



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**DÉBORA DE SOUZA MESQUITA
ELIZETE DIONISIO SILVA
GABRIELA CRISTINA SILVA PRESTES CORRÊA
LAÍS KELLY SALGADO TORRES
MILLENA MARIANA DOS SANTOS**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO
REABILITAÇÃO DAS PATOLOGIAS NEUROFUNCIONAIS E SUAS
DIVERSIDADES EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

**LAVRAS - MG
2023**

**DÉBORA DE SOUZA MESQUITA
ELIZETE DIONISIO SILVA
GABRIELA CRISTINA SILVA PRESTES CORRÊA
LAÍS KELLY SALGADO TORRES
MILLENA MARIANA DOS SANTOS**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO
REABILITAÇÃO DAS PATOLOGIAS NEUROFUNCIONAIS E SUAS
DIVERSIDADES EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras como parte das exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de graduação em Fisioterapia.

ORIENTADOR

Prof. Dr. Renato Carvalho Vilella

LAVRAS – MG

2023

Ficha Catalográfica preparada pelo Setor de Processamento Técnico
da Biblioteca Central do UNILAVRAS

M582r Mesquita, Débora de Souza.
Reabilitação das patologias neurofuncionais e suas diversidades em tratamento
fisioterapêutico / Débora de Souza Mesquita, Elizete Dionisio Silva, Gabriela Cristina
Silva Prestes Corrêa, Laís Kelly Salgado Torres, Millena Mariana dos Santos. –
Lavras:Unilavras, 2023.

78f.:il.

Portfólio acadêmico (Graduação em Fisioterapia) – Unilavras, Lavras, 2023.

Orientador: Prof. Renato Carvalho Vilella.

1. Paralisia Facial de Bell. 2. Doença de Parkinson. 3. Traumatismo
cranioencefálico. 4. Síndrome de Down. 5. Paralisia cerebral. I. Silva, Elizete Dionisio.
II. Corrêa, Gabriela Cristina Silva Prestes. III. Torres, Laís Kelly Salgado. IV. Santos,
Millena Mariana dos.V. Vilella, Renato Carvalho (Orient.).VI. Título.

**DÉBORA DE SOUZA MESQUITA
ELIZETE DIONISIO SILVA
GABRIELA CRISTINA SILVA PRESTES CORRÊA
LAÍS KELLY SALGADO TORRES
MILLENA MARIANA DOS SANTOS**

**PORTFÓLIO ACADÊMICO
REABILITAÇÃO DAS PATOLOGIAS NEUROFUNCIONAIS E SUAS
DIVERSIDADES EM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO**

Portfólio Acadêmico apresentado ao Centro Universitário de Lavras, como parte das exigências do Curso de graduação em Fisioterapia.

Aprovado em: ____/____/____

PROFESSOR

Prof. Dr. Renato Carvalho Vilella - UNILAVRAS

MEMBRO DA BANCA

Profa. Dra. Laiz Helena de Castro Toledo Guimarães - UNILAVRAS

LAVRAS – MG

2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela dádiva do conhecimento e por me manter de pé e cabeça erguida em todos os momentos desta caminhada.

Aos meus pais Renata e Rondineli e irmã Glória por estarem sempre ao meu lado apoiando e me dando forças para vencer e ir além das expectativas nesta fase tão importante, dando suporte as minhas necessidades.

As avós Marlene e Maria Aparecida e ao avô Sebastião por todo amor, carinho, apoio e incentivo e todos os meus familiares.

Aos professores da instituição em especial ao orientador e professor Renato Vilela pelo apoio, e por instruir nesta fase tão importante, além de todo o conhecimento que tem nos proporcionado para nos tornarmos grandes profissionais. A paciente Dilvania e por aceitar fazer parte deste trabalho tão importante, contribuindo com o caso clínico de Paralisia Facial de Bell.

Aos amigos de curso especialmente Laís e Millena por sempre me ajudar, incentivar, ouvir e em todos os momentos até aqui.

Agradecer ao grupo Elizete, Gabriela, Laís e Millena por esta etapa incrível.

E de imensa gratidão que cito e gratifico cada um de vocês por fazer parte deste momento épico em minha vida!

DÉBORA DE SOUZA MESQUITA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade, por me encorajar em cada fase, para que eu pudesse concluir mais esse ciclo.

Agradeço meu querido esposo Luiz Henrique, que sempre esteve ao meu lado me apoiando, incentivando, obrigado pelo seu companheirismo.

Agradeço a minha mãe Cleusa Maria e ao meu pai Antônio Moreira, por ser meus conselheiros, e por estar mais uma vez me apoiando.

Agradeço as minhas filhas que mesmo sem entender me trouxe alegria e leveza nos dias difíceis.

Agradeço aos meus amigos (a) por estar sempre juntos um apoiando o outro.

Agradeço aos professores (a) que me ensinou com muito carinho, dedicação e que sempre estiveram nessa longa jornada.

ELIZETE DIONISIO SILVA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiro a Deus pelo seu cuidado e discernimento nessa jornada.

Ao Douglas, meu esposo e companheiro, que em todos os momentos têm me apoiado e me ajudado.

Ao Arthur e a Alícia meus filhos, por ceder alguns momentos de carinho pelo meu sonho.

Aos meus pais, Rosilene e Gilson por me apoiarem, a minha tia Gilsa e a minha amiga Selma que está na torcida e me ajuda com seus conselhos e orações.

Aos professores que com paciência e carinho tem me proporcionado momentos de ricos conhecimentos, a cada módulo me deparo com pessoas maravilhosas.

A todos os amigos (as) que tem torcido pelas minhas conquistas diárias.

Enfim me desculpa se esqueci de mencionar alguém, mas todos tem um lugar especial no meu coração.

Muito obrigada por fazerem parte da minha vida!!!

GABRIELA CRISTINA SILVA PRESTES CORRÊA

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por proporcionar essa oportunidade de cursar uma universidade, além de manter-me firme em cada passo ao longo dessa jornada.

Agradeço minha mãe Silvana que sempre me incentiva e nunca deixou que eu desistisse dos meus sonhos.

Agradeço ao meu namorado Chariston que está sempre comigo em todo o processo desde a adaptação até a conclusão do curso.

Agradeço as minhas amigas Débora e Milena que estão comigo desde o início sempre me dando apoio em todos os momentos.

E agradeço aos meus professores (as) por todo ensinamento e aprendizado que construí ao longo de todo o curso.

LAÍS KELLY SALGADO TORRES

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente pela oportunidade de realizar este portfólio e por conduzir os meus passos, ser o meu sustento e me dar força, coragem e inteligência para seguir firme até o fim.

Aos meus queridos pais Erlanderson e Eliane por serem o meu porto seguro. Louvo a Deus pela vida de vocês que sempre estiveram comigo me apoiando e incentivando para que eu não desistisse dos meus sonhos.

Ao meu namorado Guilherme Henrique por toda paciência do mundo, por não desistir de nós nos momentos em que eu não estava bem, por toda compreensão atenção e amor.

Aos meus irmãos Carlos, Joana, João Pedro, Fábio, Melissa, Miguel e Letícia por serem os melhores irmãos que Deus me presenteou.

As minhas sobrinhas Sofia Emanuely e Mirella por serem minhas maiores inspirações.

Ao meu padrasto Anselmo e minha madrasta Simone por sempre estarem prontos para me ajudar.

A Mayara minha cunhada por todas as boas conversas e por deixar a minha vida mais leve com sua alegria.

A Ana Rosa pelo seu bom coração em ter me ajudado na compra do meu jaleco

Aos meus colegas de classe em especial Débora e Laís pela parceria e amizade ao longo dos anos.

As minhas colegas Débora, Elizete, Gabriela e Laís por me permitir realizar este portfólio com vocês.

Aos meus professores por todo ensinamento ao longo de todo curso.

Ao meu orientador Renato pela oportunidade e ajuda durante todo momento em que precisei.

MILLENA MARIANA DOS SANTOS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados Anamnese do paciente	26
Tabela 2- Dados Anamnese do paciente	35
Tabela 3 - Dados Anamnese do paciente	42
Tabela 4 - Dados Anamnese do paciente	49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aplicação de Laserterapia.....	28
Figura 2- Exercício de expressão facial e feedback visual.....	29
Figura 3 - Propriocepção e fortalecimento muscular	30
Figura 4 - Treino de marcha e equilíbrio com circuito.....	33
Figura 5 - Fortalecimento de MMII.....	33
Figura 6 - Treino de marcha.....	34
Figura 7 - Treino de equilíbrio.....	39
Figura 8 - Treino de marcha.....	40
Figura 9 – Mobilidade Articular	41
Figura 10 - Propriocepção.....	44
Figura 11- Treino de equilíbrio.....	45
Figura 12 – Controle sensório motor	46
Figura 13 - Escala Classificação GMFCS	48
Figura 14 - Fortalecimento de cervical	50
Figura 15 - Alongamento passivo dos extensores de quadril.....	51
Figura 16 - Dissociação de cintura pélvica.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS

ADM – Amplitude de movimento
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD – Atividade de Vida Diária
CBDF – Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos
CFCS – Sistema de Classificação da Função de comunicação
CIF – Capacidade Internacional de Funcionalidade
CTI – Centro de Terapia Intensiva
DP – Doença de Parkinson
DR – Doutor
EAR – Estomatite Aftosa Recorrente
EM – Esclerose Múltipla
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
FMS – Functional Movement Screen
GMFCS – Gross Motor Function Classification System
HAS – Hipertensão Arterial Sistólica
MACS – Manual Ability Classification System
MIN – Minuto
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
NMI – Neurônio motor inferior
NMS – Neurônio motor superior
PC – Paralisia Cerebral
PF – Paralisia Facial
PFC – Paralisia Facial Central
PNF – Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva
PFP – Paralisia Facial Periférica
PROUNI – Programa Universidade para Todos
SD – Síndrome de Down
SNC – Sistema Nervoso Central
SNP – Sistema Nervoso Periférico
TCE – Traumatismo Cranioencefálico
TCI –Terapia de contensão induzida

TQT – Traqueostomia

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UNILAVRAS - Centro Universitário de Lavras

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2.DESENVOLVIMENTO COLETIVO.....	17
2.1 Anatomia do sistema nervoso.....	17
2.1.1 Sistema Nervoso Central	18
2.1.2 Sistema Nervoso Periférico	19
2.2 Paralisia Facial de Bell.....	20
2.3 Doença de Parkinson.....	21
2.5 Síndrome de Down.....	23
2.6 Paralisia Cerebral.....	24
3.1 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Débora de Souza Mesquita	26
3.1.1 Quadro de dados de anamnese do paciente	26
3.1.2 Descrição do Caso Clínico.....	27
3.2 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Elizete Dionisio Silva.....	31
3.3 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Gabriela Cristina Silva Prestes Corrêa	34
3.3.1 Quadro de dados de anamnese do paciente	35
3.3.2 Descrição do Caso Clínico.....	36
3.4 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Laís Kelly Salgado Torres.	41
3.4.1 Quadro de dados de anamnese do paciente	42
3.4.2 Descrição do Caso Clínico.....	42
3.5 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Millena Mariana Dos Santos	46
3.5.1 Descrição do Caso Clínico.....	47
3.5.2 Quadro de dados de anamnese do paciente	49
4 AUTOAVALIAÇÃO	53
4.1 Autoavaliação da aluna Débora de Souza Mesquita	53

4.2 Autoavaliação da aluna Elizete Dionisio Silva.....	53
4.3 Autoavaliação da aluna Gabriela Cristina Silva Prestes Corrêa	54
4.4 Autoavaliação da aluna Laís Kelly Salgado Torres.....	54
4.5 Autoavaliação da aluna Millena Mariana Dos Santos.....	55
5 CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	65
ANEXO 1 - Ficha de avaliação Neurofuncional Adulto	65
ANEXO 2 - Ficha de avaliação Neuropediatria	69
ANEXO 3 - Ficha de avaliação Paralisia facial	73

1 INTRODUÇÃO

O presente portfólio mostrará intervenções fisioterapêuticas em diferentes casos de pacientes com alterações neurológicas. A fisioterapia contribui para melhorar a funcionalidade e conseqüentemente uma maior independência nas atividades de vida diária, gerando melhor qualidade de vida.

Por meio desse portfólio serão apresentados casos clínicos vivenciados por estagiários do 9º e 10º período na clínica escola de fisioterapia do Centro Universitário de Lavras.

Eu, Débora de Souza Mesquita, tenho 24 anos e sou de Ijaci – MG. Sempre tive o sonho de fazer faculdade, mas não sabia qual profissão iria seguir, depois de muitas tentativas consegui bolsa 100% no Programa Universidade para todos - PROUNI em fisioterapia, não sabia se era a melhor escolha. Ingressei no curso de Fisioterapia no UNILAVRAS em 2019 com o passar dos anos fui me apaixonando pelo curso. Conheci pessoas incríveis nesta trajetória que deixaram tudo mais leve, não foi nada fácil chegar até aqui, mais graças a Deus e ao apoio de meus familiares e amigos aqui estou, rumo ao fim de mais um ciclo. Para a realização deste portfólio, acompanhei uma paciente de 38 anos, diagnosticada com Paralisia de Bell, com o objetivo de descrever o tratamento fisioterapêutico da paciente que buscava recuperação da musculatura da mímica facial.

Eu, Elizete Dionisio Silva, tenho 31 anos, casada mãe de 2 filhas, sou de Três pontas - MG. Meu interesse pela fisioterapia surgiu durante o tempo que trabalhei como técnica de enfermagem no hospital. No dia –a – dia, junto com os fisioterapeutas percebi o quanto a fisioterapia é importante para o paciente. Então em 2019 tive a oportunidade de realizar o vestibular no Unilavras, passei e me ingressei no curso de fisioterapia. Para a realização deste portfólio, acompanhei uma paciente de 83 anos, diagnosticado com Parkinson, com o objetivo de descrever o tratamento fisioterapêutico da paciente que busca aperfeiçoar o equilíbrio e a marcha.

Eu, Gabriela Cristina Silva Prestes Corrêa, tenho 30 anos, sou casada, tenho dois filhos, resido em Lavras- MG, estudante de fisioterapia do 10º período no Centro Universitário de Lavras - Unilavras. Venho contar um pouco do meu interesse pela fisioterapia, desde a minha infância já sonhava em trabalhar na área da saúde, me formei em Técnico Enfermagem onde atuei até o ano passado, assim conheci a

fisioterapia, achei interessante e inovadora, vi uma oportunidade de exercer em várias áreas e fazer o que gosto. Então procurei o curso na internet e conheci a Unilavras, prestei o vestibular e passei, faço particular no semipresencial iniciei no ano de 2019. Tenho adquirido ótimas experiências e me preparado para o mercado de trabalho, espero ter grandes resultados em minha formação, após a formação irei realizar pós-graduação inicial em Respiratória Adulto e Neonatal. Para a realização desse portfólio, acompanhei uma paciente de 5 meses, diagnosticada com Displasia Pulmonar e Atraso no desenvolvimento psicomotor, tendo como objetivo descrever tratamento fisioterapêutico para a criança, onde a mãe buscava aprimorar e desenvolver habilidades motoras como: como rolar, controle de tronco, preensão palmar.

Eu, Laís Kelly Salgado Torres sou de Perdões MG, tenho 26 anos, a primeiro momento quando acabei o ensino médio não me sentia preparada para cursar nenhum curso no momento. Em 2019 consegui passar no vestibular da UNILAVRAS onde me ingressei no curso de Fisioterapia e desde então tenho me apaixonado pela área. Com isso veio o prazer em ajudar o próximo, que cresce a cada dia mais e sinto que estou seguindo no caminho certo. Ao decorrer do curso conheci pessoas que acrescentaram muito na minha formação, demonstrando apoio e incentivo, além dos meus familiares que sempre estiveram comigo. Para realizar esse portfólio, acompanhei a paciente de 8 meses com o diagnóstico de Síndrome de Down, tendo como objetivo prescrever o seu tratamento fisioterapêutico para auxiliar no processo do seu desenvolvimento neuropsicomotor.

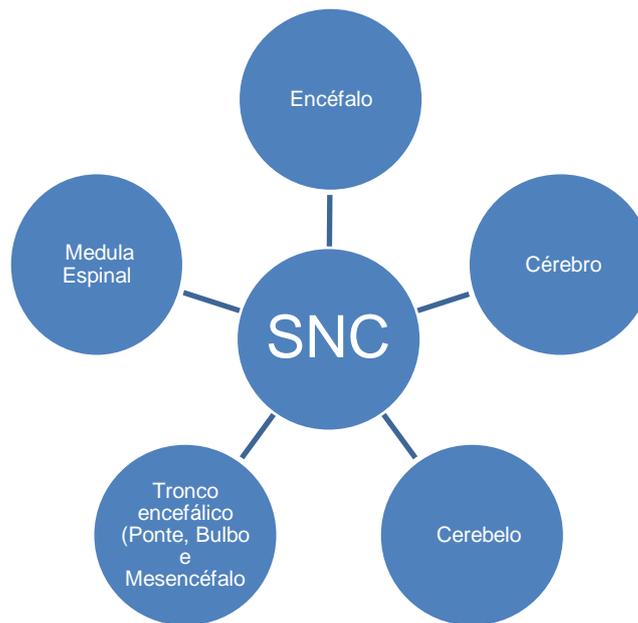
Eu, Millena Mariana Dos Santos, tenho 24 anos e sou da cidade de Itumirim MG. Desde pequena sempre pensei em fazer um curso superior, sendo assim quando completei 19 anos ingressei na faculdade de fisioterapia pelo UNILAVRAS. A cada etapa do curso fui me apaixonando ainda mais pela área, por ajudar tantas pessoas a terem um brilho no olhar novamente, por dar esperança para quem necessita. Durante toda minha trajetória percebi um grande crescimento e amadurecimento em todas as áreas da minha vida, conheci pessoas maravilhosas que me ajudaram e ainda me ajudam a superar os obstáculos. Para a realização deste portfólio, tratei uma paciente de 5 anos com PC, com o objetivo de tratamento fisioterapêutico de fortalecimento e alongamento das musculaturas, descarga de peso e dissociação de cintura.

2. DESENVOLVIMENTO COLETIVO

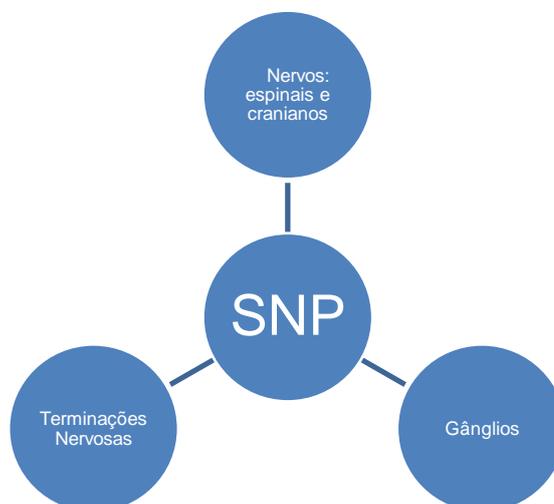
2.1 Anatomia do sistema nervoso

O sistema nervoso coordena a nossa memória, nossas ações, aprendizado e percepção, tanto conscientes e inconscientes. É constituído por vários neurônios, que recebem informações e define as respostas a serem executadas (RITHIELE, 2015).

Sendo dividido em Sistema Nervoso Central e Sistema Nervoso Periférico.



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

2.1.1 Sistema Nervoso Central

De acordo com Santos (2014) o SNC é formado pelo encéfalo e pela medula espinal que são estruturas muito frágeis, onde são protegidas pelas membranas e superfícies ósseas, e o encéfalo é protegido pela estrutura do crânio e a medula espinal pela coluna vertebral.

Com isso temos as chamadas meninges que é uma camada interna membranosa do cérebro, onde elas também conseguem proteger o SNC. É conhecida como dura-máter, pois reveste a camada interna óssea, onde temos a camada mais fina conhecida como pia-máter e conseqüentemente entre elas podemos encontrar a aracnoide que são separadas pelo líquido cefalorraquidiano.

O espaço que encontramos entre a aracnoide e dura-máter chamamos de espaço subdural; entre a aracnoide e pia-máter temos o espaço subaracnóideo, onde se localiza o líquido cefalorraquidiano, responsável por proteger o SNC sendo uma barreira contra invasores e amortecedor de choques (KAWAMOTO, 2023).

O encéfalo é constituído pelo cérebro, cerebelo e tronco encefálico. O cérebro é dividido em 2 hemisférios: direito e o esquerdo. A sua maior porção é chamado de telencéfalo, composto pelo córtex cerebral onde se encontra o neurônio motor superior, responsável por transmitir informações para o neurônio motor inferior e núcleos da base, estes modulam e planejam os movimentos, sendo constituído por substâncias cinzentas. O hemisfério direito recebe sensações e controla o movimento contralateral do corpo esquerdo, e o hemisfério esquerdo do lado direito (BEAR,2017).

O diencefalo coberto pelos hemisférios cerebrais, é constituído pelo tálamo e hipotálamo. O tálamo atua associado ao córtex cerebral, onde passa todas as informações sensitivas, exceto o olfato que possui via direta (KAWAMOTO, 2023).

A função do hipotálamo está ligada a regulação corporal, como a temperatura, equilíbrio, o metabolismo e entre outros, além de regular a ação do sistema nervoso autônomo (KAWAMOTO, 2023).

O cerebelo localizado posteriormente ao cérebro, possui uma grande quantidade de neurônios sendo responsável pelo controle dos movimentos corporais, possui longas conexões com o cérebro e a medula espinal (BEAR,2017).

O tronco encefálico se conecta a medula e retransmite informações do cérebro a medula e vice e versa. Divido em: mesencéfalo que têm ligações importantes com o sistema motor. A ponte, atua na respiração, gustação e no sono, e o bulbo atuam em componentes da gustação, audição, no equilíbrio e no controle da musculatura facial e do pescoço (KANDEL, 2014).

A medula espinal também faz parte do SNC, localizada sobre a coluna vertebral, sua estrutura se estende aproximadamente até o nível da segunda vertebra lombar. Ramificada por 31 pares de nervo espinhais, que são 8 cervicais, 12 torácicos, 5 lombares, 5 sacrais e 1 coccígeo. A formação da medula apresenta substâncias cinzentas em formato de H que se encontra no meio da medula, dividido em corno anterior que é responsável por receber informações motoras, e posterior por receber informações sensoriais. Ao redor da substância cinzenta, encontra - se a substância branca, com feixes de fibras ascendentes e descendentes que se comunica, e transportam informações da periferia para o córtex, pelo NMI presente no corno anterior da medula (LENT, 2008).

2.1.2 Sistema Nervoso Periférico

O SNP passa pelos nervos do crânio que se estende até o forame. Os nervos espinhais passam pelas vertebrae, e os periféricos se conectam pelos músculos e pela pele (KAHLE et al., 2023).

Ele é composto pelas fibras sensoriais aferentes e fibras motoras eferentes. Os nervos espinhais sensitivos e os motores são formados pelo SNP somático (CATALA; KUBIS, 2013).

SNP somático tem como função um controle voluntário e regula a homeostase dos órgãos internos, este é subdividido em neurônios simpáticos e parassimpáticos. Os nervos cranianos fazem parte do SNP e 4 desses nervos possuem fibras somáticas e autônomas (CATALA; KUBIS, 2013).

Os neurônios simpáticos se localizam no gânglio da raiz dorsal, e são considerados neurônios bipolares. Após a secção deles com o corpo celular as extremidades vão se afastando e acontece a degeneração walleriana (JONES, 2014).

Há vários tipos de neurônios sensitivos mais os maiores são as fibras do tipo IA a e Ib, que transmite os sinais proprioceptivos das terminações nos músculos. As

fibras do tipo II controlam o tato e a pressão, as do tipo III ajudam na dor aguda e temperatura, e as do tipo IV controlam a sensação de dor somática e visceral (JONES 2014).

O nível da medula espinal cervical é considerado desde o pescoço aos MMSS. No nível da torácica é dedicado aos órgãos torácicos e ao tórax. Nível da medula lombar aos órgãos abdominais, MMII e abdômen (CATALA; KUBIS, 2013).

2.2 Paralisia Facial de Bell

Zang et al., (2019), traz dados epidemiológicos que a PF atinge em ambos os sexos e diversas idades, de início rápido e agudo, anualmente cerca de 11,5 a 53,3 por 100.000 pessoas.

Lazarini e Fouquet, (2006), a paralisia facial pode ser classificada como central ou periférica. A PFC ocorre lesões no trajeto da área motora cortical cerebral até o nervo facial, suas alterações são ipsilaterais, sendo a mais acometida a região inferior da hemiface contralateral, gerando uma hipertonia muscular por atingir SNC. Suas principais causas são por acidente vascular encefálico, traumatismo crânio encefálico e dentre outras.

A PFP é uma mononeuropatia, que afeta um nervo periférico, a causa mais comum é a paralisia de bell, outra patologia é a síndrome de Ramsay Hunt, causada pelo vírus do herpes zoster, menos comum (LAZARINI; FOUQUET, 2006).

Segundo Viegas et al., (2006) a Paralisia de bell é definida como uma PFP de origem idiopática, e de início repentino, o seu diagnóstico clínico se dá por exclusão de outras causas ou patologias associadas.

Cappeli et al., (2020), diz que sua origem pode ser por diversas causas como infecção viral, trauma, inflamação. Alguns fatores como: puerpério, diabetes mellitus, hipertensão, frio entre outros podem desencadear a patologia. Segundo Pereira et al., (2011), pode resultar em incapacidade parcial ou total, com alterações de moderada a grave da simetria facial.

Conforme Pereira et al., (2011), a paralisia de bell pode causar danos em qualquer região do trajeto nervoso facial, o que será identificado de acordo com a sintomatologia do paciente como dor em região mastoide, Valença et., (2001) complementa que as alterações presentes identificam o local de lesão do nervo, por

possuir fibras motoras, sensitivas que inervam a região 2/3 da língua, alterando a sensação gustativa e parassimpáticas que inervam a região sublingual, glândulas salivares, lacrimais e região submandibular.

Conforme Matos (2011), a diminuição da força muscular da face unilateral, gera uma hipotonia muscular por atingir uma região de SNP, acometendo os movimentos presentes, apresentando alguns sinais como: sinal de bell (rotação do globo ocular), sinal de mingazzini (abertura ocular rápida sem movimento harmônico), assimetria da comissura labial, dificuldade de elevação da asa do nariz, ausência de rugas na região frontal.

As disfunções geram alterações não só funcional, como emocional, já que a face é a primeira forma de reconhecimento social, autoavaliação e expressões do ser humano (FREITAS; GOMEZ, 2008).

2.3 Doença de Parkinson

A doença de Parkinson não tem cura, ela é progressiva. Um dos sinais clínicos que o indivíduo apresenta é a rigidez, bradicinesia, tremor e desequilíbrio postural. O Parkinson é caracterizado pela desordem, ou seja, falha no funcionamento dos gânglios da base. Sua etiologia é idiopática ou desconhecida (JONES, et al., 1917).

Está relacionada com a morte dos neurônios de dopamina, o que indica que partir de 30 há 60% da morte dos neurônios acontece degeneração neural, uma estimativa de 10% por ano. Quando apresenta a perda de dopamina ela pode causar hiperatividade conduzindo uma rigidez (ALEXANDRE, et al., 1990).

A doença de Parkinson é constituída por estágios. No estágio inicial o indivíduo ainda consegue ser independente, o fisioterapeuta introduz medidas de prevenção para possíveis comprometimentos funcionais. Já no estágio intermediário, o indivíduo apresenta comprometimentos funcionais, mais ainda consegue deambular e fazer AVD. No final considerado último estágio o comprometimento é maior, o indivíduo apresenta diversas alterações, fazendo com que fiquem totalmente dependente (CUSTON, et al., 1995).

A fisioterapia relaciona componentes importante para a reabilitação desses pacientes. Melhorando suas habilidades e proporcionando qualidade de vida. A

reabilitação deve envolver uma equipe multidisciplinar englobando a família (SHENKMAN, et.al., 1997).

O diagnóstico da doença é através da história do indivíduo, sinais clínicos e por avaliação clínica. O paciente com a doença de Parkinson pode ser diagnosticado com até quatro características: quais são elas. Sendo orientado a realizar exame que possa descartar outras doenças (LOZANO, et.al., 2002).

Para o tratamento medicamentoso da doença de Parkinson, é utilizado levodopa. Essa medicação ajuda na reposição de dopamina, traz para o indivíduo alívio da rigidez, bradicinesia e menor efeito sobre tremor. Porém o paciente pode apresentar efeitos colaterais indesejáveis, pois a dosagem que é administrada é muito alta (RASCOL, et al., 2002).

2.4 Traumatismo cranioencefálico

Traumatismo tem sido a principal causa de morte nos Estados Unidos para pessoas com menos de 34 anos (SUSAN; THOMAS,1993).

Os sobreviventes que sofrem graves lesões cranianas, podem apresentar deficiências cognitivas, físicas e comportamentais, alterando as atividades de vida diária (SUSAN; THOMAS,1993).

Darcy (1994), defini lesão craniana traumática como uma agressão ao cérebro, devido a uma força física externa, podendo causar alteração ou diminuição no estado de consciência, comprometendo assim as habilidades cognitivas e funcionais.

No momento do impacto a cabeça pode ocorrer deformação temporária do crânio pela força de aceleração, desaceleração e rotação. A lesão cerebral é causada por um desses mecanismos ou pela junção deles como compressão tissular, atrito, tensão e rasgo. Sendo que no impacto pode ocorrer por dois tipos de lesões: a de contragolpe que são em locais distantes da parte do cérebro que recebeu o golpe; e a lesão por golpe localizado no local do impacto (DARCY,1994).

Após o trauma pode ocorrer algumas complicações, a mais frequentes delas é a epilepsia pode-se manifestar meses ou anos após, podendo se tornar frequentes ou não; a concussão cerebral ocorre a perda da consciência permanente ou temporária, podendo ser leve ou grave, ela reduz as funções do sistema ativador reticular do tronco cerebral. Alguns sinais também podem ocorrer com a disfunção do tronco

cerebral: alterações da pressão sanguínea, respiração e da frequência do pulso (SUSAN; THOMAS,1993).

Para avaliar os estágios de recuperação da vítima do traumatismo craniano são utilizados na unidade de terapia intensiva escalas, uma delas é a Escala de Coma de Glasgow, nela se avalia o nível de consciência, podendo assim pontuar a gravidade da lesão e monitorar a recuperação do paciente, desde o estado inconsciente até o consciente. Pode ser aplicado várias vezes ao dia, sua pontuação máxima é de 15 pontos, sendo esses distribuídos para avaliação da abertura ocular de 1-4, melhor resposta motora 1-6, resposta verbal 1-5 (SUSAN; THOMAS,1993).

A reabilitação fisioterapêutica é realizada de acordo com as etapas, do trauma, cada paciente é único pois apresentam um conjunto de deficiências funcionais. Através da avaliação individual poderá ser traçado objetivos e estratégias de tratamento para ele (SUSAN; THOMAS,1993).

2.5 Síndrome de Down

Balistreri et al., (2020) identificada por sua alta demanda de variações de quadros clínico e deficiências, assim os sintomas da SD é caracterizado por desenvolver deficiências em vários órgãos, tecidos, SNC, sistema imunológico e circulatório, compromete a expectativa de vida dos portadores da SD.

Van Mierlo et al., (2018) mostra que a deficiência intelectual é uma das causas mais comuns de alterações nos cromossomos, com isso a SD é frequentemente relatada na sociedade. Pessoas com SD geralmente apresentam alterações no organismo, como diabetes, cardiopatias congênitas, entre outras doenças que alteram a capacidade dos indivíduos com deficiência.

Segundo Vicente et al., (2020) a SD tem uma prevalência que pode ser variada entre 1 por 800 a cada pessoa nascida, causada pela triplicação completa ou parcial do cromossomo 21, conhecida como o distúrbio genético no desenvolvimento mais comum na população. Podemos citar alguns fatores de risco como a idade materna superior a 49 anos onde há uma incidência de a cada 12 nascimentos, da paternidade mais não é tão relativamente associado, ou se os pais tiverem acima dos 40 anos. Pessoas com de SD podem apresentar vários problemas de saúde e de graus variados, como sua capacidade intelectual, atraso no desenvolvimento de aprendizagem da fala, e problemas de hipotireoidismo, oftalmológicos.

De acordo com Kaczorowska et al., (2019) a hipotonia é uma das características da trissomia 21, onde é comum afetar a língua e os lábios, sendo perceptível no exame físico, além disso os músculos apresentam diferentes graus de insuficiência muscular. O esqueleto facial e o neurocrânio, incluem mandíbula hipoplásica, onde o ângulo nasolabial é reduzido.

Possui também instabilidade atlantoaxial, descrita como um aumento da mobilidade articular da C1-C2 por conta da frouxidão ligamentar que são observadas em indivíduos com SD (MATOS, 2005).

Coelho et al., (2020) relata que a SD devido sua alteração genética dos cromossomos nas células do corpo, provoca um desequilíbrio na função organizadora dos genes, mostrando assim que essas mudanças estão desde a vida intrauterina, trazendo as características da SD.

2.6 Paralisia Cerebral

A PC tem como definição um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações de atividades, que são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no cérebro em desenvolvimento (ROSENBAUM et al., 2007).

Essas limitações são perceptíveis nos distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação, comportamental, epilepsia que é bastante comum, tem como limitações também problemas secundários musculoesqueléticos (CAMARGOS et al., 2019).

Ela é uma patologia com a etiologia desconhecida, mas acredita-se que alguns fatores podem contribuir para o aparecimento deste distúrbio, ocorrendo nos períodos pré, peri ou pós-natal, tendo em vista que no período dos pré-natais tem uma maior porcentagem de causa, de 70 a 80% (CAMARGOS et al., 2019).

A PC tem uma grande prevalência em crianças entre 2 e 3 anos de idade, principalmente crianças que nascem prematuras aumentam as chances em até 100x mais e em gestações múltiplas (CAMARGOS et al., 2019).

Existem 4 subtipos neurológicos espástica, discinética, atáxica e mista. PC Espástica apresenta manifestações clínicas de fraqueza hipertonía espasticidade e clônus, e ela ainda é subdividida em unilateral e bilateral (diplegia e quadriplégica). A

bilateral diplegia compromete mais os MMII, as causas mais comuns são devido a prematuridade, leucomalácia periventricular, hemorragia peri ou intraventricular. Quadriplégica lesão difusa nos dois hemisférios cerebrais devido á evento hipóxico-isquêmico e malformações (CAMARGOS et al., 2019).

PC discinética ocorre nos núcleos da base e é bastante comum, suas manifestações clínicas são no tônus muscular, movimentos involuntários e descoordenados, afeta mais as extremidades superiores e inferiores. Este subtipo também é subdividido em distônica e coreatetoide. Distonia é a mais grave pois são contrações musculares sustentadas, hipocinesia e tônus muscular desregular. Coreatetoide é coreia (movimentos rápidos e descoordenados, acomete extremidade proximais) atetose (movimentos lentos, contorcidos e acomete extremidades distais) (CAMARGOS et al., 2019).

PC atáxica, sua lesão ocorre no cerebelo e como consequência desta lesão à perda de equilíbrio, incoordenação motora, dismetria, fraqueza e hipotonia muscular (CAMARGOS et al., 2019).

PC mista, ocorre em diferentes áreas do encéfalo, a classificação é de acordo com as manifestações clínicas juntamente com o outro subtipo. Exemplo: PC discinética com componentes atáxicos (CAMARGOS et al., 2019).

O diagnóstico clínico se baseia em combinações de sinais clínicos e neurológicos, que ocorre dos 12 aos 24 meses de idade. Ela afeta 1 a cada 500 crianças nascidas vivas (NOVAK et al., 2017).

3 DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL

3.1 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Débora de Souza Mesquita

No 8º período tive a oportunidade de atender uma mulher com quadro de Paralisia facial de Bell, uma doença capaz de comprometer a musculatura facial e desempenho dos movimentos sutis da face e social, representando grande impacto na qualidade, o que torna de grande relevância o conhecimento da doença, seus comprometimentos e abordagens terapêuticas. Portanto venho relatar a minha experiência no caso clínico.

3.1.1 Quadro de dados de anamnese do paciente

Tabela 1 - Dados Anamnese do paciente

Dados Anamnese do Paciente	
Profissão:	Do lar
Data de nascimento:	07/06/1985
Diagnóstico médico:	Paralisia Facial
Diagnostico fisioterapêutico:	CBDF: D01.01.9.2.0.0 Descrição: Deficiência Cinético-funcional Neuroperiférica - Hipotônica Função autonômica: Não aplicável Moderada redução de força Funções sensoriais normais Afetando cabeça - Hemiface direita
Patologia associada:	Não apresenta
Etiologia:	Idiopática
Identificação da Paralisia facial:	Periférico lado direito
Medicamentos:	Corticoides - Prednisona (5 dias); Colírio (cada 1 hora);
Exames complementares:	Não apresenta

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

3.1.2 Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 38 anos, compareceu a Clínica de fisioterapia com diagnóstico de Paralisia facial. Paciente relata que é mãe de 3 filhos, mas não houve nenhuma complicação nas outras 2 gestações, saiu do último parto com uma pequena estomatite aftosa recorrente – EAR na boca. Uma semana após seu parto, que ocorreu no dia 15 de março de 2023. Iniciou sintomas de dores em região occipital durante a noite. No dia seguinte pela manhã, ainda com dor foi auxiliar a filha mais velha na tarefa de casa, onde ela percebeu o olho da mãe “pesado” e a questionou. Paciente contatou seu ginecologista que a instruiu a ir ao hospital Santa Casa, para consultar com um neurologista de plantão, porém para ser atendida precisaria ser internada. Paciente internou no dia 23 de março de 2023, onde realizou exames de pré-eclampsia e ressonância magnética, suspeitando um possível AVC, após os exames descartou a hipótese de AVC, mas que apresentava uma paralisia, sendo diagnosticada com Paralisia de Bell. Fez o uso de corticoides por 5 dias e uso de colírio a cada 1 hora para não afetar a retina.

A queixa principal era recuperação dos movimentos faciais. Na avaliação: Tônus: hipotonia lado direito da face. Avaliação estática foram encontrados rugas frontais abolidas, fenda palpebral mais larga, lacrimejamento constante, desvio do sulco nasolabial, nariz em virgula, buchecha em saco, sinal de bell, sinal negro e sinal de mingazzini alterados do lado direito da face. Não apresentou alterações sensitivas térmica, tátil e dolorosa. Não apresentou alterações em dor retroauricular, hiperacusia, alterações auditivas e sialorreia. Alterações lacrimais, salivares/ gustativas e logoftalmo, apresentaram alteradas. Reflexos córneo palpebral, viso palpebral e nasopalpebral, apresentaram se de forma positiva (alterados). Avaliação dinâmica presentes déficits nas musculaturas: frontal, corrugador do supercílio, orbicular do olho, elevador do lábio, risório, zigomático, orbicular da boca, bucinador, piramidal e depressor do lábio inferior. Não apresentou sincinesias, de acordo com Pereira et al., (2011), são movimentos indesejados juntamente com desejados.

Foi utilizado a classificação House Brackmann, classificada como escala universal pela Academia Americana de Otorrinolaringologia – Cirurgia de cabeça e pescoço analisa a simetria, mobilidade, rigidez e sincinesia, classificada de normal a grave, classificação numérica de 0 a 6, os resultados obtidos ao avaliador quanto ao

avaliado dando um feedback de sua melhora (PEREIRA et al., 2011). A paciente foi classificada em grau V inicial a avaliação, na escala.

Todas as figuras apresentadas nesse portfólio ilustram as sessões de fisioterapia realizadas na reabilitação motora da paciente em questão. A escolha dos procedimentos realizados está relacionada ao aprendizado adquirido nas disciplinas: Anatomia músculo esquelética, estuda a anatomia dos músculos, assim como a localização e ação; Neuroanatomia, estuda a anatomia do SNC e SNP como conexões e terminações nervosas; Cinesioterapia formas de reabilitar o paciente com alongamentos e fortalecimento; Eletrotermofototerapia, o que estuda uso e ação dos equipamentos eletrotermofototerapicos; Neurofuncional, relacionada as disfunções do sistema nervoso, bem como, a conduta a ser realizada em cada alteração patológica.

Na figura 1 é apresentada a aplicação de laserterapia com baixa intensidade, paciente em decúbito dorsal, com proteção ocular, aplicando no trajeto do nervo facial nos 5 ramos do nervo, com 2J vermelho região muscular e infravermelho pontual, e 1J vermelho varredura.

Figura 1 - Aplicação de Laserterapia



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

O nervo facial é responsável por inervar a musculatura da face emite vários ramos no interior do temporal e no forame mastoide, que origina-se os 5 ramos: temporal, zigomático, bucais, mandibulares e cervicais (HIATTI; JAMES L, 2017).

A aplicação de laserterapia é um coadjuvante no tratamento fisioterapêutico, proporciona uma resposta significativa ao tratamento, visa a melhora da

movimentação da musculatura facial, tonicidade, previne possíveis sequelas e degeneração de fibras nervosas (VIEGAS, et al.,2006).

Conforme Viegas et al., (2006) a laserterapia de baixa intensidade possui efeitos biológicos ao ligar-se com os tecidos, é um tratamento associado a terapia medicamentosa, a aplicação do laser se dá em todo o trajeto nervoso, nos 5 ramos do nervo facial demarcados conforme sua anatomia, contribui para o aumento da amplitude dos potenciais de ação, capacidade de regeneração de estruturas nervosas após o rompimento dos axônios.

Na figura 2, é mostrada a realização de exercícios da mímica facial em frente ao espelho. Paciente sentada em frente ao espelho para um feedback visual.

Figura 2- Exercício de expressão facial e feedback visual



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Os músculos da face são músculos pequenos e que realizam movimentos simples e importantes. Segundo Zang et al., (2020), é uma das formas de exercícios cinéticos funcionais, que atuam melhorando a simetria da face no paciente com PFP.

Conforme Martineau et al., (2020), a reabilitação precoce de frente ao espelho, instrui o paciente a realização correta dos movimentos, prevenindo vícios e desenvolvimento de movimentos grosseiros e indesejados.

De acordo com Zang et al., (2019), a terapia realizada frente ao espelho traz um feedback visual ao paciente, que realizará a expressão solicitada pelo fisioterapeuta, de forma bilateral comparando o lado sadio ao acometido. Martineau et al., (2020), a terapia frente ao espelho de modo adaptada, é uma grande aliada no

tratamento, ajuda na simetria facial, mantendo a representação cortical. O feedback, reduz a desarmonia sensorial e motora desencadeadas, através da reaprendizagem motora, projetadas no cérebro pelo campo visual.

Na figura 3, está sendo trabalhado o método de facilitação neuromuscular proprioceptivo, na musculatura frontal. O fisioterapeuta aplica uma resistência na diagonal inferior da musculatura e solicita que o paciente realize expressão de surpresa.

Figura 3 - Propriocepção e fortalecimento muscular



Fonte: Adler et., al (2007).

Monini et al., (2016), comparou a reabilitação medicamentosa com a reabilitação associada ao PNF, evidenciando a associação das duas terapias, desde que iniciado precocemente, a uma recuperação mais rápida e poderia ter uma função facial normal.

Conforme Adler et al., (2007), o método PNF, visa, ativação da musculatura através da resistência colocada sobre o movimento, estimula a sua contração gera, maior consciência do movimento e ganho de força. A contração muscular resistida gera aumento de resposta, portanto, a resistência deve ser de forma precisa, conforme a musculatura trabalhada, para que não ocorra um excesso de ativação, estimulado por reflexos proprioceptivos que aumenta a resposta da musculatura sinérgica.

Compreendido, a abordagem bilateral mencionada por Adler et al., (2007) destaca a importância de realizar o método em ambos os lados, fortalecendo o lado não afetado para prevenir complicações contralaterais, como sincinesia ou hipertonia.

3.2 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Elizete Dionisio Silva

3.2.1 Descrição do Caso Clínico

Neste período tive a oportunidade de atender um paciente do sexo masculino com quadro de Parkinson, essa doença traz vários comprometimentos motores, cognitivo, alterações na fala e na escrita, dificultando suas AVD's. O conhecimento na doença e seus comprometimentos auxilia o fisioterapeuta na abordagem terapêutica. Assim resolvi relatar esse quadro clínico em meu portfólio.

Paciente, 83 anos, sexo masculino. Compareceu a clínica de fisioterapia do Unilavras, na cidade de Lavras-MG. Com diagnóstico médico de Parkinson. O paciente relata não conseguir levantar da cama sozinho, deambula com dificuldade e tem medo de cair, apresenta histórico de queda por causa do desequilíbrio a 2 anos, com dificuldade para realizar as tarefas com agilidade. Apresenta déficit auditivo. Atualmente tem um cuidador para auxiliar nas AVDs, mora com a esposa, adora sair com amigos, gosta de fazer artesanato. Tem passado cirúrgico de próstata, hérnia de disco. Além do Parkinson é hipertenso, faz acompanhamento com cardiologista e com neurologista. Segundo Daphne et al., (2019), o paciente idoso tem mais probabilidade de risco de queda, devido bradicinesia ou diminuição dos passos, outros fatores de riscos que contribui para queda são: piso escorregadio ou mal adaptado, fraqueza de MMII e alterações de equilíbrio.

Paciente espera da fisioterapia: levantar-se sozinho, melhorar a agilidade e o equilíbrio.

Avaliação: Na inspeção foi observado: pele sensível, com algumas escoriações antigas, presença de melnose em MMSS E MMII. Trofismo: normal e movimentos ativos com dificuldade global. Manobras deficitária: mingazinni de membro superiores: realizado normalmente, raímiste: realiza com dificuldade; mingazinni de membro inferior: realiza com dificuldade positivo lado E, pedalar de pitres: não realiza devido fraqueza. Avaliação do tônus muscular: rigidez global. Reflexos profundos bicipital, tricipital, estiloradial e patelar D e E: normorreflexia, aquileu: hiperreflexia D e E. Reflexos superficiais :cutâneo plantar positivo e babinski negativo. Sensibilidade profunda: propriocepção, somatognosia, barognosia negativo. Sensibilidade superficial: térmica, dolorosa, tátil, normais. Informações sensoriais processada pelo córtex: grafestesia que consiste em escrever na palma da mão número de 0 a 9 e esterognosia paciente deve reconhecer o objeto com os olhos fechados: normais.

Coordenação através do teste índex-índex, índex- nariz, índex- orelha, normais calcanhar/ joelho não realiza, marcha festinada: Avança com passo cada vez mais rápido, porém passos menores associado com deslocamento anterior e centro de gravidade. Na análise da marcha foram encontrados: Apoio inicial - leve choque de calcanhar e pé se arrasta no chão, Apoio médio: base curta e passos curtos e apoio final: flexão de tronco, rigidez pélvica, leve flexão plantar. O pré- balanço e balanço revelam, manutenção do tronco inclinado, flexão plantar e um balanço final: choque de calcanhar e flexão reduzida.

O teste timed up and GO: consiste em levantar se de uma cadeira sem auxílio dos braços e andar de maneira confortável uma distância por 3 metros e retornar e se sentar com tempo cronometrado. Segundo Fatih Soke et., al (2019) O teste de TUG tem como objetivo avaliar a mobilidade funcional, o paciente realizou em 20,45s, considerando que o paciente apresenta dificuldade para realizar AVD's. Segundo Podsiadlo et., al (1991), a pontuação dentro de 10 segundos é considerada normal, de 11 a 20 é considerado dentro do limite normais para pacientes idosos mais frágeis e debilitado, acima de 20s são considerados anormais, pois apresenta dificuldade em realizar as tarefas do dia a dia.

A escala de equilíbrio (Berg), consiste em avaliar o equilíbrio de paciente com idade acima de 60 anos. Segundo Silva et al., (2007), este teste contém ,14 itens de avaliação funcional de equilíbrio, onde é avaliado suas habilidades do dia a dia, incluindo o controle postural, estável ou antecipatório, e que exige força, flexibilidade e equilíbrio dinâmico. A pontuação de 32 pontos na Escala de Equilíbrio de Berg sugere um equilíbrio aceitável. Isso indica que o paciente demonstrou um desempenho funcional razoável em termos de controle postural em situações comuns do dia a dia.

Todas as figuras apresentadas neste portfolio ilustram as sessões de fisioterapia realizadas na reabilitação motora e sensorial da paciente em questão. As escolhas das intervenções apresentadas estão relacionadas com o aprendizado adquirido nas disciplinas: Neurofuncional: pois estuda o sistema nervoso; Cinesioterapia: que estuda os efeitos dos exercícios para o ser humano; Biomecânica: que estuda as forças que atuam sobre o corpo humano.

Na figura 4 mostra o paciente realizando treino de marcha no circuito, descalço melhorando a propriocepção, ganhando controle de tronco, e melhorando a passada.

Figura 4 - Treino de marcha e equilíbrio com circuito



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Bettina Wollesen et al., (2020), paciente com a doença de Parkinson apresenta melhora na marcha, passo e equilíbrio, quando realiza atividades de dupla tarefa.

Segundo Monika Rudin et al., (2015), relata que em vários estudos os parâmetros da marcha melhoram após vários tipos de exercícios com programa de treinamento.

Na figura 5 mostra o paciente realizando exercícios de sentar-se e levantar da cadeira, associando fortalecimento de MMSS com a bola

Figura 5 - Fortalecimento de MMII



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Segundo O'Sullivan. (1999), é importante introduzir exercícios funcionais para paciente com Parkinson pois, eles apresentam dificuldade e uma fraqueza para se levantar de determinados assentos. Segundo Wolfson (1996), o treino de força é muito indicado para esses pacientes pois facilita nas mudanças posturais, pois como podemos ver eles apresentam déficit funcionais.

Segundo Scandalis (2001), paciente com Parkinson com faixa etária mais avançada apresentam certa fragilidade ao serem acompanhado em treinamento de força. Então esse tipo de atividade ajuda a melhorar a força, equilíbrio, e risco de quedas.

A figura 6 mostra, o paciente realizando treino de marcha, com elevação dos MMII utilizando a bola.

Figura 6 - Treino de marcha



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

Segundo Poh, m et al ., (2000), o treino de marcha quando se utiliza algum tipo de objeto o paciente apresenta uma melhora na postura e evita queda atingindo uma velocidade normal.

Segundo Behman et al .,(2001), o treino de marcha ajuda no alinhamento postural, fazendo com que o paciente mantenha o equilíbrio e o comprimento do passo.

Segundo Vaerenbergh et al., (2003), os indivíduos com a doença de Parkinson apresentam instabilidade postural. O treino da marcha tem como objetivo promover uma marcha mais estável, prevenindo queda.

3.3 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Gabriela Cristina Silva Prestes Corrêa

Nesse período tive a oportunidade de atender uma adolescente com quadro de Traumatismo Cranioencefálico Grave- Hemiparesia Densa a Direita, acidente que compromete o desempenho físico e psicossocial, gerando um grande impacto na qualidade de vida. Assim, decidi relatar em meu portfólio esse quadro clínico.

3.3.1 Quadro de dados de anamnese do paciente

Tabela 2- Dados Anamnese do paciente

Dados Anamnese do Paciente	
Data de Nascimento:	20/07/2009
Prematuridade:	NÃO/40semanas
Idade Cronológica:	13 anos
Escola que frequenta:	Colégio IMP
Professor de Apoio:	NÃO
Benefício de apoio continuado (BPC):	NÃO
Diagnóstico clínico:	Sequela de TCE grave- Hemiparesia densa a direita
Diagnostico Fisioterápico:	CBDF:D02.00.1.1.0.4/ Descrição: Deficiência Cinético-funcional Neurocentral- Eutônica/Leve alterações das funções mentais- Alteração cognitiva/Leve redução no controle de movimento- Alteração no equilíbrio/ Força preservada/ Afetando um segmento ou parte do corpo-Tornozelo e pé esquerdo.
Medicamentos:	Quetiapina, depakote, sertralina
Dispositivos auxiliares:	Não

Exames:

ELETRONEUROMIOGRÁFICO DOS MMSS e MMII: Resultado: Exame evidencia neuro conduções sensitivas e motoras normais nos nervos avaliados MMSS e MMII. Estudo por agulha evidencia potenciais de unidade motora também com morfologia, amplitude e duração habituais. Em músculo tibial anterior e posterior, assim como ECA em MIE o padrão de interferência mostra-se reduzido, dificultando assim a avaliação do recrutamento. Entretanto os MUPS observados não apresentam características neurogêneas evidentes, não sugerindo desta forma comprometimento periférico associado.

TC crânio: Extensas áreas de alteração de sinal muito bem caracterizadas na sequência Flair, sem realce pelo contraste paramagnético, muito provavelmente relacionadas a gliose pós-traumática. Espessamento difuso da paquimeninge com realce dela. Ectasia dos ventrículos laterais. Tronco cerebral e cerebelo não apresentam alterações.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

3.3.2 Descrição do Caso Clínico

Paciente do sexo feminino, 13 anos, compareceu à Clínica de Fisioterapia com diagnóstico médico de Sequela de TCE grave-Hemiparesia densa a direita. A vó relata que no dia 15/04/2022, paciente estava viajando de carro com a madrinha, onde foram vítimas de uma colisão ao caminhão. Paciente foi transferida para hospital (UTI), onde foi submetida a intubação orotraqueal, após alguns dias realizado a TQT, fez uso de

PIC, permanecendo na UTI por 15 dias, com uma boa evolução clínica foi transferida para o quarto onde ficou mais 17 dias, obtendo assim alta hospitalar. Em uso de cadeira de rodas e com TQT; confusa, nervosa, sem lembranças do ocorrido.

Deu início a fisioterapia domiciliar: respiratória e motora, sendo retirado a TQT com uma semana, voltando a dialogar com a ajuda da fonoaudiologia; com 15 dias deixou o uso da cadeira de rodas e utilizou o andador, progredindo para deambulação sem auxílio. Já realizava fisioterapia motora na Clínica da Unilavras e acompanhamento com a psicoterapeuta e neuropediatra.

Paciente se alimenta sozinha, realiza seus cuidados de higiene pessoais sem auxílio; dorme bem e acorda cedo; sem alterações na comunicação, visão e audição. De acordo com Darcy (1994) as atividades de vida diária é uma avaliação funcional de importância primordial para o paciente e direciona o terapeuta na reabilitação.

Queixa principal: aprimorar a deambulação. Na inspeção: Desenvolvimento motor: sem alterações no controle de cervical, tronco, rolar, arrastar/engatinhar, ortostatismo e marcha.

Na palpação: normotônus, com leve presença de rigidez articular no tornozelo esquerdo. A avaliação de tônus muscular tem como objetivo identificar tensão de repouso e a reatividade dos músculos ao alongamento passivo, visto que eles afetam grupos musculares e raramente trabalham isoladamente. Podendo ser classificados em: hipertônico (aumentado), hipotônico (diminuído) (SUSAN et al., 1993).

De acordo com a ficha de avaliação neurofuncional pediátrico foi avaliado os seguintes itens: movimentos involuntários e reflexos primitivos: sem alterações. Atividades Reflexas: apresentando reação corporal de retificação e reação protetora anterior, lateral e posterior. Avaliação de contraturas, deformidades e encurtamentos: encontrado encurtamento em músculos dorsiflexores do tornozelo esquerdo. Transferências posturais: supino/prono/gato permanece nas posições e realiza as transferências sem alterações; em ajoelhado/semi-ajoelhado permanece na posição sem alteração e na transferência de semi-ajoelhado para ortostatismo, paciente utiliza o apoio das mãos devido apresentar desequilíbrio; em ortostatismo permanece sem alteração e mantém equilíbrio. Aplicação de teste de equilíbrio: Estático: sentado/bipodal sem alterações; em apoio unipodal apresenta desequilíbrio para o lado esquerdo. Dinâmico: andar em linha reta, circular e trave: sem alterações.

De acordo com Darcy (1994), a avaliação das habilidades motora deve-se iniciar com o nível de controle que o paciente apresenta. Essa função é desde o controle cervical até o pular corda. Se consegue assumir, manter e mover-se no padrão de movimento.

Na avaliação da marcha foram observados na fase de apoio: contato inicial: lado esquerdo não apresenta choque de calcanhar; apoio final: lado esquerdo não apresenta transferência de peso, lado direito sem alterações. Fase de balanço: Inicial: apresenta pé elevado do solo, com leve flexão do joelho e dorsiflexão de tornozelo D, do lado E, apresenta também leve flexão de joelho e diminuição na dorsiflexão de tornozelo. Com uma leve dissociação de cintura pélvica.

Todas as figuras apresentadas nesse portfólio ilustram as sessões de fisioterapia, visando a reabilitação da marcha, equilíbrio e amplitude de movimento. Com base no aprendizado adquirido em: Cinesiologia: estudamos a importância dos movimentos. Anatomia (Músculo Esquelético): na qual foi abordado características locomotoras. Biomecânica: como os movimentos pode-se realizar de forma adequada sem lesionar paciente. Cinesioterapia: estuda como reabilitar paciente através de alongamento e fortalecimento. Neurofuncional: estuda o sistema nervoso, patologias associados e forma de reabilitação.

Na figura 7 é mostrado a realização do aprimoramento do equilíbrio, através da escada, com comando verbal de pular em apoio unipodal, ida e volta alternando os lados, focando principalmente o lado esquerdo onde paciente apresenta mais dificuldade de equilíbrio, com tempo estimado de 10 min.

Figura 7 - Treino de equilíbrio



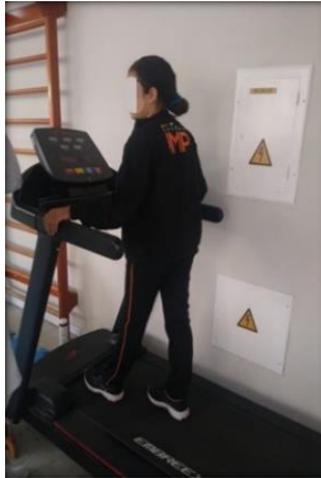
Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A instabilidades postural e déficits de equilíbrio são muito comuns em paciente com TCE, podendo causar restrições nas AVD's e na participação social (ANAS R.2020).

A posição ortostática estática é mantida pela propriocepção e pelos sistemas visual e vestibular. Geralmente paciente com TCE apresentam uma disfunção desses sistemas. O equilíbrio necessita da ajuda de alguns músculos, principalmente do quadril, joelho e tornozelo para manter o centro de gravidade do corpo na base de suporte (DARCY, 1994).

Na figura 8, é apresentado a reabilitação da marcha, através da esteira, com reajuste de velocidades, por 10min. Dando o comando verbal para a realização do movimento correto, devido a paciente apresentar diminuição de dorsiflexão plantar e pouca elevação do joelho ao caminhar.

Figura 8 - Treino de marcha



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

De acordo com Daniel (2011), quase 30% dos pacientes vítimas de TCE, apresentam comprometimentos na marcha e equilíbrio, afirma que essas disfunções é um desafio pois não se sabe ainda qual terapia é mais eficaz para a reabilitação, devido as pesquisas para essa categoria encontrarem-se atrasadas em relação a outras doenças.

A neuroplasticidade após a lesão cerebral se torna um dos aliados para recuperação do paciente, o treino na esteira é baseado na aprendizagem motora, pois a velocidade da marcha é constante, reduzindo a variância dos passos. O SNC recebe estímulos sensoriais por meio de receptores proprioceptivos e vestibulares, enviando assim comandos motores rítmicos e ativando a musculatura, consequentemente aumentando o automatismo. A marcha se torna mais constante e rítmicas (MICHAL, 2010).

Na figura 9, é apresentado exercício aeróbico combinado com o ganho de amplitude de movimento na bicicleta, é orientada a pedalar para frente e para trás, com foco no movimento de dorsiflexão plantar, por aproximadamente 10min por sessão.

Figura 9 – Mobilidade Articular



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A flexibilidade muscular é um componente de suma importância para a avaliação, se um músculo estiver com diminuição de flexibilidade poderá impedir a função da articulação afetada. Como exemplo temos a restrição do tornozelo na fase de apoio da marcha, se o tornozelo não consegue realizar a dorsiflexão, o joelho irá se hiperestender, havendo assim uma compensação na marcha. Deve-se identificar a causa para se tratar de acordo (DARCY, 1994).

De acordo com Darcy (1994), o alongamento passivo e ativo irá aumentar a flexibilidade muscular, tendo como cuidado o alongamento rápido e posicionamento incorreto. O desuso do membro afetado pode causar um encurtamento e enfraquecimento dos grupos musculares.

Os métodos tradicionais são os mais utilizados para aumento do preparo cardiovascular, visto que a diminuição da resistência pode comprometer a terapia, visando isto é indicado exercícios aeróbicos como bicicleta estacionárias, esteiras, natação, aparelhos para remos, entre outros (DARCY, 1994).

3.4 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Laís Kelly Salgado Torres

Ao decorrer do período tive o prazer de atender uma criança com SD, uma doença que compromete o desenvolvimento neuropsicomotor, podendo assim causar grande impacto na sua vida. Decorrente disso venho mostrar a importância do conhecimento desta síndrome, seus comprometimentos e suas abordagens

terapêuticas através do tratamento. Por isso resolvi apresentar este caso clínico no meu portfólio.

3.4.1 Quadro de dados de anamnese do paciente

Tabela 3 - Dados Anamnese do paciente

Dados Anamnese do Paciente	
Data de Nascimento	16/01/2022
Diagnóstico fisioterapêutico:	D02.01.1.2.9.3 Descrição: Deficiência Cinético – funcional Neurocentral- Hipotônica Leve alteração das funções mentais- Alteração cognitiva Moderada redução no controle de movimento- Alteração no equilíbrio Força: Não aplicável Afetando membros- Todos
Diagnóstico clínico:	Síndrome de Down
Idade Cronológica:	8 meses
Idade Corrigida:	7 meses
Desenvolvimento motor:	Controle cervical (desaba em prono) Controle de tronco (é instável) Rolar (com auxílio) Arrastar (com auxílio)
Tipo de tônus:	Hipotonia generalizada
Equilíbrio/marcha:	Paciente Não Deambula
Movimentos involuntários:	Não Apresenta
Dispositivos auxiliares:	Não utiliza
Reflexos primitivos:	Babinsk positivo

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

3.4.2 Descrição do Caso Clínico

Paciente sexo feminino 8 meses, nasceu dia 16/01/2022 de 36 semanas, parto cesárea, pesando 2.375 kg e 44 cm de comprimento, APGAR no 1º min 9 e no 5º min 10, perímetro cefálico 30cm. Foi uma gravidez planejada, tranquila, fez o uso do

medicamento ácido fólico corretamente, pré-natal, exames todos corretos sem alterações. Quando a mãe estava com 3 meses e meio de gestação foi realizado uma ultrassonografia, onde o médico responsável deu o diagnóstico de SD.

Quando a paciente nasceu foi detectado a mutação cromossômica em mais dois cromossomos 13,18 além do 21, ambos foram descartados ficando assim somente o 21 com alteração genética. A SD é uma alteração genética com mais um cromossomo extra no par 21, assim ela provoca um déficit que desequilibra os genes, trazendo assim diversas patologias associadas a essa alteração, como déficit intelectual e morfológica (COÊLHO et al., 2020).

Foi encaminhada para a UTI, onde apresentou uma possível alteração no coração, mas foi descartado pelo cardiologista fetal.

Primeira vez da paciente na fisioterapia, faz acompanhamentos de terapia ocupacional, fonoaudióloga, já assume a postura sentada, porém, a queixa principal da mãe foi a cabeça lateralizada para o lado direito. Não faz uso de medicamentos domiciliares, e a família acompanha cada passo, mostrando apoio e companheirismo. Foi realizado os exames de ecocardiograma e doppler fetal, sem presença de alterações. Além de possuir o relatório NACE 5C, que é feito para descobrir a alteração do gene onde consta a alteração do cromossomo 21.

Aplicamos também a CIF, é utilizada para identificar as condições estruturais, características pessoais e ambientais que possa interferir na funcionalidade dos pacientes, auxilia na comunicação e troca de informações (CASTRO et al., 2020).

CIF: condição e estrutura: síndrome de Down.

Estrutura e função do corpo: hipotonia generalizada, hiper mobilidade dos MMII e MMSS, língua protrusa, fraqueza muscular MMII e MMSS tronco e cervical, estrabismo.

Atividade: não pega objetos nas linhas laterais, não realiza transferências posturais (prono/supino, gato/ajoelhado/semi-ajoelhado).

Participação: não apresenta restrições quanto a participação.

Fatores ambientais: como facilitador, temos a família, condição financeira, pai e mãe presentes além da equipe multidisciplinar. Como barreira, não encontramos no momento do atendimento da paciente.

Fatores pessoais: feminino, 8 meses além de boa adaptação da clínica.

Na figura 10 é apresentado a propriocepção, paciente em posição de prono em cima da bola de Bobath, onde é realizado várias batidas na bola procurando fazer vibrações para a criança, fazendo com que ela procure manter o equilíbrio, com auxílio do terapeuta.

Figura 10 - Propriocepção



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

O exercício de propriocepção método de vibração realizado em todo o corpo, ajuda na estimulação dos receptores assim criando os efeitos moduladores. Além disso eles também se mostram importantes na estabilidade postural, no equilíbrio e desempenho funcional conseguindo melhorar a sensibilidade das articulações (TSENG et al., 2023).

Os exercícios realizados em postura de prono tem demonstrado eficácia para a melhora da postura mais precoce por ter um desenvolvimento motor mais lento ao de uma criança normal (CAMARGOS, 2019).

O equilíbrio é controlado pelo SNC com isso recebem informações sensoriais visuais, proprioceptiva e vestibular. O exercício proprioceptivo reduz o tempo entre a resposta muscular e a estimulação neural, com isso ele é utilizado para melhorar a qualidade de realizações das habilidades e diminuir lesões, conseguindo assim melhorar a vida destes pacientes (LOPES, 2009).

Na figura 11 é realizado o treino de equilíbrio do tronco, utilizando uma plataforma para assim desestabilizar a paciente, fazendo-a aprimorar seu controle, paciente encontra-se sentada sobre a plataforma apenas com apoio auxiliar do terapeuta.

Figura 11- Treino de equilíbrio



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

As crianças com SD apresentam dificuldade de manter o equilíbrio devido a frouxidão ligamentar e hipotonia. O equilíbrio é a nossa capacidade de manter a postura corporal, mantendo-se estável, quando é alterado o equilíbrio é necessário que se recupere a postura, assim é feito por um ou mais segmentos do corpo. Exercícios de equilíbrio vem sendo utilizados em crianças com de SD, visando a melhora no seu controle postural, como em pranchas em diferentes posições, tendo facilitações nas reações posturais durante o treino (NAHLA et al., 2022).

Modesto et al., (2014) relata que o exercício de equilíbrio combinado com o de força muscular mostra um significativo aumento de força nos membros em relação ao controle postural, com isso conseguimos uma melhora no equilíbrio postural.

A Figura 12 é realizado o controle sensório motor na paciente, onde ela se encontra em ortostatismo com auxílio do terapeuta, buscando manter uma estabilidade postural.

Figura 12 – Controle sensório motor



Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

O exercício neuromuscular tem como objetivo o controle sensório motor, procurando manter o movimento muscular coordenado, facilitando assim o controle neuromuscular. Ele busca a estabilidade dinâmica do movimento procurando manter-se estável durante o movimento, ele ativa os processos neurofisiológicos de coordenação intermuscular, que ajuda na estabilidade e execução do movimento funcional da criança, ele pode ser realizado em diferentes superfícies instáveis, como a bola, colchonetes, tapetes, entre outros (GRANDE et al., 2022).

O treino neuromuscular é um estímulo com o objetivo de melhorar as funções neuromusculares como força muscular, movimentos funcionais, equilíbrio (CAMARGOS, 2019).

De acordo com Modesto et al., (2014) a força muscular está associada com efeitos positivos nas atividades funcionais, com isso ela consegue promover melhoras em atividades físicas, além de movimentos funcionais.

3.5 Apresentação da atividade desenvolvida pela aluna Millena Mariana Dos Santos

Durante o estágio de neuropediatria atendi uma criança com diagnóstico de PC espástica bilateral quadriplégica. Esta deficiência apresenta grandes comprometimentos motores sensoriais e neurológicos em crianças. Irei abordar mais sobre esta deficiência e sobre o quadro clínico desta criança.

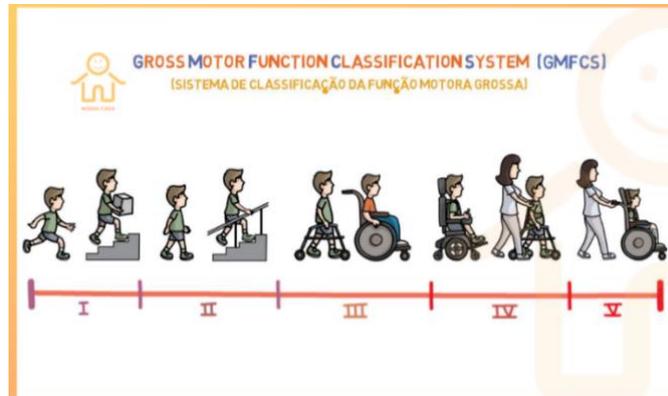
3.5.1 Descrição do Caso Clínico

Paciente sexo feminino, 5 anos. A mãe relata que tem anemia falciforme e que foi uma gravidez não planejada. Durante a gestação teve quadro de infecção no trato urinário no 7º mês e ficou internada até 37 semanas e 3 dias. Foi necessário realizar a cesárea pois estava ocorrendo uma perda do líquido amniótico e precisou de transfusão de sangue. A paciente nasceu com problemas respiratório e infecções, foi intubada e levada para UTI-neonatal APGAR 5/8. A mãe teve problemas nos rins, sendo levada para o CTI onde permaneceu por 21 dias.

Ao ir para casa, a paciente passou por 3 pediatras e o terceiro deu o encaminhamento urgente para o neuropediatra. Na consulta com neurologista, descobriu a microcefalia, PC e epilepsia, ela foi internada no mesmo dia e começou com o uso de gardenal. Recentemente descobriu uma luxação bilateral de quadril. De acordo com Sadowska et al., (2020) a PC tem distúrbio, sensoriais, comportamentais, cognitivos, perceptivos, epilepsia e como distúrbio secundário os musculoesqueléticos.

Realizou exames com seguintes resultados: bacterioscopia pelo Gram 12/09/2022- Raros cocos de Gram positivo, raio-x no dia 29/04/2022- luxação coxo femoral bilateral, coração normal e ausência de consolidação pulmonares. Medicamentos que faz uso: nitrizepam 5 ml, trileptal 60 ml, topiramato 25 mg, baclofeno, este é um medicamento indicado geralmente para crianças com PC que não deambulam (VITRIKAS et al., 2020). Não apresenta nenhum desenvolvimento motor, como o controle de cervical, controle de tronco, rolar, arrastar/engatinhar, ortostatismo e marcha, sendo classificada no GMFCS nível V (Figura 13). De acordo com Paulson et al., (2017) existe 4 formas de classificação da funcionalidade GMFCS, FMS, MACS, CFCS, sendo a GMFCS mais utilizada pelos profissionais pois é rápido e fácil de usar devido a sua linguagem comum. Ela foi criada para utilizar em crianças de 2 a 12 anos de idade, mais em 2017 expandiu-se para até os 18 anos.

Figura 13 - Escala Classificação GMFCS



Fonte: Nossa casa (2015)

Classificação em 5 níveis:

Nível 1- a criança anda normalmente sem apoio em diferentes locais, sobe e desce escada sem corrimão.

Nível 2- apresenta algumas limitações como utilizar o corrimão para subir e descer escadas, mas consegue andar sem apoio.

Nível 3- necessário o uso de andador e cadeira de roda para auxílio da marcha

Nível 4- dificuldades de locomoção, mas ainda consegue se mover na cadeira de rodas manual ou motorizada.

Nível 5- totalmente dependente para tudo, apresenta uma grande limitação (CAMARGOS et al., 2019).

As queixas principais da mãe são: segurar brinquedos, sentar-se sozinha, ficar em pé e controle de tronco. Na avaliação: hipertonia em cervical, tronco, MMSS, MMII, rigidez nas articulações de ombros, cotovelos, punho, quadril, joelhos e tornozelos, espasticidade nos 4 membros, porém os mais afetados são os MMII. Estima-se que 90% dos pacientes apresentam dificuldades de locomoção por isso os MMII são os mais afetados, então, o principal foco de intervenção é o desenvolvimento da marcha, para melhor independência (Llamas-Ramos et al., 2022).

Paciente não realiza atividades reflexas e não possui movimento involuntário. Nos reflexos a paciente apresentou babinski positivo e clônus. Quando o reflexo de

babinski não é inibido nos primeiros meses de nascimento é sinal de que há uma disfunção maturacional funcional do trato corticoespinhal, ou seja, há uma doença no SNC (DAMASCENO et al., 2005).

Paciente apresenta contraturas e deformidades: contraturas nos pés e mãos D e E devido a espasticidade fazendo com que os músculos fiquem retraídos, pé equino, encurtamento de tríceps surral e isquiossurais. Não realiza as transferências posturais, na postura prono permanece com os cotovelos e punho fletidos antebraço pronado, rotação interna de quadril, MMII em posição de tesoura e rotação da cervical sempre para o lado direito.

Foi utilizado como instrumento de classificação a CIF para uma melhor compreensão de todas as disfunções. Ela é utilizada para descrever as funcionalidades e incapacidades dos pacientes (LEONARDI et al., 2022). A CIF classifica as funções e estruturas do corpo, atividades, participações fatores ambientais e fatores pessoais.

3.5.2 Quadro de dados de anamnese do paciente

Tabela 4 - Dados Anamnese do paciente

Dados da Anamnese do Paciente	
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade	
Condição / Saúde	Paralisia Cerebral Espástica Bilateral Quadriplégica
Estrutura e função do corpo	Hipertonia e fraqueza muscular de MMSS, MMII tronco e cervical; Escoliose em "S"; Rigidez na articulação dos joelhos, tornozelo, cotovelo, punho, quadril e ombro; Espasticidade nos 4 membros (MMII mais afetado, que o MMSS) Contraturas dos pés (direito e esquerdo); Luxação de quadril bilateral;
Limitações e atividades	Incapaz de realizar as transferências posturais; Não realiza comunicação e manuseio de objetos MMSS;

	Nãodeambula; Dependência autocuidado;
Restrição	Dificuldade de realizar tarefas escolares, lazer e recreação; Interação com outras pessoas; Atividades e exercícios físicos
Fatores Ambientais	Facilitador: Suporte familiar Órteses AFO e Splint bilateral; Cadeira de rodas; Equipe Multidisciplinar; Barreira: Baixa renda; Ausência de professor de apoio;
Fatores Pessoais	Sexo:feminino; Idade: 5 anos.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2023).

A figura 14 a seguir ilustra o fortalecimento de cervical através da bola de bobath e brinquedo para estímulo.

Figura 14 - Fortalecimento de cervical



Fonte: arquivo pessoal da autora (2023)

O fortalecimento muscular dos MMII, principalmente dos extensores e flexores de joelho, extensores, abdutores e rotadores de quadril e flexores plantares do tornozelo, MMSS, tronco e cervical, é bastante comum e benéfico no tratamento em

crianças com PC, para melhorar e ganhar força e função muscular (RAMECKERS et al., 2015).

As atividades físicas com exercícios combinados aeróbico e fortalecimento muscular traz um grande benefício a saúde, principalmente em crianças com deficiência de PC, devido a fraqueza muscular, além dos benefícios reduz em 40% as chances de morte independentemente da patologia (BRELENTHIN et al., 2022).

Na figura 15 ilustra alongamento passivo do MMII.

Figura 15 - Alongamento passivo dos extensores de quadril



Fonte: arquivo pessoal da autora (2023)

Alongamentos musculares passivos dos MMII, MMSS, tronco e cervical, são realizados em pessoas com espasticidade, com o intuito de alongar as musculaturas com rigidez ou contratura (PIN et al., 2006).

O alongamento muscular é fundamental para aumentar a ADM das articulações e reduzir a rigidez muscular (KONRAD et al., 2021).

Na figura 16 mostra a dissociação de cintura pélvica com a bola feijão.

Figura 16 - Dissociação de cintura pélvica



Fonte: arquivo pessoal da autora (2023)

Dissociação de cintura pélvica e escapular. Os exercícios de dissociação de cintura pélvica e escapular são utilizados em crianças com PC para ganhar ou aprimorar o equilíbrio e a propriocepção (BENSOUSSAN et al., 2021). O objetivo principal deste tratamento é a propriocepção devido a paciente ser quadriplégica.

Para manter a estabilidade corporal é necessária uma coordenação tanto escapular quanto pélvica no plano transversal durante a deambulação (TAVERNESE et al., 2016).

Todas as crianças diagnosticadas com PC independentemente da classificação na escala da GMFCS, é fundamental que realize o tratamento fisioterapêutico, iniciando o tratamento o quanto antes, pois a fisioterapia irá trazer o ganho de habilidades motoras e irá prevenir as alterações secundárias que a doença traz (CAMARGOS et al., 2019).

Algumas técnicas que a fisioterapia proporciona são os alongamentos, exercício de ADM, treinamento de força e equilíbrio, TCI, equoterapia e eletroestimulação para um melhor tratamento (PAUL et al., 2022).

A equipe multidisciplinar tem uma grande importância também no desenvolvimento das crianças com PC, com isso é necessário um acompanhamento para melhor atender as queixas principais dos pais e as necessidades da criança (CAMARGOS et al., 2019).

4 AUTOAVALIAÇÃO

4.1 Autoavaliação da aluna Débora de Souza Mesquita

Ao desenvolver este portfólio, tive a oportunidade de aprender e compreender um pouco mais sobre a patologia paralisia de bell, associado a teoria e a prática, aprendida durante todo o percurso estudando. Foi um grande desafio no início, já que é uma patologia com poucas evidências científicas de tratamento fisioterapêutico, portanto foi o que me motivou a buscar mais e mais conhecimento sobre a patologia para que a paciente apresentasse uma melhora significativa. O livro PNF Adler et., al (2027). foi a minha base além de artigos científicos.

Obtive, como ponto positivo e enriquecedor, toda a vivência. Desde a primeira avaliação até o último dia de atendimento da paciente, que ficara lembrada por toda a troca de carinho, conhecimentos, risadas, paciência e compreensão. Além disso, pude confirmar o quão importante e nosso empenho e conhecimento na vida de cada pessoa, ao ver a sua evolução tão rápida e sua felicidade que contagiava em cada sessão.

Quanto ao ponto negativo, ressalto o curto tempo, devido a feriados e por ser apenas um dia de atendimento e ao número de fotos para compor este portfolio, como havia uma certa intercorrência de horários de outro paciente acabamos ficando sem muitas fotos, por não ter quem batesse durante os procedimentos.

Foi de grande valia a contribuir e realizar esta evolução dessa paciente, nos mais simples detalhes. Sou grata por esta experiência encantadora, que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

4.2 Autoavaliação da aluna Elizete Dionisio Silva

Ao desenvolver este portfólio tive a oportunidade de aprofundar mais sobre doença de Parkinson, associando a teoria e a prática durante esses 5 anos de faculdade. No início foi o desafio era relacionar a teoria com a prática. Pois o pensamento era como posso ajudar nessa doença progressiva. Então fui atrás do livro fisioterapia avaliação e tratamento do autor (O'SULLIVAN). E tive como base para o tratamento.

Minha experiência, ganhei conhecimento profissional, a busca por informações é necessária para prescrever condutas individualizada.

Desde o primeiro dia de avaliação até o final, como ponto positivo foi muito gratificante pois mesmo com dificuldade o paciente estava disposto a realizar todas as atividades proposta, a paciência, compressão e carisma foram essenciais para que cada sessão fosse executada com êxito. Além disso pode ver o quanto é importante a atividade física para esses pacientes.

Com tudo foi muito bom acompanhar o paciente, compreendi suas limitações, o quanto é importante o apoio da família e o tanto ele gostava de ir às sessões.

4.3 Autoavaliação da aluna Gabriela Cristina Silva Prestes Corrêa

No desenvolvimento deste portfólio, tive a oportunidade de revisar conteúdos e práticas aprendidas ao longo desses cinco anos de graduação, aprofundi mais sobre o Traumatismo Cranioencefálico. No início da avaliação foi bem desafiador, pois foi minha primeira paciente com uma disfunção decorrente de um trauma. Então me aprofundi ainda mais no assunto, através de fontes confiáveis, em artigos científicos e conteúdos administrados em sala por professores, buscando um tratamento eficaz e preciso para a minha paciente.

Como pontos positivos, obtive experiências incríveis com a minha paciente adolescente, foi desafiador pois a cada dia busquei acrescentar atividades lúdicas com foco nas limitações presentes, tivemos momentos de carinho, de sorrisos, abraços, danças e músicas era o mais cativava.

Um ponto negativo é o tempo curto que temos no atendimento devido a modalidade do curso.

Contudo isso vivenciei momentos únicos e gratificantes, com realizações e aprendizados, podendo levar conhecimentos e experiências, onde poderei colocar em prático em um futuro breve.

4.4 Autoavaliação da aluna Laís Kelly Salgado Torres

Ao decorrer do desenvolvimento deste portfólio, tive o prazer de colocar em pratica a teoria e a prática em clínica aprendida na graduação nesses 5 anos de curso. Consegui aprofundar mais em Síndrome de Down ao decorrer do portfólio no início foi um grande desafio pois minha paciente apresentava um diagnóstico que levara por toda sua vida, assim busquei maneiras de trazer documentos confiáveis para poder

trazer um tratamento eficaz para ela, com isso o livro de fisioterapia em pediatria (Da evidencia a prática clínica 2019) além de artigos científicos como base.

Foi um ponto positivo para mim devido a toda experiência obtida, além do amor e carinho, compreensão da paciente e sua mãe com a terapeuta, isso deixou mais leve e gratificante. Com isso podemos ver o quão importante é a busca de informações específicas para cada paciente individualmente.

Ao ponto negativo só tenho de reclamar do tempo corrido durante o atendimento ao paciente, por ser essa modalidade foi um pouco curto.

Com isso só tenho a agradecer pois foi muito importante todo o processo do estágio visando assim todo conhecimento e aprendizado, além de ter acompanhado cada passo e cada evolução da paciente. Sou extremamente grata por tudo que vivi nesse período pois me ajudou no meu amadurecimento tanto profissionalmente como no pessoal, me tornando uma pessoa capaz de ampliar as experiências vividas na prática clínica.

4.5 Autoavaliação da aluna Millena Mariana Dos Santos

Durante todo o portfólio, consegui me aprofundar melhor sobre a Paralisia Cerebral e perceber o quão importante e sempre buscar evidências científicas para ter um tratamento adequado para cada paciente.

Apreendi tanto na teoria quanto na prática todo o conteúdo e como ser uma profissional diante das pessoas e principalmente diante dos meus pacientes. Confesso que deu um pouco de medo, pois pela primeira vez estava atendendo uma criança com PC, mas obtive um grande crescimento profissional.

Com o PBE me senti mais confiante para poder tratá-la, utilizei também o livro fisioterapia em pediatria, da Evidencia a Prática Clínica. (Camargos et, al 2019).

Como ponto positivo aprendi a olhar as pessoas com outros olhares e ter compaixão pela dor do próximo, porque na fisioterapia além de tratar o paciente precisamos lidar com tudo o que envolve ele, como a sua história de vida, questões familiares, isso tem uma grande importância para o tratamento. É gratificante poder ajudar o próximo com todo meu conhecimento que obtive durante esses anos de graduação.

Tive como ponto negativo encontrar tempo no meu dia a dia para poder me aprofundar ainda mais aos estudos para atender esta paciente. Mesmo diante dos desafios foi maravilhoso estar com esta paciente e saber que pude contribuir para que ela tenha uma qualidade de vida melhor.

5 CONCLUSÃO

Eu Débora de Souza Mesquita, acompanhei esta paciente do dia 14/04/2023 ao dia 23/06/2023, sendo que o primeiro dia foi para avaliação. No total foram 8 sessões. Durante este tempo, a paciente evoluiu nos seguintes aspectos: melhora das expressões faciais, fortalecimento e ativação da musculatura facial global, propriocepção e melhora da questão emocional e social. Apesar de ter tido pouco tempo, foi o suficiente para perceber que a fisioterapia quando baseada em fontes confiáveis e bem ministrada, faz total diferença na evolução de pacientes com distúrbios neurológicos.

Eu Elizete Dionisio Silva, acompanhei esse paciente no dia 17 de março de 2023 ao dia 26 de junho de 2023. Sendo que os dois dias foram avaliação. No total foram 9 sessões. Nesse tempo o paciente evoluiu nos seguintes aspectos: apesar de ter sido poucas sessões melhora equilíbrio estático, melhora para levantar-se sozinho, melhora da força em MMII, através da avaliação subjetiva, melhora da questão emocional. Apesar de ter sido pouco tempo, foi o suficiente para perceber que a fisioterapia baseada em evidência surge seus efeitos e faz total diferença na vida do paciente com distúrbio neurológico e mesmo com uma doença progressiva e que leva a tantas limitações.

Eu, Gabriela Cristina Silva Prestes Corrêa S.P.C, acompanhei essa paciente do dia 02/09/2022 ao dia 25/11/2022, sendo que os dois primeiros dias foram para avaliação. No total foram 10 sessões. Durante este tempo, a paciente evoluiu nos seguintes aspectos: melhora da marcha, ganho de ADM do tornozelo esquerdo, retorno nas atividades de lazer como andar de bicicleta em ar livre, pular corda. Mesmo com pouco tempo de atendimento foi visto que a Fisioterapia foi de grande valia na vida dessa adolescente, pois desde o primeiro dia da reabilitação até o presente momento, ela obteve resultados positivos e realizadores para a sua vida.

Eu Laís Kelly Salgado Torres acompanhei a paciente do dia 16/09/2022 até o dia 25/11 sendo os dois primeiros dias de avaliação. No fim foram 8 sessões. Durante esse tempo a paciente evoluiu nos seguintes aspectos: melhora no equilíbrio estático; melhora no controle de tronco; melhora no controle cervical; melhora na postura sentada; melhora no alcance de objetos lateralizados. Apesar do curto tempo deu para observar o quanto a fisioterapia com bases em fontes confiáveis é de extrema importância na vida das pessoas e se faz um total diferença na vida dos pacientes que tem disfunções neurológicas, mesmo quando falamos de síndromes que afetam de maneira significativa a vida dos pacientes.

Eu, Millena Mariana Dos Santos, acompanhei essa paciente do dia 28/10/2022 ao dia 25/11/2022. No total foram realizadas 2 sessões. Consegui ver uma boa qualidade de vida, mesmo diante de uma patologia permanente. Com o pouco tempo de tratamento percebi que o básico bem-feito e fundamental na fisioterapia e principalmente baseado todo tratamento em evidências científicas faz com que tenhamos resultados excelentes com os pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alashram AR, Annino G, Raju M, Padua E. Effects of physical therapy interventions on balance ability in people with traumatic brain injury: A systematic review. **NeuroRehabilitation**.v.46, n.4, p.455-466. 2020. Disponível em: <https://content.iospress.com/articles/neurorehabilitation/nre203047/>. Acesso em: 25 ago. 2023.
2. ANN UMPHRED, DARCY. Fisioterapia Neurológica. Cap.13. 2º edição. São Paulo: Manole, 1994.
3. BALISTRERI C, AMMOSCATO C, SCOLA L, FRAGAPANE T, GIARRATANA R, LIO D, PICCIONE M. Susceptibility to heart defects in down syndrome is associated with single nucleotide polymorphisms in has 21 interferon receptor cluster and vegfa genes. **Genes**. v.11, n. 12, p.13. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33260695/> .Acesso em: 22. set. 2023.

4. BLAND DC, ZAMPIERI C, DAMIANO DL. Effectiveness of physical therapy for improving gait and balance in individuals with traumatic brain injury: a systematic review. **Brain Inj.**v.25, n.8, p.13. 2011. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC7761327/> .Acesso em: 25.ago.2023.
5. BENSOUSSAN, C. et al. Assessing the contribution of lower limb mobilization, in the supine position, on shoulder-pelvis girdles dissociation. **Gait posture**, v.85, n.10, p.8. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33618166/> .Acesso em: 27 set. 2023.
6. BRELLENTHIN, AG. et al. Aerobic or muscle-strengthening physical activity: which is better for health? *curr sports med rep*, v. 8, n, p.25. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35946846/> .Acesso em:30 set. 2023.
7. CAMARGOS, ANA CRISTINA R.; LEITE, HÉRCULES R.; MORAIS, ROSANE LUZIA DE S.; LIMA, VANESS. *Fisioterapia em pediatria - Da evidência à prática clínica*.1º edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830024/> .Acesso em:19 out.2023.
8. CASTRO G, NASCIMENTO L, FIGUEIREDO G. Applicability of the ICF-CY in evaluating children with disabilities and Family support: an integrative literature review. **Revista CEFAC**. V.22, n.1 p.10 .2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462020000100601&tlng=en .Acesso em: 22. set.2023.
9. CATALA, M. KUBIS, N. Gross anatomy and development of the peripheral nervous system. **Handb clin neurol**, v. 115, n.29, p.12. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23931773/> .Acesso em: 22 set. 2023
10. COÊLHO J, DELGADO I, ROSA M, ALVES G. Speech profile in Down syndrome: speech apraxia x speech disorder of musculoskeletal origin. **Revista CEFAC**.2020. v.22, n.5, p.11. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462020000500700&tlng=en . Acesso em: 22. set.2023.

- 11.DAMASCENO, et al. Reflexos primitivos e função cognitiva. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, v. 63, n. p. 5. 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/anp/a/ZYT9THL7vPQdd5t7S9nn33c/?lang=en> .Acesso em: 31 ago. 2023.
- 12.GEERSE DJ, ROERDINK M, MARINUS J, VAN HILTEN JJ. Walking adaptability for targeted fall-risk assessments. **Gait Posture**. V.70, n.1, p.8.2019. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30901621/>.Acesso em: 20 set.2023.
- 13.JONES, H. R. et al. Coleção netter de ilustrações médicas. Sistema nervoso. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Disponível em:
14. <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151499/> .Acesso em: 22 set. 2023.
- 15.KAHLE, W; FROTSCHER, M. Atlas Colorido de Anatomia Humana: Volume 3-Sistema Nervoso e Órgãos Sensoriais. 8º edição. Rio de Janeiro. Thieme Revinter: 2023. Disponível em:
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555722130/> .Acesso em:23 set. 2023.
- 16.KATZ-LEURER M, ROTEM H, KEREN O, MEYER S. The immediate effect of treadmill walking on step variability in boys with a history of severe traumatic brain injury and typically-developed controls. **Dev Neurorehabil**.v.13, n.3, p.6. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/17518420903512873/> .Acesso em: 25.ago.2023
- 17.KAWAMOTO, EMÍLIA E. Anatomia e Fisiologia para Enfermagem. 1º edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN -Guanabara Koogan, 2022.

- 18.KONRAD, A. et al. The influence of stretching the hip flexor muscles on performance parameters. A systematic review with meta-analysis. **Int j environ res public health**, v. 18, n. 4, p., 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33671271/>. Acesso em 30 set. 2023.
- 19.LEMAŃSKA-PEREK A, ADAMIK B. Fibronectin and its soluble EDA-FN isoform as biomarkers for inflammation and sepsis. **Advances in Clinical and Experimental Medicine**.v.28, n.11, p.6 .2019 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31596557> .Acesso em: 26.set.2023.
- 20.LEONARDI, M. et al. 20 years of icf-international classification of functioning, disability and health: uses and applications around the world. **Int j environ res public health**, v. 18, p.20.2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/18/11321> .Acesso em 30 set. 2023.
- 21.LLAMAS, R. et al. Robotic systems for the physiotherapy treatment of children with cerebral palsy: a systematic review. **Int j environ res public health**, v. 19, n. 9, p.12. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35564511/> .Acesso em 30 set. 2023.
- 22.MATOS M. Instabilidade atlantoaxial e hiperfrouxidão ligamentar na síndrome de down. v.13, n.4, p.3. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522005000400001>. Acesso em:23.set.2023.
- 23.MARCK B, BARRY W. C, MICHAEL A. P. Neurociências. Desvendando o sistema nervoso. 4º Edição. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- 24.MARTINEAU, S. The Mirror Effect Plus Protocol for acute Bell's palsy: a randomised and longitudinal study on facial rehabilitation. **Acta Oto-Laryngologica**.v.142, n.2, p.5.2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00016489.2020.1842905> .Acesso em: 28. ago.2023.

25. MIERLO A, QUEJE I, SIMIONATTO M, BRITO P, SANTOS F, VELLOSA J, BORATO D. Biochemical and hematological evaluation in subjects with intellectual disability associated or not to Down syndrome. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**.v.54, n.1, p.5. 2018. Disponível em:
<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1676-2444.20180005>.
Acesso em:26.set.2023
26. MONINI, S. Ruolo della riabilitazione Kabat nella paralisi del nervo facciale: Studio randomizzato su casi severi di paralisi di Bell. **Acta Otorhinolaryngologica Italica**.v.36. n.4, p. 6. 2016. Disponível em:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5066463>
.Acesso em: 28. set.2023.
27. NAHLA M, EI-SAYED S, RAGAA A, EI GHAFAR A. Mechanical vestibular stimulation versus traditional balance exercises in children with Down syndrome. **African Health Sciences**. v.22, n.1, p. 6.2022. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36032439> .Acesso em: 27.set.2023.
28. NOVAK, I. Early. Accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. **Jama pediatr**, v. 171, n.9, p. 10. 2017. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28715518/> .Acesso em: 22 ago. 2023.
29. O`SULLIVAN, SUSAN B, THOMAS J, SCHMITZ. Fisioterapia, Avaliação e Tratamento. Cap. 24; 2ªedição. São Paulo: Manole,1993.
30. OLIVEIRA, RITHIELE CRISTINA DE. Neurofisiologia. Cap. 1, pag. 8-14. 1ªedição. Rio de Janeiro 2015.
31. PAULO ROBERTO LAZARINI E MARINA LANG FOUQUET. Paralisia Facial. Avaliação, tratamento e Reabilitação. 1ª edição. São Paulo – SP: Lovise, 2006.
32. PAUL, S. et al. A review on recent advances of cerebral palsy. **Oxid med cell longev**, v. 2022, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35941906/> .Acesso em; 30 set. 2023.

33. PAULSON A, VARGUS-ADAMS J. Overview of four functional classification systems commonly used in cerebral palsy. **Children (basel)**, v. 4, n. 4, p. 30, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28441773/> .Acesso em; 30 set. 2023.
34. PIN, T. The effectiveness of passive stretching in children with cerebral palsy. **Dev med child neurol**, v. 48, n. 10, p. 855-862, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16978468/> .Acesso em; 27 set. 2023.
35. PEREIRA, L. M. Facial exercise therapy for facial palsy: Systematic review and meta-analysis. **Clinical Rehabilitation**. v.25, n.7, p.9.2011. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269215510395634>
Acesso em: 16.set.2023.
36. SOKE F, GUCLU-GUNDUZ A, KOCER B, FIDAN I, KESKINOGLU P. Task-oriented circuit training combined with aerobic training improves motor performance and balance in people with Parkinson's Disease. **Acta Neurol Belg**. v.121, n.2, p.9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31741209/> .Acesso em: 24.set.2023.
37. SUSAN S. ADLER, DOMINIEK B, MATH B. PNF. Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva. 2º Edição. Barueri - SP: Manole, 2007.
38. RODRÍGUEZ-GRANDE E, VARGAS-PINILLA O, TORRES-NARVAEZ M, RODRÍGUEZ-MALAGÓN N. Neuromuscular exercise in children with Down Syndrome: a systematic review. **Scientific Reports**.v.12, n.1, p.12. 2022. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC9440024> .Acesso em: 27. set.2023.
39. ROSENBAUM, P.et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy april 2006. **Dev med child neurol suppl**, v. 109, n. 109, p.7. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17370477/> .Acesso em: 22 ago. 2023.
40. SANTOS, NÍVEA CRISTINA M. Anatomia e Fisiologia Humana. 2º edição. São Paulo: Saraiva, 2014.

- 41.SADOWSKA, M. et al. Cerebral palsy: current opinions on definition, epidemiology, risk factors, classification and treatment options. **Europsychiatr dis treat**. v.16, n.2, p.13. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32606703/> .Acesso em: 27 set. 2023.
- 42.STOŽEK J, RUDZIŃSKA M, PUSTUŁKA-PIWNIK U, SZCZUDLIK A. The effect of the rehabilitation program on balance, gait, physical performance and trunk rotation in Parkinson's disease. **Aging Clin Exp Res**.v.28, n.6, p.8. 2016.Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-015-0506-1>.Acesso em: 20.out.2023.
- 43.TAVERNESE, E. et al. Coordination between pelvis and shoulder girdle during walking in bilateral cerebral palsy. **Clin biomech**, v. 32, n.1. p.8. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26690753/> .Acesso em: 30 set. 2023.
- 44.TSENG S, LAI C, KO C, CHANG Y, FAN H, WANG C. The Effectiveness of Whole-Body Vibration and Heat Therapy on the Muscle Strength, Flexibility, and Balance Abilities of Elderly Groups. **International Journal of Environmental Research and Public Health**.v.20, n.2, p.12. 2023. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC9861224> .Acesso em: 26.set.2023
- 45.Vienas VN, Kreisner PE, Mariani C, Pagnoncelli RM. Laserterapia Associada ao Tratamento da Paralisia Facial de Bell. **Rev Port Estomatol Cir Maxilofac**.v.47, n.43, p.6. 2006. Disponível em: https://www.spemd.pt/imagens/anexo_272.pdf .Acesso em: 24.set.2023.
- 46.VITRIKAS, K. et al. Cerebral palsy: an overview. *Am fam physician*, v. 101, n. 4, p.8. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32053326/> .Acesso em: 30 set. 2023.
- 47.WOLLESEN B, RUDNIK S, GULBERTI A, CORDES T, GERLOFF C, POETTER-NERGER M. A feasibility study of dual-task strategy training to improve gait performance in patients with Parkinson's disease. **Sci Rep**.v.11, n.1, p. 10.

2021.Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34127721/> .Acesso em: 20.out.2023

48.ZHANG, WENJUAN. The etiology of Bell's palsy. **Journal of Neurology**. V. 267, n.7, p. 9.2020. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30923934> .Acesso em: 27.set.2023

Manobras deficitárias:

AVALIAÇÃO DO TÔNUS MUSCULAR

Palpação _____

Movimentação passiva _____

Balanço da articulação _____

Escala Modificada de Ashworth – _____

0: tônus muscular normal

1: ligeiro aumento de tônus manifestado por mínima resistência no final da ADM.

1+: ligeiro aumento de tônus manifestado por mínima resistência em menos da metade da ADM restante

2: aumento mais acentuado do tônus durante a maioria da ADM, mas as partes afetadas são facilmente movidas.

3: aumento considerável do tônus muscular, movimento passivo difícil.

4: partes afetadas rígidas em flexão ou extensão.

AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS

Profundos _____

Superficiais _____

Automatismos medulares: () Sim () Não

AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE

Profunda _____

Superficial _____

Sente dor: () Não () Sim Local: _____

AVALIAÇÃO DE INFORMAÇÕES SENSORIAIS PROCESSADAS NO CÓRTEX

Grafestesia () normal () alterada () ausente

Estereognosia () normal () alterada () ausente

POSTURAS INTERMEDIÁRIAS

	Realiza com simetria	Realiza com assimetria	Realiza com ajuda de terceiros	Não realiza
Decúbito dorsal				
Decúbito ventral				
Rolar				
Sedestação				
Gato				
Ajoelhado				
Semi-ajoelhado				
Ortostático				

Obs.:

AVALIAÇÃO DO EQUILÍBRIO

	Realiza com equilíbrio		Realiza com oscilações		Não realiza	
	AO	OF	OA	OF	OA	OF
Prova da marcha						
Prova de Romberg						
Prova de Romberg – Barre						
Prova de Fournier						
Prova de Unteberg						

Escala de equilíbrio de Berg: _____

AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO

Prova do rechaço (Stewart-Holmes) () normal () alterada () não realiza

Tremor intencional () Presente () Ausente

Disdiadococinesia () Presente (dificuldade de realizar) () Ausente (realiza normal)

ANÁLISE DA MARCHA

ANEXO 2 - Ficha de avaliação Neuropediatria



FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROPEDIATRIA UNILAVRAS

Nome: _____ Data Avaliação: __/__/__

Endereço _____ Cidade _____

Pai: _____ idade: _____ profissão: _____ CPF/ RG _____

Mãe: _____ Idade: _____ Profissão: _____ CPF/RG _____

Responsável entrevistado: _____

Acadêmico: _____

Data de Nascimento: __/__/__ Idade Cronológica: _____

Prematuridade? () SIM ___ SEMANAS Idade Corrigida: _____
() NÃO

Escola que frequenta: _____

Professor de apoio: () SIM () NÃO Possui BPC: () SIM () NÃO

Diagnóstico Clínico: _____

Diagnóstico Fisioterápico: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal: _____

HMP:

TRATAMENTO: ANTERIOR/ATUAL: _____

H.M.A.: _____

EXAMES: _____

MEDICAÇÃO ATUAL: _____

CONVULSÕES: _____

ALIMENTAÇÃO: () LEITE MATERNO () LIQUIDA () PASTOSA () SOLIDA

_____FAZ USO DE TRAQUEOSTOMIA E/OU OXIGÊNIO? _____

COMUNICAÇÃO: _____

AUDIÇÃO: _____

VISÃO: _____

Ortopedista pediátrico: _____

Neuropediatra: _____
_____Vestuário e Higiene: _____
_____Sono: _____
_____**INSPEÇÃO:****Desenvolvimento Motor:**

	SIM	NÃO	IDADE	OBSERVAÇÕES
Controle cervical				
Controle de tronco				
Rolar				
Arrastar/Engatinhar				
Ortostatismo				
Marcha				

Tipo de tônus:

Hipertonia: () Cervical () Tronco () Membros superiores () Membros inferiores

Hipotonia: () Cervical () Tronco () Membros superiores () Membros inferiores

Espasticidade () Rigidez ()

Movimentos Involuntários:

() Coréia () Atetose () Distonia () Ataxia

Obs: _____

Reflexos primitivos:

() Moro () Gallant () Babinsk () Clônus () Preensão palmar
() Preensão plantar () RTCA () RTCS () RTL () Marcha reflexa

Sensibilidade: _____

Atividades Reflexas:

() Reação Cervical de Retificação () Reação Corporal de Retificação
Reação de Proteção: () anterior () lateral () posterior

Contraturas/Deformidades/Encurtamentos: _____

Transferências e posturas:

Supino: _____

Prono: _____

Gato: _____

Ajoelhado/semi-ajoelhado: _____

De pé: _____

ANEXO 3 - Ficha de avaliação Paralisia facial



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS -
UNILAVRAS
FICHA DE AVALIAÇÃO - PARALISIA FACIAL

Nome: _____

Profissão: _____ Data de Nasc.: _____

Exames Complementares: _____

Diagnóstico médico: _____

Data da admissão: ____/____/____

H.M.A. _____

Patologia Associada: _____

Etiologia

Idiopática Tumoral Vascular Metabólica Inflamatória
Traumática Infeciosa

Identificação da Paralisia Facial

Periférica Central Mista Direita Esquerda

Reincidência: Sim Não

Tônus: _____

Avaliação Estática: Lado _____

Rugas Frontais Abolidas sim não

Fenda Palpebral mais larga sim não

Lacrimejamento constante sim não

Desvio do sulco nasolabial sim não

Nariz em vírgula sim não

Bucheça em saco sim não

Sinal de Bell sim não

Sinal Negro sim não

Sinal Mingazzini sim não

Alterações Sensitivas:

Dor retroauricular? _____

Hiperacusia? _____

Reflexos: Corneo Palpebral: _____

Viso Palpebral: _____

Nasopalpebral: _____

Alterações Lacrimais? () Sim () Não _____

Alterações Salivares e/ou Gustativas? () Sim () Não

Sialorréia? () Sim () Não _____

Logoftamol? () Sim () Não _____

Alterações Auditivas? () Sim () Não _____

Avaliação Dinâmica: _____

M. Frontal _____

M. Corrugador de supercílio _____

M. Orbicular do olho _____

M. Elevador do lábio _____

M. Risório _____

M. Zigomático _____

M. Orbicular da Boca _____

M. Bucinador _____

M. Piramidal _____

M. Depressor do lábio inferior _____

Sincinesias? () Sim () Não _____

Classificação House Brackmann _____

Tabela 2 Avaliação da movimentação facial segundo House e Brackmann (1985)

Grau	Descrição	Em repouso	Em movimento
I	Normal	Simetria	Função facial normal
II	Disfunção leve	Simetria e tônus normais	Fronte: função moderada a boa Olho: fechamento completo com esforço mínimo Boca: assimetria discreta
III	Disfunção moderada	Simetria e tônus normais	Fronte: movimento discreto a moderado Olho: fechamento completo com esforço Boca: discreta fraqueza com máximo esforço
IV	Disfunção moderadamente grave	Simetria e tônus normais	Fronte: nenhum Olho: fechamento incompleto Boca: assimetria com esforço máximo
V	Disfunção grave	Assimetria	Fronte: nenhum Olho: fechamento incompleto Boca: discreto movimento
VI	Paralisia total	Assimetria	Nenhum movimento

Objetivo: _____

Tratamento: _____

Nome do aluno(a):

