002 do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**, S.1, p.11, 2002. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em: 28 Fev. 2019.

BRASIL. Resolução nº7 de 18 de dezembro de 2018 do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p. 49, 2018. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/55877808>. Acesso em: 28 Fev. 2019.

CÂMELO, H.K.; JÚNIOR, F. Perfil de Indivíduos com Acidente Vascular Encefálico Atendidos em uma Clínica de Fisioterapia de Fortaleza. **Revista dos Cursos de Saúde da Faculdade Integrada do Ceará**, v. 1, n. 22, p. 33-37, 2012.

CARVALHO, M.I.; DELFINO, J.; PEREIRA, W.; MATIAS, A.C. et al. Acidente Vascular Cerebral: Dados clínicos e Epidemiológicos de uma clínica de fisioterapia do Sertão Nordeste Brasileiro. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 6, p.1-4, 2014.

CASTANEDAL, L.; BERGMANNLL, A.; BAHIAL, L. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 2, p. 437-451, 2014.

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio (PDAD) – 2015. Disponível em : <<http://www.codeplan.df.gov.br/pdad/2015>>. Acesso em: 28 Fev. 2019.

COELHO, D.B.; FERNANDES, C.A.; MARTINELLI, A.R.; TEIXEIRA, L.A. Right in Comparison to Left Cerebral Hemisphere Damage by Stroke Induces Poorer Muscular Responses to Stance Perturbation Regardless of Visual Information. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease**, v. 28, n. 4, p. 954-962, 2019.

CRUZ, B.O.; SCHALABITZ, C.J.; QUEIROZ, I.V. Aspectos Econômicos do Distrito Federal. **Texto para Discussão**, n.37, 2018.

DAMATA, S.R.; FORMIGA, L.M.; ARAÚJO, A.K.; OLIVEIRA, E. et al.. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 1, p. 107-117, 2016.

DANIELS, M.A.; WORTHINGHAM, C. **Provas de Função muscular. Interamericana**, Rio de Janeiro, p. 165, 1981.

DATASUS. **Morbidade hospitalar do SUS - por local de internação - Distrito Federal**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sih/cnv/nidf>> Acesso em:28 Fev. 2019.

FARIAS, N.; BUCHALLA, CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8 n.2, p. 187-193, 2005.

FRANKLIN, S.; GOKHALE, S.; CHOW, V.; LARSON, M.et al. Does low diastolic blood pressure contribute to the risk of recurrent hypertensive cardiovascular disease events? The Framingham Heart Study. **Hypertension**, v. 65, n. 2, p. 299-305, 2015.

GIASS. **Relatório Epidemiológico sobre mortalidade geral: Região de Saúde Oeste em 2016**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/Relat%C3%B3rio-Epidemiol%C3%B3gico-sobre-Mortalidade-no-Distrito-Federal-%E2%80%93-2016.pdf>>. Acesso em: 28 Fev. 2019.

HILZ, M.; MOELLER, S.; AKHUNDOVA, A.; MARTHOL, H.et al. NIHSS Values Predict Impairment of Cardiovascular Autonomic Control. **Stroke**, v. 42, n. 6, p. 1528-1533, 2011.

KIM, J.; GALL, S.; NELSON, M.; SHARMAN, J.et al. Lower systolic blood pressure is associated with poorer survival in long-term survivors of stroke. **Journal of Hypertension**, v. 32, n.4, p. 904-911, 2014.

LIMA-RAMOS, M.J.M.; MOREIRA, T.M.M.; FLORÊNCIO, R.S.; BRAGA-NETO, P. Fatores associados ao conhecimento dos adultos jovens sobre histórico familiar de Acidente Vascular Cerebral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e 2814, 2016.

LIN, M.P.; OVBIAGELE, B.; MARKOVIC, D.; TOWFIGHI, A. Systolic Blood Pressure and Mortality After Stroke Too Low, No Go?. **Stroke**, v. 46, n. 5, p. 1307-1313, 2015.

LUVIZUTTO, G.; GAMEIRO, M. Efeito da espasticidade sobre os padrões lineares de marcha em hemiparéticos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 4, p. 705-712, 2011.

MACKO, R.F.; IVEY, F.M.; FORRESTER, L.W.; HANLEY, D. et al.. Treadmill exercise rehabilitation improves ambulatory function and cardiovascular fitness in patients with chronic stroke: a randomized, controlled trial. **Stroke**, v. 36, n. 10, p. 2206-2211. 2005.

MAFALDA, L.; SANTOS, P.H.; CARRILHO, L.O. Perfil Respiratório de Pacientes Acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista de Saúde Integrada**, v. 7, n. 1, p. 13-14, 2014.

MARTIN, E.A. Concise Dicionário Médico. **Imprensa da Universidade de Oxford**, Nova York: 2015.

MAZZOLA, D.; POLESE, J.; SCHUSTER, R.; OLIVEIRA, S. Perfil dos pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico Assistidos na clínica de fisioterapia neurológica da Universidade de Passo Fundo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 20, n. 1, p. 22-27, 2007.

MELO, A.W.S.; SILVA, J.M.; PEREIRA, T.M.A.; ORSINI, M. et al.. Funcionalidade e incapacidade dos pacientes pós-acidente vascular encefálico: relato de casos. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 9, n. 1, p. 101-107, 2019.

NOBRE, F.; MION, D.; GOMES, M.A.; BARBOSA, E.C. et al.^{6ª} Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4ª Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 5, p. 1-29, 2018.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10**. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm> >. Acesso em: 28 Fev. 2019.

OMS. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Genebra: OMS, 2013.

PARK, J.H.; OVBIAGELE, B. Post-stroke diastolic blood pressure and risk of recurrent vascular events. **European Journal of Neurology**, v. 24, n. 11, p.1416-1423, 2017.

PASTORE, C.A.; SAMESIMA, N.; PEREIRA-FILHO H.G. III Diretrizes SBC para Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos - Resumo Executivo. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 107, n. 5, p. 392-402, 2016.

PEREIRA, A.B.; ALVARENGA, H.; JÚNIOR, R.; BARBOSA M.T. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública**, v. 25, n. 9, p. 1929-1936, 2009.

ROCHA, A.; MARTINS, W.; RESENDE, A.; ANDRADE, A et al. Avaliação e tratamento de pessoas com Incapacidade Neuromotora: Projeto de extensão do curso de fisioterapia da UnB que aproxima a academia da comunidade onde a universidade está inserida. **Revista de Participação**, v. 1, n. 29, p. 44-54, 2017.

SAMPAIO, R.F.; LUZ, M.T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 475-83, 2009.

SAMPAIO, R.F.; MACINI, M.C.; GONÇALVES G.G.P.; BITTERN COURT, N.F.N. et al. Aplicação da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

SANTANA, N.; FIGUEIREDO, F.; LUCENA, D.; SOARES, F. et al. The burden of stroke in Brazil in 2016: an analysis of the Global Burden of Disease study findings. **BMC Research Notes**, v. 11, n.735, p. 1-5, 2018.

SANTOS, D.C.; ROCHA, J.D.; JORGE, S.; ZERBINATTI, D. et al. Perfil do paciente com Acidente Vascular Cerebral em tratamento fisioterapêutico na clínica de fisioterapia da Universidade Paranaense e no Lar São Vicente de Paulo de Umuarama - Paraná. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 7, n. 1, p.43-49, 2003.

SANTOS, F.; NETO, J.S.; RAMOS, J.; SOARES, F. Perfil epidemiológico do atendidos pela fisioterapia no Programa Saúde e Reabilitação na Família em Camaragibe, PE. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 14, n.3, p. 50-55, 2007.

SBH. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 08-66, 2010.

SOMMERFELD, D.K.; EEK, E.U.B.; SVNSSON, A.K.; HOLMQVIST, L.W. et al. Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. **Stroke**, v. 35, n. 1, p. 134-139, 2004.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; OLIVEIRA, E.S.G.; SANTANA, E.G.S, RESENDE, G.P. Fortalecimento muscular e condicionamento físico em hemiplégicos. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 7, n. 3, p. 108-118, 2000.

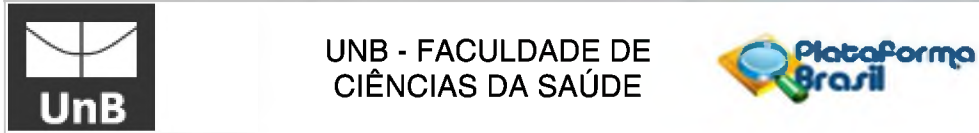
TORRIANI, C.; MOTA, E.P.; KAZURAYAMA, S.H.P.; BURIN, S.R. et al. Relação entre independência e o nível de disfunção motora e funcional em pacientes hemiparéticos. **Revista de Neurociências**, v. 15, n. 1, p.33-38, 2007.

VÔOS, M.C.; LE, R.V. Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e evolução funcional em indivíduos destros. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 2, p. 113-120, 2008.

WHO. Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization, 2018.

YOUNG, J.; FORSTER, A. Review of stroke rehabilitation. **The BMJ**, v. 334, n. 7584, p. 86-90, 2007.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil epidemiológico, clínico, funcional, de funcionalidade e incapacidade dos pacientes atendidos pelo Projeto de Extensão Avaliação e Intervenção de Pessoas com Deficiência Neuromotora: resultados de 2 anos de ação contínua.

Pesquisador: Wagner Rodrigues Martins

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55504816.0.0000.0030

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.642.355

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa foi elaborado a partir do Projeto de Extensão Avaliação e Tratamento de Pessoas com deficiência Neuromotora, desenvolvido por professores e estudantes da Faculdade de Ceilândia, cujo objetivo foi proporcionar assistência fisioterapêutica para pessoas da comunidade de Ceilândia. O projeto de Extensão foi efetivamente cadastrado no Edital FLUEX nº1/2013. A partir desse registro, as atividades do referido projeto têm recebido a participação significativa de estudantes extensionistas sob a orientação de professores do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia – UnB. Com a evolução do projeto foi possível obter uma estrutura de armazenamento de dados relativos aos atendimentos, gerando um banco de dados. A partir desse banco de dados, os pesquisadores têm condições de delinear o perfil epidemiológico, clínico, de funcionalidade e de incapacidade dos pacientes atendidos no referido projeto. Há também condições de apresentar estudos de caso que reportam às condições específicas de saúde da população local, por meio dos registros diários das intervenções realizadas. Considerando que há uma quantidade significativa de dados registrados em planilhas eletrônicas, o pesquisador responsável Wagner Rodrigues Martins apresenta este projeto com objetivo de descrever o perfil epidemiológico, clínico, de funcionalidade e de incapacidade dos pacientes atendidos pelo referido projeto de extensão, ainda, tem como objetivo descrever relatos de casos específicos na área de

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

ANEXO B – Parceria com a Arquidiocese de Brasília

MITRA ARQUIDIOCESANA DE BRASÍLIA

CONTRATO DE COMODATO DE BEM IMÓVEL QUE ENTRE SI FAZEM PARÓQUIA SÃO FRANCISCO DE ASSIS E O(A) COMODATÁRIO(A), NA FORMA ABAIXO.

COMODANTE: MITRA ARQUIDIOCESANA DE BRASÍLIA, sociedade religiosa, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica nos termos do Decreto n.º 119-A, de 7 de janeiro de 1890, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) sob o n.º 00.108.207/0001-10, tendo como Estatuto o Código de Direito Canônico, com sede na EMI, lote 12, Esplanada dos Ministérios, Brasília-DF, juntamente com sua **PARÓQUIA SÃO FRANCISCO DE ASSIS**, inscrita no CNPJ sob o n.º 00.108.217/0094-19, localizada na EQNM 07/09 MÓDULO A ÁREAL ESPECIAL – CEILÂNDIA SUL, nesse ato representada por seu Bispo Auxiliar, Dom **MARCONY VINÍCIUS FERREIRA**, brasileiro, solteiro, religioso residente e domiciliado em Brasília-DF;

COMODATÁRIOS: ANA CLARA BONINI ROCHA, divorciada, portador do RG n.º 8020169838, expedida pela SSP DF, e do CPF sob o n.º 402.923.040-72, ajustam entre si o presente contrato de comodato, nos seguintes termos, cláusulas e condições:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Constitui objeto do presente contrato o empréstimo, a título gratuito, do imóvel de propriedade e administração da Arquidiocese de Brasília, situado na EQNN 06/08 Área especial. Capela Nossa Senhora de Fátima - Ceilândia Sul -DF, sendo o presente contrato apenas com relação a(s) sala(s) constantes no interior da Capela, de terça a sexta das 08h00 as 12h00 e de 14h00 as 18h00, para realização de atendimentos de fisioterapia pelos alunos da UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

2.1. Constituem obrigações da COMODANTE:

a) Respeitar e fazer respeitar a vigência do presente contrato, em todas as suas disposições.

2.2. Constituem obrigações do COMODATÁRIO:

- a) Zelar pela integridade do imóvel em comodato, evitando prejuízos decorrentes de roubo ou furto;
- b) Impedir a entrada de pessoas não identificadas regularmente;
- c) Utilizar o imóvel cedido em comodato única e exclusivamente para atendimentos de fisioterapia e aulas práticas, entre a COMODANTE e o COMODATÁRIO, abstendo-se de cedê-lo, a qualquer título, total ou



[Handwritten signature]

ANEXO C – Ficha de Avaliação

PROJETO DE EXTENSÃO: AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS COM INCAPACIDADE NEUROMOTORA
SUPERVISORA DE CAMPO E PROFESSORA ORIENTADORA: Ana Clara Bonini Rocha

IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO
Nome: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: _____
Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo ()F ()M

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

ANAMNESE
História da Doença Progressiva:

História da Doença Atual:

Queixa Principal:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

OBJETIVOS de tratamento

PLANEJAMENTO DE CONDUTA

EXAME FÍSICO**OBSERVAÇÃO**

FÁCIES () Atípica

Típica: _____

MOVIMENTAÇÃO INVOLUNTÁRIA () Não () Sim

Tipo: _____

MOVIMENTAÇÃO PASSIVA**Palpação Trofismo**

() Eutrófico () Hipotrófico () Hipertrófico

Obs.: _____

Sensibilidade Exteroceptiva*Tátil* () preservada () diminuída () aumentada

Obs.: _____

Dolorosa () preservada () diminuída () aumentada

Obs.: _____

Sensibilidade Proprioceptiva*Cinestésica* () preservada () diminuída

OBS.: _____

Reflexos Tendinosos

() 0 Ausente

() 1 Hiporreflexivo

() 2 Normorreflexivo

() 3 Hiperrreflexia média

() 4 Clônus esgotável (3 a 4 repetições)

() 5 Clônus inesgotável

Obs.: _____

Amplitude Articular () preservada () diminuída () aumentada

Obs.: _____

ESCALA DE ASHWORD MODIFICADA (Avaliação de Espasticidade)

- () **0** Tônus muscular normal (sem contração aparente)
- () **1** Leve aumento de tônus muscular, manifestado por tensão momentânea ou mínima resistência no final da amplitude de movimento (ADM), quando a região afetada é movida em extensão ou flexão. (contração visível com ressaltos).
- () **1+** Leve aumento de tônus muscular, manifestado por tensão abrupta, seguida de resistência mínima em menos da metade da ADM restante. (contração com parada que cede logo).
- () **2** Aumento mais marcante do tônus muscular durante a maior parte da ADM, mas a região afetada é movida facilmente. (contração com parada que cede em alguns segundos).
- () **3** Considerável aumento do tônus muscular. O movimento passivo é difícil. (contração com parada difícil de vencer).
- () **4** Parte afetada rígida em flexão ou extensão. (parada invencível).

ESCALA DE ESPASMOS MUSCULARES

- () 1 Sem espasmos musculares
- () 2 Espasmos leves induzidos por estimulação forte
- () 3 Espasmos intensos infrequentes
- () 4 Espasmos intensos frequentes (1-10 por hora)
- () 5 Espasmos quase contínuos (> 10 por hora)

DIAGNÓSTICO DE Tônus

- () Eutônico
- () Hipertonia Elástica (Espasticidade) () leve () moderada () grave
- () Hipertonia Plástica (Rigidez)
- () Hipotonia

MOVIMENTAÇÃO VOLUNTÁRIA

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE FORÇA DE DANIELS

- () **5** Arco completo de movimento contra gravidade e resistência máxima (força normal)
- () **4** Arco completo de movimento contra gravidade e resistência
- () **3** Movimento ativo contra gravidade (vence a gravidade mas não sustenta)
- () **2** Movimento ativo com eliminação da gravidade (não vence a gravidade)
- () **1** Contração visível ou palpável sem movimento
- () **0** Ausência de contração

Na dúvida extrema:

- () 4+ Arco completo de movimento contra gravidade e resistência sustentada
- () 4- Arco completo de movimento contra gravidade e resistência parcial
- () 3+ Arco completo do movimento contra gravidade e pouca resistência
- () 3- Metade ou 2/3 do arco de movimento contra a gravidade
- () 2+ Inicia movimento contra a gravidade
- () 2- Metade ou 2/3 do arco de movimento sem gravidade
- () 1+ Inicia movimento sem gravidade

ESCALA DE ATIVIDADES FUNCIONAIS

SEDESTAÇÃO - GATOS - AJOELHADO - SEMIAJOELHADO - BIPEDESTAÇÃO

Grau 0 - Não realiza

Grau 1 - Realiza COM auxílio, mantém COM apoio, SEM alinhamento

Grau 2 - Realiza COM auxílio, mantém COM apoio, COM alinhamento

Grau 3 - Realiza COM auxílio, mantém SEM apoio, SEM alinhamento

Grau 4 - Realiza COM auxílio, mantém SEM apoio, COM alinhamento

Grau 5 - Realiza SEM auxílio, mantém COM apoio, SEM alinhamento

Grau 6 - Realiza SEM auxílio, mantém COM apoio, COM alinhamento

Grau 7 - Realiza SEM auxílio, mantém SEM apoio, SEM alinhamento

Grau 8 - Realiza SEM auxílio, mantém SEM apoio, COM alinhamento

Grau 9 - Realiza SEM auxílio, mantém SEM apoio, realiza atividades na postura SEM manter alinhamento

Grau 10 - Realiza SEM auxílio, mantém SEM apoio, realiza atividades na postura COM manutenção do alinhamento

ENGATINHAR - DEAMBULAR

Grau 0 - Não realiza

Grau 1 - Realiza com padrão motor alterado

Grau 2 - Realiza com padrão motor coordenado e interferência da hipertonía

Grau 3 - Realiza com padrão motor coordenado

FUNÇÃO	____/____/____		____/____/____	
	GRAU	OBSERVAÇÕES	GRAU	OBSERVAÇÕES
SEDESTAÇÃO				
GATOS				
AJOELHADO				
SEMIAJOELHADO				
BIPEDESTAÇÃO				
ENGATINHAR				
MARCHA				

9. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
10. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
11. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
12. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
13. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
14. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
15. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
16. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____
17. T1 _____ T2 _____ T3 _____ MÉDIA: _____

EQUILÍBRIO (“ESTÁTICO”)

SINAL DE RÖMBERG (braços cruzados em frente ao corpo por 30 segundos) () não se aplica

1) OLHOS ABERTOS SUPERFÍCIE ESTÁVEL (ROA-E)

() positivo pés juntos () positivo calcanhar-dedo () não presente

2) OLHOS FECHADOS SUPERFÍCIE ESTÁVEL (ROF-E)

() positivo pés juntos () positivo calcanhar-dedo () não presente

3) OLHOS ABERTOS SUPERFÍCIE INSTÁVEL (ROA-I)

() positivo pés juntos () positivo calcanhar-dedo () não presente

4) OLHOS FECHADOS SUPERFÍCIE INSTÁVEL (ROF-I)

() positivo pés juntos () positivo calcanhar-dedo () não presente

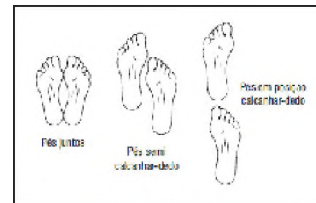


Figura 1 - Posições distintas dos pés analisadas em Romberg

VELOCIDADE, AGILIDADE E EQUILÍBRIO DINÂMICO

TIMED UP & GO TEST (TUG) (ponto de corte >12 segundos) () não se aplica

T 1 – _____ T 2 – _____ T 3 – _____ Média = _____

ANEXO D – Normas da Revista Científica

[Creative Commons Attribution 4.0](#)

<https://periodicos.ufs.edu.br/index.php/RBE>

23/06/2019

Submissões | REVISTA BRASILEIRA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

[Fernandes et al. Rev. HCPA 2008; v. 28, n. 1, p. 26-32, 2008](#)