

FACULDADE IBES

ÁREA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

CURSO DE FISIOTERAPIA

**PERFIL DOS PACIENTES SOB TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO
NA CLÍNICA ESCOLA DA FACULDADE IBES.**

ELIZABETE AMARO DE SOUZA DE JESUS

Salvador - Bahia

Dezembro/2009

FACULDADE IBES

ÁREA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

CURSO DE FISIOTERAPIA

**PERFIL DOS PACIENTES SOB TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO
NA CLÍNICA ESCOLA DA FACULDADE IBES.**

ELIZABETE AMARO DE SOUZA DE JESUS

Artigo apresentado a Faculdade IBES, como exigência parcial para Graduação em Fisioterapia, sob orientação da Prof^a Renata Brito Rocha Landeiro e Co-orientação da Prof^a Leila Valverde.

Salvador - Bahia

Dezembro/2009

**PERFIL DOS PACIENTES SOB TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO
NA CLÍNICA ESCOLA DA FACULDADE IBES.**

***PROFILE OF THE PATIENTS UNDER TREATMENT
FISIOTERAPÊUTICO IN THE CLINICAL SCHOOL OF COLLEGE
IBES.***

(JESUS, Elizabete¹; VALVERDE, Leila²; LANDEIRO, Renata Brito R.³.)

¹ Graduanda em Fisioterapia pela Faculdade IBES.

² Fisioterapeuta mestra em Atividade Física na Terceira Idade pela Faculdade de Desporto-Universidade do Porto (Portugal).

³ Fisioterapeuta especialista em Metodologia e Didática do Ensino Superior, Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Faculdade IBES.

Endereço para correspondência:

Rua João Florêncio Gomes nº49

Bairro-Centro Cep:43.900-000

São Francisco do Conde – Bahia

Tel: (71)3651-1484 e (71) 8241-6701

e-mail:

bettyamarofisio@yahoo.com.br

renatabritoibes@gmail.com

leilaval@hotmail.com

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me sustentado por todos os dias, da minha vida, sempre viabilizando recursos para a minha trajetória até a reta final.

À Professora e Coordenadora Renata Brito Rocha Landeiro pelo incentivo, força, apoio e ensinamentos que viabilizaram este artigo e pela amizade construída e solidificada durante esse percurso acadêmico.

À Professora Leila Valverde, pelo incentivo, apoio e as constantes observações a cerca do corpo do presente estudo e por toda estatística feita.

À professora Michele Flores pela força e algumas observações feitas na fase de finalização do artigo.

E, a todos aqueles que me acompanharam nessa grande jornada.

PERFIL DOS PACIENTES SOB TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA CLÍNICA ESCOLA DA FACULDADE IBES.

PROFILE OF THE PATIENTS UNDER TREATMENT FISIOTERAPÊUTICO IN THE CLINICAL SCHOOL OF COLLEGE IBES.

(JESUS, Elizabete; VALVERDE, Leila; LANDEIRO, Renata)

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi traçar o perfil dos pacientes sob tratamento fisioterapêutico nas áreas de Ortopedia e Neurologia (adulto e pediátrico) na Clínica Escola da Faculdade IBES. Trata-se de um estudo observacional do tipo descritivo, de natureza quantitativa, retrospectiva apresentando um corte transversal. Os dados foram coletados através da análise de 253 fichas de avaliação dos pacientes atendidos na clínica no período de fevereiro de 2007 a julho de 2009 e tratados pelo programa SPSS, versão 17.0 para Windows, através da estatística descritiva. Os resultados mostraram que 108 (42,68%) pacientes eram homens e 145 (57,25%) mulheres. As idades variaram de 0 a 92 anos ($45,13 \pm 21,80$ anos), com predomínio de 19-59 anos (56,18%). Grande parte dos pacientes residiam no Cabula, perfazendo um total de 66 (26,08%). Quanto ao diagnóstico clínico na área de Ortopedia, houve maior prevalência para Gonartrose 25(16,77%), na Neurologia Adulto o AVE-I foi mais frequente 45(64,28%), e na Neurologia pediátrica, a alteração funcional consequente de Paralisia Cerebral 11(32,35%). Em relação ao quadro funcional, na área da Ortopedia observou-se que 22(47,82%) pacientes apresentaram diminuição de força muscular, em Neurologia Adulto 27(42,18%) tinham Hemiparesia e em Neurologia pediátrica 21 (61,76%) possuíam Tetraparesia Espástica. Sugere-se que estudos posteriores sejam realizados na clínica em áreas específicas, objetivando um melhor e mais profundo conhecimento da população alvo, para uma assistência fisioterapêutica mais ampliada e especializada, como também que sejam aprimoradas as ações na atenção primária, secundária e terciária quanto aos fatores etiológicos das patologias.

Palavras-chaves: Fisioterapia, perfil, estágio supervisionado, clínica escola.

ABSTRACT

The aim of this study was to trace the profile of patients on therapy in the areas of orthopedics and neurology (adult and pediatric) in the Clinic of the Faculty IBES. This is an observational study is a descriptive, quantitative, retrospective featuring a cross-section. Data were collected through analysis of 253 evaluation sheets of patients treated at the clinic from February 2007 to July 2009, processed using SPSS, version 17.0 for Windows. The results showed that 108 (42.68%) patients were men and 145 (57.31%) women. Ages ranged from 0 to 92 years (45.13 ± 21.80 years), with a prevalence of 19-59 years (56.18%). Most patients live in Cabula 66(26,08%). The clinical diagnosis in the field of Orthopedics was more prevalent for Gonarthrosis 25 (16.77%), Adult Neurology for AVE-I 45 (64.28%) and Neuropediatrics for functional change resulting from cerebral palsy 11 (32.35%). In relation to the functional area of Orthopedics observed that 22 (47.82%) patients had decreased muscle strength in

Adult Neurology 27 (42.18%), hemiparesis and Neuropediatrics 21 (61.76%), tetraparesis. It is suggested that further studies are performed in the clinic in specific areas, aiming at a better and deeper knowledge of the target population, physical therapy for an expanded and more specialized, but that the actions are enhanced in primary, secondary and tertiary regarding etiological factors of diseases.

Keywords: Physiotherapy, Profile, supervised, clinical school.

INTRODUÇÃO

O curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade IBES possui uma Clínica Escola própria que oferece aos acadêmicos a realização de atividades práticas específicas da Fisioterapia que são desenvolvidas gradualmente do início do curso com complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida voltada para a atenção básica e de média complexidade.

O estágio supervisionado do curso de graduação em Fisioterapia da IBES, aborda conteúdos curriculares diversificados, oferecidos de forma equilibrada em diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), recursos terapêuticos e áreas da saúde, dentre os quais pode-se citar: Ortopedia e Traumatologia, Neurologia (Adulto e Pediátrico), Cardiologia, Angiologia, Pneumologia, Saúde Pública, Fisioterapia Dermato-Funcional e Uroginecológica, de acordo com as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em fisioterapia, assegurando uma formação generalista.¹

O estágio curricular supervisionado é um procedimento didático-pedagógico que tem como objetivo básico desenvolver o sentido de autonomia e de responsabilidade profissional, além de complementar a formação do discente com treinamento prático em situação real, que ao mesmo tempo é educativo e formativo e de prestação de serviços à comunidade em geral.^{2,3}

Segundo MUNIZ (1999), o aluno da área da saúde que será futuro profissional e trabalhará atendendo outros seres humanos com o principal tesouro que é a vida, torna-se necessário que possua conhecimento amplo e sedimentando no que se propõe a fazer. No entanto este conhecimento não deve estar atrelado somente a teorização recebida, mas principalmente, a uma prática que propicie a possibilidade de vivência das situações teóricas abordadas de maneira que, em algum momento dessa relação teórico-prática, tenha sido abordada a importância de soluções a situações não abordadas que se darão e que as respostas para elas serão encontradas quando se utilizar a criatividade.⁴

Dentro desse contexto, a Clínica Escola de Fisioterapia da IBES, pré-dispõe de atendimento ambulatorial gratuito à população carente do bairro do Cabula e bairros adjacentes há quatro anos na cidade de Salvador. O tratamento oferecido na Clínica Escola engloba estrutura física, responsabilidade social, aparelhagem moderna, humanização, e principalmente respeito e ética profissional. No que diz respeito ao atendimento dos indivíduos, dá-se prioridade aos pacientes com patologias e queixas clínicas de maior gravidade.

Conforme MERHY (1994) um paciente que necessita de atendimento na rede de serviço de saúde, apresenta uma desagradável insegurança pela má qualidade dos atendimentos e pela crise real que os serviços de saúde vêm passando. Portanto a busca incessante da qualidade nos atendimentos é observada em toda população carente.⁴

A carência da saúde pública implica em uma clientela insatisfeita, o que leva essa população a procurar melhores e novas condições de saúde, englobando não só as clínicas em geral, como também os grandes hospitais públicos, onde há convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), e a precariedade de seus atendimentos leva grande parte da população a passar por momentos difíceis. O acesso aos serviços de fisioterapia na rede pública está concentrado em centros de reabilitação, hospitais e clínicas, ou seja, serviços de atenção secundária e terciária, o que tem trazido grandes dificuldades às pessoas de classes populares residentes nas periferias da cidade no que se refere ao acesso aos mesmos.

Na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade IBES, o indivíduo é reestruturado e condicionado a assistência de alta qualidade com recursos íntegros e adoção de modelos de integração, respeito, os quais a população realmente necessita dentro dos três padrões básicos de atenção.

Conforme SARTWELL (1973), a epidemiologia é o uso de todos os métodos pertinentes que estão disponíveis para estudar a distribuição e dinâmica das doenças nas populações humanas.²⁴ Neste contexto, a Fisioterapia como campo de saber na saúde amplia o seu objeto de estudo no que diz respeito à prevenção, tratamento e reabilitação. Partindo desse pressuposto, passa a promover o bem estar individual e coletivo do ser humano, capaz de prevenir e tratar os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistema do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas, exercendo assim, um papel importante na reabilitação do paciente e na sua reinserção no convívio social.⁹

A relevância em conhecer o perfil dos pacientes atendidos em uma determinada população está em conhecer quem é o usuário do serviço de fisioterapia, quais agravos o acometem, qual a demanda de atendimento, quais as implicações e complicações decorrentes da condição patológica ou traumática do usuário. De posse desse conhecimento, é possível construir e planejar uma assistência adequada e específica que contemple as necessidades do paciente, respeite suas peculiaridades, garantindo um melhor atendimento.

O objetivo do presente estudo é traçar o perfil dos pacientes sob tratamento fisioterapêutico nas áreas de Ortopedia e Neurologia (adulto e pediátrico) na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade IBES.

METODOLOGIA

O plano de investigação utilizado neste estudo foi elaborado seguindo um desenho transversal, enquadrado na metodologia observacional do tipo descritiva, quantitativa e retrospectiva. Os dados foram coletados na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade IBES na cidade de Salvador-BA, através da análise de 253 prontuários dos pacientes sob tratamento fisioterapêutico nas áreas de Neurologia (adulto e pediátrico) e Ortopedia nesta instituição.

A coleta de dados foi feita com base em uma ficha de avaliação previamente desenvolvida na referida clínica, a qual abrangia variáveis como: sexo, idade, residência, diagnóstico clínico principal e diagnóstico funcional. Foram considerados como critérios de inclusão todos os pacientes admitidos na clínica escola no período de fevereiro de 2007 a julho de 2009 nos estágios de Neurogeriatria, Neurologia pediátrica e Ortopedia. Usou-se como critério de exclusão pacientes que não possuíam

diagnóstico clínico fechado. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a utilização de seus dados para o referido estudo. A análise estatística dos dados foi realizada de forma descritiva, onde as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e de frequências relativas (percentuais) e as variáveis quantitativas por meio de médias (m), desvios-padrão (DP), mínimos e máximos. Estes dados foram tratados através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0 para Windows.

RESULTADOS

De forma a alcançar os objetivos do estudo e descrever ao máximo a amostra, optou-se por apresentar os resultados de acordo com a amostra geral, áreas de estudo (Neurologia - Adulto e Pediátrico e Ortopedia), residência, gênero e idades categorizadas em faixas etárias (0-15 anos, 16-59 anos e ≥ 60 anos).

No que concerne à caracterização geral da amostra (Quadro 1), dos 281 prontuários analisados, 28 (9,96%) foram excluídos por falta de diagnóstico clínico fechado, sendo então utilizados no estudo os 253 (90,03%) restantes.

Distribuição dos Pacientes	n	%
Com Diagnóstico	253	90,03%
Sem Diagnóstico	28	9,96%
Total	281	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa.

Quadro 1. Distribuição dos Pacientes

A amostra geral foi constituída por 253 pacientes de ambos os sexos (145 mulheres e 108 homens) com idades compreendidas entre o 0 e os 92 anos (idade média: $45,13 \pm 21,80$ anos), sendo que os homens apresentaram uma idade média inferior em relação às mulheres (Quadro 2).

	Amostra total	Mulheres	Homens
n	253	145	108
X \pm DP (anos)	45,13 \pm 21,80	49,62 \pm 19,39	38,99 \pm 23,44
Mínimos (anos)	Menos que 1 ano	Menos que 1 ano	Menos que 1 ano
Máximos (anos)	92	92	89

n=número total de indivíduos; X \pm DP= médias e desvios-padrão.

Quadro 2: Médias e desvios-padrão das variáveis idade para a amostra total e em função dos gêneros.

Em relação às áreas, 149 (58,80%) pacientes realizavam tratamento fisioterapêutico na área da Ortopedia e 70 (27,60%) na área da Neurologia adulto e 34(13,60%) em Neurologia Pediátrica. (Gráfico 1).

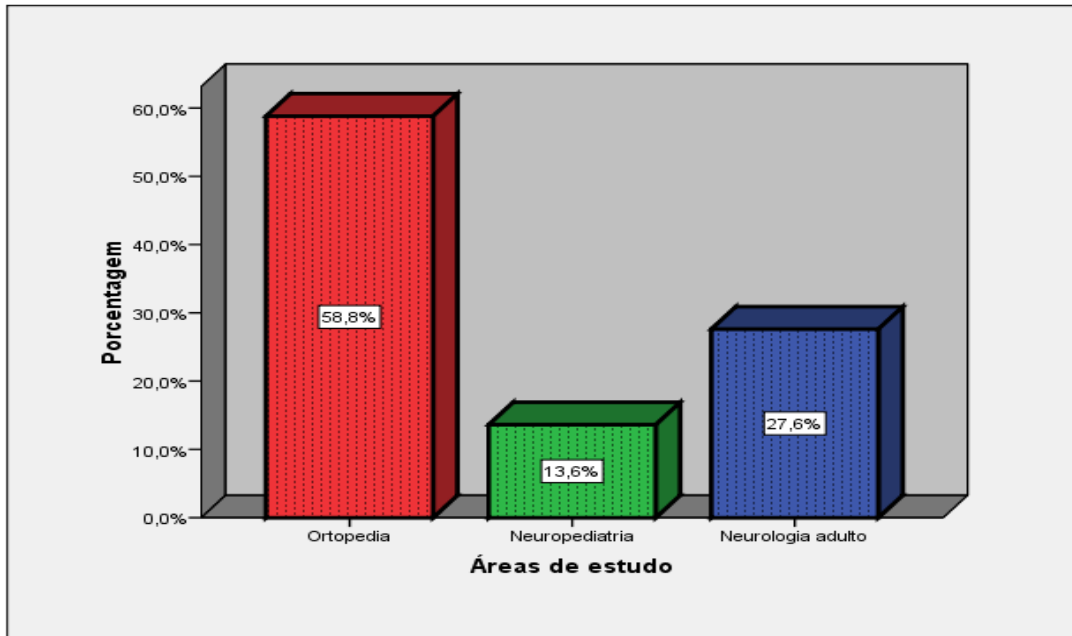


Gráfico 1. Distribuição por áreas da saúde

Relativamente às idades, na Ortopedia os pacientes possuíam uma idade média de $49,12 \pm 14,90$ anos, na Neurologia pediátrica, $4,53 \pm 4,78$ anos, e na Neurologia adulto, $56,41 \pm 16,39$ anos (Quadro 3).

	Ortopedia	Neurologia pediátrica	Neurologia Adulto
X \pm DP (anos)	49,12 \pm 14,90	4,53 \pm 4,78	56,41 \pm 16,39
Mínimos (anos)	16	Menos que 1 ano	18
Máximos (anos)	88	15	92

X \pm DP= médias e desvios-padrão

Quadro 3: Médias e desvios-padrão da idade para a amostra total em função das áreas de estudo.

Ao dividir-se a amostra total por faixas etárias, constatou-se que a maior parte dos pacientes possuía entre os 16 e 59 anos, representando 56,18% da amostra total (Gráfico 2).

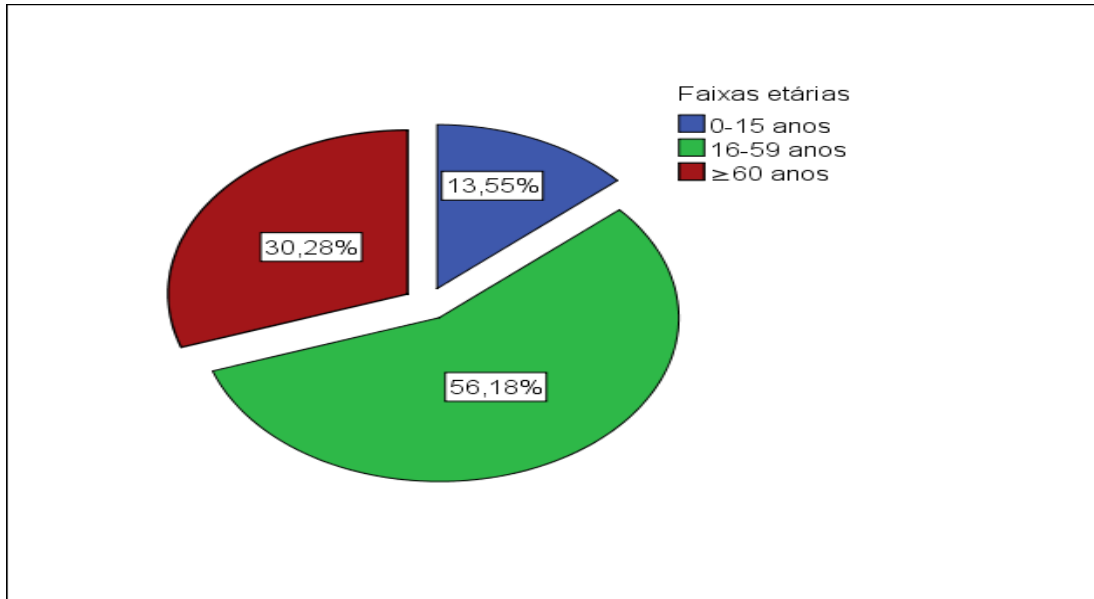


Gráfico 2: Frequências relativas da idade em função da amostra total.

Para a mostra total, de acordo com o gênero (masculino e feminino) dos 253 pacientes incluídos, 108 (42,74%) eram homens e 145 (57,25%) mulheres. (Gráfico 3).

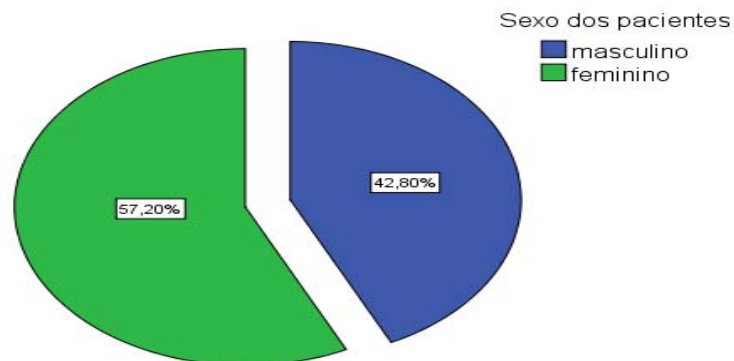


Gráfico 3: Frequências relativas do gênero em função da amostra total.

Em relação aos aspectos sócio-demográficos, a população estudada em sua maioria residia no bairro do Cabula e áreas circunvizinhas, sendo: 66 moradores do Cabula (26,08%), Saboeiro 29 (11,46%), Narandiba 26 (10,27%), São Gonçalo 17 (6,71%), Engomadeira 14 (5,53%) e outros

bairros 51 (20,15%). Foi observado nos prontuários que 50 pacientes (19,76%) não especificaram o bairro (Quadro 4).

Distribuição por Bairro	n	%
Cabula	66	26,08%
Saboeiro	29	11,46%
Narandiba	26	10,27%
São Gonçalo	17	6,71%
Engomadeira	14	5,53%
Outros bairros	51	20,15 %
Sem especificação de Bairro	50	19,76%
Total	253	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa.

Quadro 4: Bairro de residência

Conforme descrito no Quadro 5, quanto ao diagnóstico clínico na área de Ortopedia foram observados: 25 (16,77%) pacientes com Gonartrose, 11 (7,38%) com Hérnia de Disco Lombar, 8 (5,36%) Cervicalgia, 7 (4,69%) Espondiloartrose de Coluna Lombar, 6 (4,02%) Lombalgia, 5 (3,35%) Síndrome do Túnel do Carpo, 5 (3,35%) Fratura de Punho, 4(2,68%) Bursite, 4(2,68%) Tendinite de Ombro, 4(2,68%) Tenosinovite Estenosante de Dequervain e 70 (46,97%) com outros diagnósticos.

Diagnóstico Clínico: Ortopedia	n	%
Gonartrose	25	16,77%
Hérnia de Disco Lombar	11	7,38%
Cervicalgia	8	5,36%
Espondiloartrose de Lombar	7	4,69%
Lombalgia	6	4,02%
Síndrome do Túnel do Carpo	5	3,35%
Fratura de Punho	5	3,35%
Bursite	4	2,68%
Tendinite de Ombro	4	2,68%
Tenosinovite Estenosante de De quervain	4	2,68%
Outros	70	46,97%
Total	149	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa.

Quadro 5. Diagnóstico Clínico: Ortopedia

Na área de neurologia adulto observou-se: 45 (64,28%) Acidente Vascular Encefálico Isquêmico (AVE-I), 10 (14,28%) Paralisia Facial Periférica, 8 (11,42%) Parkinson e 7 (10%) outros diagnósticos (Quadro 6).

Diagnóstico Clínico: Neurologia Adulto	n	%
AVE-I	45	64,28%
Paralisia Facial Periférica	10	14,28%
Parkinson	8	11,42%
Outros (Esclerose Múltipla, Trauma Crânio Encefálico, Distrofia Miotônica, Alzheimer e Esquistossomose)	7	10,00%
Total	70	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa.

Quadro 6. Diagnóstico Clínico: Neurologia Adulto

Dentro da neurologia pediátrica foi observado: 11 (32,35%) Paralisia Cerebral (PC), 4 (11,76%) Prematuridade, 4 (11,76%) Lesão de Plexo Braquial, 2 (5,88%) Paralisia Facial Periférica e 13 (38,23%) outros diagnósticos (Quadro 7).

Diagnóstico Clínico: Neurologia Pediátrica	n	%
Alteração Funcional Consequente de Paralisia Cerebral	11	32,35%
Prematuridade	4	11,76%
Lesão de Plexo Braquial	4	11,76%
Paralisia Facial Periférica	2	5,88%
Outros (Comprometimento dos Músculos da tíbia em relação à Fíbula associada a uma inversão de Tornozelo, Pós-operatório de Cisto a ser identificado, Suspeita de Pé Torto Congênito, Microencefalia, Síndrome de DOWN, Fibrose Cística)	13	38,23%
Total	34	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa.

Quadro 7: Diagnóstico Clínico: Neurologia Pediátrica

Em relação ao diagnóstico funcional para a área de Ortopedia, 46 (30,87%) pacientes possuíam diagnósticos e 103(69,12%) não possuíam diagnóstico. (Quadro 8).

Diagnóstico Funcional de Ortopedia	n	%
Com Diagnóstico	46	30,87%
Sem Diagnóstico	103	69,12%
Total	149	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa

Quadro 8: Diagnóstico Funcional de Ortopedia

No que refere ao diagnóstico funcional na área da Ortopedia, encontrou-se 22(47,82%) para diminuição de Força Muscular (FM), 13(28,26%) Diminuição de Amplitude de Movimento (ADM), 8(17,39%) Diminuição de Equilíbrio e 3(6,52%) outras alterações funcionais (Quadro 9).

Distribuição do Diagnóstico Funcional de Ortopedia	n	%
Diminuição de FM*	22	47,82%
Diminuição de ADM*	13	28,26%
Diminuição de Equilíbrio	8	17,39%
Outros (Hipotrofia de Membro Inferior Esquerdo (MIE) *, Rigidez Articular e Déficit de Marcha)	3	6,52%
Total	46	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa; MIE *(membro inferior esquerdo)

Quadro 9. Distribuição do Diagnóstico Funcional de Ortopedia.

O Quadro 10 mostra que na área de Neurologia adulto, 64(91,42%) possuíam diagnóstico funcional e 6 (8,57%) não possuíam diagnóstico.

Diagnóstico Funcional de Neurologia Adulto	n	%
Com Diagnóstico	64	91,42%
Sem Diagnóstico	6	8,57%
Total	70	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa

Quadro 10: Diagnóstico Funcional de Neurologia Adulto.

Relativamente à distribuição das alterações funcionais em Neurologia Adulto, notou-se que: 27(42,18%) apresentaram hemiparesia, 14(21,87%) diminuição de FM, 6(9,37%) diminuição de ADM, 4(6,25%) hemiplegia, 4(6,25%) déficit de marcha e 9(14,06%) outras alterações (Quadro 11).

Distribuição das alterações de Neurologia Adulto	n	%
Hemiparesia	27	42,18%
Diminuição de FM	14	21,87%
Diminuição de ADM	6	9,37%
Hemiplegia	4	6,25%
Déficit de Marcha	4	6,25%
Outros (Paralisia em Hemiface Esquerda, Hipotonia, Paralisia em MMII*, Hipotonia da Musculatura da Mimíca Facial, Monoparesia MIE, Déficit Sensorial, Déficit de Equilíbrio e Incoordenação Motora)	9	14,06%
Total	64	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa; *MMII (músculos dos membros inferiores)

Quadro 11. Distribuição das Alterações Funcionais de Neurologia Adulto

Quanto à área de Neurologia Pediátrica, todos os participantes do estudo (34-100%) possuíam diagnóstico funcional. No que respeita à distribuição das alterações funcionais nesta área, foi observado que 21(61,76%) crianças apresentaram tetraparesia espástica, 2(5,88%) Diminuição de FM e Sensibilidade, 2(5,88%) Distúrbio Sensitivo e Músculo Esquelético e 9(26,47%) outras alterações (Quadro 12).

Distribuição das Alterações Funcionais em Neuropediatria	n	%
Tetraparesia Espástica e ADNPM.*	21	61,76%
Diminuição de FM e Sensibilidade.	2	5,88%
Distúrbio Sensitivo e Músculo Esquelético.	2	5,88%
Outros (Aumento de Padrão Flexor de MMII e MMSS, Correção Postural, Diminuição de Estabilidade, Hemiparesia, Distúrbio Cognitivo, Rigidez Articular, Déficit de Marcha, Flacidez da Musculatura da Face, Distúrbio motor de MSD*)	9	26,47%
Total	34	100,00%

n=número total de indivíduos; %= frequência relativa; * ADNPM (atraso no desenvolvimento neuropsicomotor);MSD*(Membro Superior Direito).

Quadro 12: Distribuição das Alterações Funcionais de Neurologia Pediátrica.

DISCUSSÃO

Verificou-se que a amostra foi composta de pacientes crônicos comparados com aqueles encontrados em alguns estudos^{5,6}, porém, esse longo período entre a lesão e admissão em um serviço de

reabilitação parece ser comum na realidade brasileira. Esse fato pode ser explicado pela dificuldade em encontrar vagas nos serviços de fisioterapia que atendem a população carente devido às grandes filas de espera⁵.

Em um estudo realizado por MACHADO & NOGUEIRA foi observado que dentre as dificuldades relatadas pelos usuários da rede pública, estão a marcação de consultas e o tempo de espera para serem atendidos. Pelo fato de serem usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em que a procura por serviços, inclusive para a fisioterapia, é muito grande, e diante da escassez de profissionais cadastrados para esse tipo de consulta, existe uma grande demanda. O número de profissionais fisioterapeutas inferior ao necessário, implica em demora no atendimento.⁹

Quanto aos aspectos demográficos houve predomínio para os indivíduos que residiam no bairro do Cabula. Possivelmente, por se tratar do local onde a referida Clínica está localizada, fatores como maior facilidade de acesso, divulgação e captação no estágio de comunidade, foram imprescindíveis para a adesão da população local.

Dentre o perfil dos pacientes Ortopédicos, observou-se que a Gonartrose teve relevância significativa, representando 25(16,77%) da amostra em estudo, fato este que se relaciona estreitamente com fatores como a obesidade, idade e questões profissionais que acarretam esforços.⁷, Estudos americanos apontam que mais de 50 milhões de pessoas apresentam hoje esta enfermidade^{7,11,12} e constituem uma das patologias mais prevalentes no mundo, sendo uma significativa fonte de dor e incapacidades^{7,13}.

HURBAR et al, relata a necessidade do controle dos fatores de risco relacionados ao sedentarismo, dentre os quais pode-se citar, Gonartrose, Bursite, Hérnia Discal, entre tantas outras afecções musculoesqueléticas^{8,14}, corroborando com os achados patológicos na presente pesquisa. Conforme DARDENE et al, de todo o modo, embora as estatísticas oriundas das pesquisas epidemiológicas realizadas em alguns países apontem para o impacto econômico dessas doenças ao sistema de saúde, a ação do setor público ainda é modesta no sentido da elaboração de políticas dirigidas ao enfrentamento deste problema.¹⁴ Conseqüentemente, diante dessa condição e expectativa da população de uma forma geral, os setores de serviços gratuitos são cada vez mais requisitados.

No estágio de Neurologia adulto quanto a sua etiologia, mostrou prevalência para AVE-I com 45(64,28%) dos pacientes, em relação ao Hemorrágico corroborando assim com alguns estudos^{5, 6, 15, 16,17,25}

No estudo em questão foi observado ainda, um número maior de pacientes hemiparéticos, o que leva a correlacionar, com o estudo de MAZZOLLA et al, uma vez que ambos os hemicorpos foram acometidos com mais freqüência que em um só.^{6,16,26} Entretanto isso não pode ser importante como fator prognóstico, pois a literatura mostra variações nesta freqüência.⁵

O AVE é considerado como a doença neurológica mais comum na prática clínica, a principal e a mais importante causa de incapacidade neurológica do tipo paralisia total ou parcial de um hemicorpo (hemiplegia e hemiparesia),¹⁰ o que leva a corroborar com os resultados da presente pesquisa na qual houve mais prevalência dentre as cinco alterações funcionais mais citadas acima.

Sabe-se que o AVE pode ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto, sua incidência aumenta com o passar dos anos, dobrando a cada década de vida, aumentando drasticamente após os 55 anos de

vida. Para Rolak (2001), a idade é, de fato, o principal fator de risco isolado e o mais forte para o desenvolvimento do AVE, já que cerca de 30% dos AVE ocorrem antes dos 65 anos, e 70% naqueles indivíduos com 65 anos ou mais, dobrando este risco a cada década de vida acima dos 55 anos.¹⁰ Dados similares com a literatura foram observados em nossa população. Na área de Neurologia pediátrica verificou-se que os maiores índices de diagnósticos ocorreram na primeira infância, repercutindo no desenvolvimento neuropsicomotor. Segundo o perfil desses pacientes com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral, os que apresentaram comprometimento de tetraparesia espástica obtiveram resultado significativo de 21(61,76%). Para explicar tal fato, pode-se referir a relação que existe entre a dificuldade da criança com esta disfunção em realizar atividades funcionais complexas no início de sua vida, tanto motoras quanto sensoriais, sendo diretamente proporcional à severidade da lesão.^{19,20,22} A tetraparesia espástica é uma condição que compromete as aquisições motoras funcionais de suma relevância como o rolar, sentar, engatinhar e por fim postura ereta, resultando no atraso do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, interferindo na sua qualidade de vida bem como a dos seus familiares.^{19,20,21,22} A Paralisia Cerebral desencadeia ainda impedimentos funcionais como o aumento do tônus (espasticidade), contraturas musculares que com o passar do tempo sem a assistência adequada pode evoluir para deformidades articulares.²⁰ No estudo de Mascarenhas et al, a distribuição por gênero representada por maior número de mulheres na amostra em relação aos homens, assemelha-se a recente pesquisa, levando a crer que as mulheres têm uma maior preocupação com sua saúde.²³ Dentre as limitações do estudo, pode-se destacar a alta incidência de ausência de informação constatada neste levantamento de prontuário, o que é observado em vários estudos onde o examinador é um estudante em fase de formação. Neste caso pode-se salientar que este estudo foi desenvolvido com base no preenchimento de prontuários de uma clínica escola, a pouca experiência dos estagiários que realizam as avaliações pode ser um fator determinante para a escassez de dados e, por fim, a utilização de questões dissertativas e subjetivas integrantes do protocolo de avaliação, adotadas por questões didáticas, dificultam uma coleta objetiva de dados para pesquisas similares a presente.^{5,6,22}

CONCLUSÃO

Conclui-se que diante dos resultados obtidos em Neurologia Adulto, pode-se perceber que é preciso, por exemplo, desenvolver ações de atenção primária a saúde quanto aos fatores etiológicos do AVE como hipertensão, obesidade, o diabetes mellitus e o sedentarismo, trabalho este que vem sendo desenvolvido no estágio de Fisioterapia Preventiva e na disciplina de Fisioterapia em Saúde Coletiva. Outro ponto significativo foi que, protocolos de avaliação com questões objetivas que avaliem e quantifiquem melhor as características clínicas e funcionais dos pacientes são necessários a fim de que a continuidade do tratamento seja garantida e para que pesquisas específicas para determinados procedimentos terapêuticos possam ser elaborados e a otimização do atendimento ao paciente conquistada.

Sugere-se que estudos posteriores sejam realizados na clínica em áreas específicas, objetivando um melhor e mais profundo conhecimento da população alvo, para uma assistência fisioterapêutica mais ampliada e especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES n.4, 1902/2002. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em fisioterapia. Brasília, Conselho Nacional de Educação, 2002.
2. RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEITÃO, Gloria da Conceição Mesquita. Estágio curricular Supervisionado com ênfase no desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 216-229, 2000.
3. GAIAD, Thais Peixoto; SANT'ANA, Débora de Melo Gonçalves. Análise da eficácia do estágio supervisionado em fisioterapia na formação profissional: uma visão do egresso. Arquivo de Ciência da Saúde Unipar, v.9 (2), 2005.
4. O Nível de satisfação em relação a qualidade dos atendimentos de ortopedia/traumatologia e reumatologia da clínica escola da Unisul. AMARAL, Karine Paz do; AGUIAR, Junior Aderbal S. Disponível em www.fisiotb.unisul.br/Tccs/02a/karine/artigokarinepazdoamaral.pdf. Acessado em 21/06/09.
5. RODRIGUES, José Erickson; SÁ, Márcia da Silva; ALOUCHE, Sandra Regina. Perfil dos pacientes acometidos por AVE tratados na clínica escola de fisioterapia da UMESP. Revista Neurociências. vol12,n°3,p 117-122,2004.
6. Mazzola,Daiane; POLESE,Janaine Cunha; SCHUSTER,Rodrigo Costa;OLIVEIRA,Sheila Gemelli . Perfil dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico assistidos na clínica escola de fisioterapia neurológica da universidade de Passo Fundo. Revista Brasileira em promoção da Saúde, ano/vol 20, número 001. Universidade de Fortaleza. 2007.
7. REIS, Luciana Araújo; MASCARENHAS, Cláudio Henrique Meira; COSTA, Ariadne Novais; SAMPAIO Lucas Silveira; LESSA, Rosângela Souza; OLIVEIRA, Talita Santos. Saúde dos idosos da clínica-escola de fisioterapia da universidade estadual do Sudoeste da Bahia. Ciência do Cuidado da Saúde abr/jun;(7) 2:187-192, 2008.
8. HURBAR, Márcia; Adriana Bolonine; DEUS, Rogerio Barbosa de; BARNABÉ, Anderson Sena; OLIVEIRA, Rafaela Sanches; FERRAZ, Renata Ribeiro Nogueira. Prevalência de agravos ortopédicos e de suas causas em uma população da região central da cidade de São Paulo. ConScietae Saúde.(8)2:251-257, 2009.
9. MACHADO NP; NOGUEIRA LT. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de fisioterapia. Revista brasileira de fisioterapia. vol12, n°5,São Carlos.set/out. 2008.
10. ARAÚJO, A. P. S., SILVA, P. C. F., MOREIRA, R. C. P. S., BONILHA, S. F. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com acidente vascular encefálico atendidos no setor de neurologia da clínica de fisioterapia da UNIPAR, campus sede. Arquivo de Ciência da Saúde da Unipar, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 35-42, jan./abr. 2008.
11. ZACARON KAM, DIAS JMD, ABREU NS, DIAS RC. Nível de Atividade Física, Dor e Edema e suas Relações com a Disfunção Muscular do Joelho de Idosos com Osteoartrite. Revista Brasileira de Fisioterapia. 2006; 10(3): 279-284, 2006.
12. COIMBRA IB, PASTOR EH, GREVE JMD, PUCCINELLI MLC, FULLER R, CAVALCANTE FS, ET AL. Osteoartrite (artrose): tratamento. Revista Brasileira de Reumatologia. 44(6): 450-53,2004.
13. FAUSTINO A. Epidemiologia e importância econômica e social das doenças Reumáticas. Artigo oficial da sociedade Portuguesa de reumatologia. Acta Reumatológica Portuguesa. 27: p 21-36, 2002.

14. DARDENE C. Um olhar crítico sobre as recomendações para a prática de atividade física. Rio de Janeiro. ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.
15. PEREIRA, Sófia, COELHO, Fátima B. Coelho, BARROS Henrique. Acidente vascular cerebral. Faculdade de Médica Portuguesa 2004,17: 187-192.
16. NUNES Sara, PEREIRA Carla, SILVA, Madalena Gomes da. Evolução funcional de utentes após AVC nos primeiros seis meses após a lesão. SSFISIONLINE, vol 1, nº3, jun, 3-20, 2005.
17. PIRES, Sueli Luciano, GAGLIARD, Rubens José, GORZONI, Milton Luis. Estudo das freqüências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. Arquivo Neuropsiquiátrico. 62(3b): 844-851, 2004.
18. FALCÃO, Ilka veras; CARVALHO, Eduardo Maia Freese, BARRETO, Kátia Magdala Lima, LESSA, Fabio José Delgado, LEITE, Valéria Moura Moreira. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva em atendidos pelo sistema único de saúde. Revista Brasileira de Saúde Materno infantil, Recife, 4(1): 95-102, jan/Marc 2004.
19. HALLAL, Camilla Zamfolini; MARQUES, Nise Ribeiro; BRACCIALLI, Lígia Maria Presumido. Aquisição de habilidades na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano. v.18.n1. São Paulo. abr. 2008.
20. AMARAL P.P; MAZZITELLI, C; AMARAL, Priscila Polo do; MAZZITELLI, Carla. Alterações ortopédicas em crianças com Paralisia Cerebral da Clínica-Escola de fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo. Revista Neurociências 11(1): 29-33, 2003.
21. CARAVIELO, Eliana Zelaib; CASSEFO, Valéria; CHAMLIAN, Therezinha Rosane. Estudo epidemiológico dos pacientes com paralisia cerebral atendidos no lar Escola São Francisco. Medicina de Reabilitação. 25(3): 63-7, 2006.
22. Mancini, M. C; Alves, A. C. M; Schaper, C; Figueiredo, E. M; Sampaio, R. F; Coelho, Z. A. C e Tirado, M. G. A. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. Revista Brasileira Fisioterapia. Vol. 8, No. 3, 253-260, 2004.
23. MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; NETO, Dionizio Gomes da Silva; SAMPAIO, Lucas Silveira; REIS, Luciana Araújo dos; OLIVEIRA, Talita Santos; TORRES, Gilson de Vasconcelos; REIS, Luana Araújo dos. Prevalência e padrão de distribuição de patologias ortopédicas e neurológicas em idosos no Hospital Geral Prado Valadares. Revista Baiana de Saúde Pública. v. 32, n. 1, p. 43-50 jan./abr. 2008.
24. NETTO, Antônio Ruffino; PASSOS, Afonso Dinis Costa. Epidemiologia: Conceitos e Usos. In _____. Fundamentos da Epidemiologia. São Paulo, Manole, 2005, cap II, p 29 a 46, 2005.
25. SAPOSNIK, Gustavo; DEL BRUTTO, Oscar H. Stroke in South America: A Systematic Review of Incidence, Prevalence and Stroke Subtypes. Stroke, 34:2103-8, 2003.
26. Özdemir, Ferda; Birtane, Murat; Tabatabaei, Razi; Ekuklu, Galip; Kokino, Siranus. Cognitive Evaluation and Functional Outcome after Stroke. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 80(6): 410-5; 2001.