

DESENVOLVIMENTO DE UMA FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTO PADRONIZADA APLICADA À FISIOTERAPIA

DEVELOPMENT OF STANDARD NEUROFUNCTIONAL ADULT REPORT APPLIED TO PHYSICAL THERAPY

Maggi LE², Lin AIW¹, Santos FP¹, Silva PS³, Cruz KCRS¹

1 Discente do curso de Fisioterapia, ESEFFEGO/UEG, Goiânia, Brasil

2 Docente CCBN/UFAC, Rio Branco - AC, Brasil

3 Docente CCSD/UFAC, Rio Branco - AC, Brasil

RESUMO - Objetivo: A falta de uniformização dos termos empregados nas fichas de avaliação de pacientes neurofuncionais em fisioterapia ocasiona imparidade de dados entre diferentes instituições. Esta pesquisa visa criar uma ficha de avaliação neurofuncional adulto a fim de padronizar os termos e agilizar a avaliação. **Método:** Inicialmente, 16 fichas de avaliação fisioterapêutica de sete instituições em Goiás foram coletadas e submetidas a uma análise comparativa entre si e com a literatura. Os itens de cada ficha foram adaptados para se formular uma ficha padrão que atendessem às necessidades de uma avaliação geral e completa. **Resultados:** Desenvolveu-se uma Ficha de Avaliação Neurofuncional Adulto Padronizada (FANAP) a qual foi, posteriormente, avaliada por 25 profissionais fisioterapeutas que trabalham diretamente com pacientes neurológicos. A ficha final foi dividida em oito seções: 1) Identificação, 2) Anamnese, 3) Exame Clínico, 4) AVD, 5) Exame Físico, 6) Escala, 7) Parecer e 8) Evolução. Esta foi, então, avaliada e aprovada pela maioria dos profissionais das instituições onde foi apresentada. **Conclusão:** Observou-se que as fichas de avaliação neurofuncionais atuais diferem entre si e a maioria dos termos é preenchida de forma subjetiva. Assim, a FANAP permite padronizar o processo de avaliação neurofuncional melhorando a qualidade da avaliação e a assistência à saúde.

PALAVRAS CHAVE: Avaliação em Saúde; Doenças do Sistema Nervoso; Fisioterapia

ABSTRACT - Objective: There is no standardization of terms used in the neurofunctional physicaltherapy report used in adult patients at different institutions, leading disparity to data and terms. This research aims to create a standardized neurofunctional evaluation in order to expedite the evaluation. **Method:** In this study, 16 physical therapy evaluation reports of 7 institutions were collected and compared themselves and with others described in the literature. Each report item was adapted to be standardized to meet the needs of general and complete evaluation. **Results:** It was developed a Standardized Neurofunctional Adult Physicaltherapy Report (FANAP) evaluated by 25 physiotherapists working directly with neurological disease patients. The final report has eight sections: 1) Identification, 2) Anamnesis, 3) Clinical Examination, 4) AVD, 5) Physical Examination, 6) Scale, 7) Phisioterapeutic Opinion and 8) Evolution. Thus, the FANAP was evaluated and approved by the majority of professional institutions where it was presented. **Conclusions:** Physical therapy neurofunctional reports are a subjective evaluation and there are no terms standardized. The FANAP allows standardize the evaluation process neurofunctional improving the quality of assessment and health care.

KEY WORDS: Health Evaluation; Nervous System Diseases; Physical Therapy Specialty

Autor para correspondência: Prof. Dr. Luís Eduardo Maggi (luis.maggi@gmail.com)

Centro de Ciências Biológicas e da Natureza – CCBN

Campus Universitário de Rio Branco,

BR-364, Km 04, Bairro Distrito Industrial, CEP 69915-900, Rio Branco/AC

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos mostram que milhões de pessoas no Brasil e no mundo têm alguma doença neurológica e que este número vem aumentando progressivamente¹. Dentre as doenças mais comuns relacionadas a danos encefálicos, lesões da medula espinhal, defeitos congênitos e outras doenças neurológicas estão: acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, lesão de medula espinhal, lesões nos nervos periféricos; esclerose múltipla, Doença de Parkinson, doença de Huntington^{2,3}. Nos EUA, milhares sofrem de comprometimentos físicos ou mentais que limitam sua capacidade de realizar alguma atividade funcional cotidiana, reduzindo assim, sua qualidade de vida^{2,4}. Os comprometimentos surgem como consequência natural de alguma enfermidade e são definidos como uma alteração no desvio do normal em estruturas ou funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas^{2, 5,6,7}.

A fisioterapia neurológica desempenha um importante papel na recuperação da capacidade funcional, tornando o indivíduo mais independente possível. Para um tratamento fisioterapêutico eficaz para cada caso

clínico é preciso ter um bom conhecimento do sistema nervoso e uma boa avaliação funcional^{2,5}. Dessa forma, o fisioterapeuta procura identificar a patologia apresentada pelo paciente, conhecer os efeitos das lesões no sistema nervoso, bem como definir os recursos adequados para a sua intervenção. Para isso, sua avaliação deve consistir de três componentes: história do paciente, exame físico e testes/escalas^{1, 8,9}.

A avaliação neurológica tem como objetivo determinar a etiologia provável dos problemas neurológicos, de modo que possam ser prestados os cuidados apropriados. Nela é necessário levantar o histórico do paciente, identificando os sinais e sintomas, o padrão e a progressão da patologia, que fornecem indicações importantes quanto a causa da disfunção do sistema nervoso. Após o histórico do paciente é feito o exame clínico, onde testes específicos são realizados para avaliar a função dos sistemas sensorial, autônomo e motor. Quando indicados, outros testes podem ser realizados para avaliar funções específicas do sistema nervoso. Sintetizando as informações do histórico e do exame clínico do paciente, o fisioterapeuta chega a um diagnóstico^{1,5}. Os testes e medidas

avaliativas fornecem dados que podem ser usados para estabelecer objetivos a fim de se alcançar os resultados almejados, tornando o tratamento válido e confiável².

A maioria das instituições avalia seus pacientes pro meio de uma ficha criada por ela própria seguindo seu próprio perfil e interesse. Percebe-se a inexistência de uma ficha de avaliação neurofuncional padronizada. Na cidade de Goiânia-Go, foi constatado que as clínicas e consultórios de fisioterapia possuem fichas de avaliação com grande divergência de termos utilizados, dificultando a integração destas para fins de pesquisa e análise⁹. A padronização dos termos em uma ficha de avaliação neurológica garante um melhor diagnóstico e tratamento do paciente além de facilitar o acompanhamento por meio de estudos epidemiológico das patologias. Entretanto, não existe uma ficha padronizada para avaliação fisioterapêutica neurológica. Desta forma, o presente trabalho teve como principal objetivo desenvolver e analisar a aceitação de uma ficha de avaliação neurofuncional adulto padronizada.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta, constitui portanto, uma pesquisa experimental no contexto de criação de uma ficha padrão e ao mesmo tempo de campo uma vez que utiliza dados estatístico para investigar parâmetros das fichas atuais em uso e a aceitação de uma ficha padrão no ambiente de estudo.

Para desenvolver a ficha de avaliação neurofuncional completa e padronizá-la, foram colhidas e analisadas 16 fichas das oito instituições de maior referência no tratamento de pacientes com déficits neurofuncionais em Goiânia e região metropolitana. Estas fichas foram agrupadas e analisadas, levando-se em consideração os principais pontos de avaliação que tinham em comum, buscando-se assim termos padronizados que melhor representassem cada etapa da avaliação e que fossem coerentes com a literatura.

Foi elaborado um questionário com o intuito de obter dados substanciais a respeito das fichas de avaliação neurológica utilizadas nestas instituições (APÊNDICE I). O questionário foi dividido em dois componentes de acordo com o número de fichas de avaliação empregadas nas instituições (ficha única ou duas fichas:

adulto e infantil). Cada componente foi dividido em 3 partes. Na primeira parte (I – Histórico), foram abordadas questões sobre a origem das fichas, como: qual(is) profissional(is) participou(a) da elaboração da ficha, há quanto tempo o setor a utiliza e qual(is) foi(ram) a(s) referência(s) utilizada(s) para confeccioná-la(s). A segunda parte (II – Avaliação) foi composta por questões que visam analisar o conteúdo das fichas pelo ponto de vista de seus usuários como: tempo médio necessário para realizar a avaliação do paciente, se utiliza fichas diferenciadas por patologias ou pela divisão anatomofuncional do sistema nervoso e como o entrevistado avaliaria a ficha utilizada. Na terceira parte (III – Proposta), foi perguntado se o indivíduo acharia interessante a existência de uma ficha padronizada para todas as instituições e como ela deveria ser. Os dados desta avaliação serão apresentados na primeira parte de Resultados a seguir.

A partir da análise minuciosa das fichas adquiridas, comparando-as com referências bibliográficas em conjunto com reuniões com os fisioterapeutas das instituições onde as fichas foram coletadas, criou-se uma ficha inicial que, apesar de completa seria considerada extensa e se despenderia muito tempo

para ser utilizada em uma avaliação clínica. Com o intuito de reduzi-la e torná-la mais prática, as questões foram colocadas na forma de quadros, para que as respostas fossem mais objetivas o possível. Os itens de avaliação foram classificados em 8 seções: 1 - Identificação, 2 - Anamnese, 3 - Exame Clínico, 4 - AVD, 5 - Exame Físico, 6 - Escala, 7 - Parecer e 8 - Evolução. As modificações se procederam na forma de discussões e pesquisas e a ficha final recebeu a denominação de FANAP – Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Neurofuncional Adulto Padronizada.

Posteriormente, a FANAP foi encaminhada para 25 fisioterapeutas da cidade de Goiânia especialistas em neurologia, juntamente com um questionário avaliativo com 4 perguntas sobre cada uma das oito seções da FANAP: a) Você considera que os dados estão completos? b) Você acrescentaria algum item? c) Você excluiria algum item? d) Você considera a apresentação em forma de tabelas eficiente? As respostas eram do tipo SIM/NÃO? e foi solicitado(a) que o (a) fisioterapeuta realizasse a avaliação final da ficha classificando-a em: Ruim / Regular / Boa / Muito Boa / Ótima. O questionário apresentava, também, espaço para sugestões de possíveis modificações na ficha. Os

questionários foram recolhidos e analisados sendo que todas as recomendações cabíveis dos profissionais foram acatadas.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em duas seções: i) Fichas Coletadas, onde será feita a análise dos questionários sobre o emprego das fichas de avaliação neurológica coletadas nas instituições e ii) Ficha Proposta, onde a descrição da FANIP assim como a sua avaliação pelos profissionais serão apresentadas. A ficha em si será apresentada no APÊNDICE II.

Fichas Coletadas

A análise dos dados dos questionários sobre as fichas coletadas mostra que o tempo de adoção das fichas variou bastante, encontrando instituições que as utilizam há 6 meses até 5 anos. Também foi possível observar que as instituições que utilizam uma única ficha para pacientes adulto e infantil apresentam menor tempo de adoção das fichas, sugerindo que com o tempo aparece a necessidade de separá-la em fichas para adulto e

infantil. Todas as fichas foram elaboradas por fisioterapeutas. Foi possível, também, observar que na maioria das instituições pesquisadas, os profissionais afirmam ter utilizado como fonte para confecção das fichas, livros e a experiência profissional.

Nenhuma das instituições analisadas faz avaliações diferenciadas por patologias, mas os fisioterapeutas participantes dessa pesquisa que trabalham em instituições que utilizam fichas separadas adulto/infantil, disseram achar interessante utilizar tal diferenciação. Foram levantadas também, para quais patologias seria interessante adotar uma ficha própria, destacando-se a Paralisia Cerebral (PC, 17%) e Lesão Medular (LM, 16%).

Foi questionado o tempo médio de avaliação por paciente utilizando-se a ficha coletada. Nas instituições que utilizam apenas uma ficha para adulto e infantil o tempo médio de avaliação foi de $51,7 \pm 9,8$ minutos. Quando a ficha exclusiva para adulto o tempo médio foi de $48,4 \pm 8,5$ minutos e exclusivamente infantil de $57 \pm 19,8$ minutos.

Quando questionado sobre a ficha que utiliza, apenas 6% classificaram como excelente, 38% como muito boa e 56% como boa. Esse dado pode ser interessante para comparação com a

avaliação da ficha proposta, que será apresentado posteriormente.

Ficha Proposta

A Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Neurofuncional Adulto Padronizada. (FANAP) apresenta 8 seções: 1) Identificação, 2) Anamnese, 3) Exame Clínico 4) Atividades de Vida Diária; 5) Exame Físico (Apresentação geral, Pressão arterial, Frequência

cardíaca, Frequência respiratória, Consciência, Tônus, Força muscular, Trofismo, Amplitude de movimento, Movimentos involuntários, Sensibilidade, Reflexos, Reações de equilíbrio, Posturas e transferências, Marcha, Testes cerebelares, etc); 6) Escalas de Avaliação e de Classificação, tanto do nível motor como cognitivo; 7) Parecer Final e 8) Evolução (Ver Figura 1). A FANAP completa pode ser vista em APÊNDICE II.

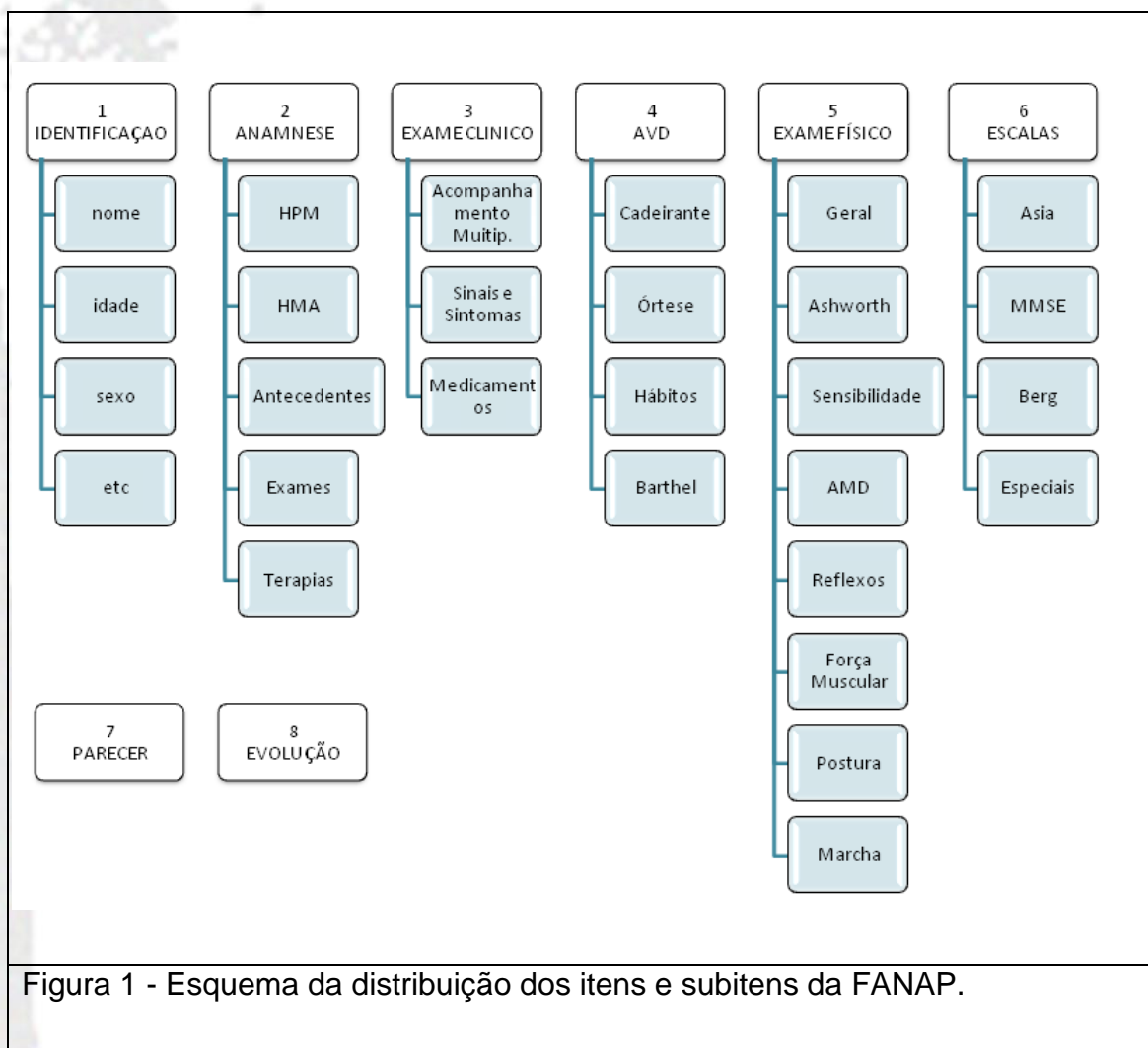


Figura 1 - Esquema da distribuição dos itens e subitens da FANAP.

A seção IDENTIFICAÇÃO coleta dados do paciente, tais como: Nome, Data de nascimento, idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, etc. Estes dados poderão ser utilizados posteriormente para um levantamento estatístico geral dos pacientes, sendo de fundamental importância que suas respostas sejam padronizadas e todos os itens sejam preenchidos (APÊNDICE II).

A seção ANAMNESE é subdividida em 5 partes e aborda Histórico da Moléstia Atual e Pgressa, Antecedentes Pessoais e Familiar, Exames e Terapias Realizados. Já na seção EXAME CLÍNICO, os subitens são: Acompanhamento multiprofissional, Sinais e Sintomas Associados e Medicamentos em uso, etc. Em ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA (AVD) são avaliados itens sobre hábitos de vida, dificuldades enfrentadas, além de classificação da incapacidade. (APÊNDICE II).

A seção EXAME FÍSICO constitui a maior parte da ficha de avaliação, abordando o Exame Físico Geral, Condições mentais, Exames sensitivos, Tonicidade muscular, Avaliação da Articulação, Postural e da Marcha, além de Força Muscular.

A seção ESCALAS deve ser preenchida com valores de escalas

usuais em neurologia como: ASIA, Mini Mental State Examination (MMSE), Escala de Equilíbrio de Berg, Escala de Hoehn e Yahr (Parkinson), Ashworth, etc.. Em PARECER FINAL, o profissional pode preencher subjetivamente informações sobre: Limitações Funcionais / Incapacidades, Diagnóstico Cinético-funcional, Objetivos do tratamento e Plano de tratamento, entre outros. A EVOLUÇÃO do paciente também pode ser acompanhada por data (APÊNDICE II).

No que se refere aos resultados das avaliações da ficha criada, foi observada a aceitação pela maioria dos entrevistados, sendo que 56 % consideraram a ficha MUITO BOA e 40% a avaliaram como ÓTIMA. As seções IDENTIFICAÇÃO, EXAME CLÍNICO e AVD Foram considerados COMPLETAS por todos os profissionais que responderam o questionário. Embora considerada completa pela maioria dos profissionais (84%), houveram sugestões de inclusão e exclusão de alguns itens em EXAME FÍSICO (Tabela 1).

Tabela 1 - Disposição relativa dos resultados das avaliações das seções da FANAP por 25 fisioterapeutas.

QUESTÕES		SIM %	NÃO %	TOTAL %	
1- IDENTIFICAÇÃO	COMPLETOS?	100	0	100	
	ACRESCENTARIA?	12	88	100	
	EXCLUIRIA?	20	80	100	
2- ANAMNESE	COMPLETOS?	96	4	100	
	ACRESCENTARIA?	8	92	100	
	EXCLUIRIA?	0	100	100	
	ITENS SÃO ESSENCIAIS?	100	0	100	
3-EXAME CLINICO	3.1-ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL	COMPLETOS?	100	0	100
		ACRESCENTARIA?	12	88	100
		EXCLUIRIA?	0	100	100
	3.2-SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS	COMPLETOS?	100	0	100
		ACRESCENTARIA?	16	84	100
		EXCLUIRIA?	0	100	100
	3.3-MEDICAMENTOS EM USO	COMPLETOS?	100	0	100
		ACRESCENTARIA?	16	84	100
		EXCLUIRIA?	0	100	100
4-ATIVIDADE DE VIDA DIARIA	COMPLETOS?	100	0	100	
	ACRESCENTARIA?	8	92	100	
	EXCLUIRIA?	0	100	100	
5-EXAME FISICO	COMPLETOS?	84	16	100	
	ACRESCENTARIA?	20	80	100	
	EXCLUIRIA?	12	88	100	
	FORMA DE TABELAS EFICIENTE?	100	0	100	
6- ASPECTOS DO AVALIADOR	TRABALHA COM FICHA?	84	16	100	
	ESPECIFICA PARA NEUROLOGIA?	60	40	100	
	PODE SER APLICADA?	72	28	100	
	CONSIDERAÇÕES?	16	84	100	
7 - AVALIAÇÃO DA FICHA	RUIM		0%		
	REGULAR		4%		
	BOA		0%		
	MUITO BOA		56%		
	ÓTIMA		40%		
TOTAL		100%			

DISCUSSÃO

A avaliação fisioterapêutica neurofuncional representa uma das ações mais importantes do profissional. Contudo, divergências nos métodos utilizados para elaboração diagnóstica fazem com que haja discrepâncias na prescrição e no prognóstico fisioterapêutico. A crescente necessidade de fichas de avaliação que contemplem informações específicas para a fisioterapia e que atendam aos requisitos de padronização de dados e comunicação faz com que estudos, como o apresentado neste trabalho, sejam essenciais.

A informatização da ficha de avaliação é essencial para atender às necessidades de acesso às informações, pois traz diversos benefícios, como: dados estruturados; melhora na qualidade da informação disponível; agilidade do acesso aos registros; compartilhamento de informações sobre o paciente e acesso simultâneo a elas.

No Brasil, os únicos dados padronizados que os fisioterapeutas utilizam para o atendimento de seus pacientes são as escalas para avaliação e acompanhamento desses pacientes, como a Escala de Classificação Neurológica da Lesão

Medular, a Medida de Independência Funcional (MIF), o Índice de Barthel (IB), a Berg Balance Scale (BBS) e o Walking Index for Spinal Cord Injury II (WISCI II)^{7,10}. Porém, as escalas são instrumentos de avaliação rápida, realizada em papel, em forma de checagem e pontuação, sujeita a erros de interpretação e sem garantia de armazenamento seguro dos resultados das informações do paciente. O cuidado do fisioterapeuta pode trazer uma contribuição significativa para esse paciente. Porém, a forma como esses profissionais vão conduzir seu atendimento e tomar decisões importantes depende de uma série de fatores, dentre eles, o acesso à informação necessária e adequada.

A ficha proposta foi aceita pela maioria dos profissionais que a avaliaram, embora algumas considerações tenham sido feitas. A apresentação em forma de tabelas foi positivamente vista e elogiada pelos profissionais. Cabe lembrar que a ideia é disponibilizar uma ficha padrão da qual devam ser retirados os tópicos que o fisioterapeuta julgar necessário para sua realidade, não sendo necessária a sua utilização na íntegra. Foi sugerida a criação de fichas específicas para cada tipo de patologia, entretanto, até o

presente momento, poucas instituições apoiaram esta ideia.

Estudos realizados em outras áreas da saúde também mostraram a deficiência de modelos padronizados de prontuários ou fichas de avaliação de pacientes. Análises realizadas por Dorileo et al. (2006) apontam que a maioria dos hospitais da região de São Paulo ainda apresentam o Prontuário Clínico na forma de papel, com questões subjetivas, sugerindo falhas como a falta de preenchimento de itens importantes, preenchimento incompleto, incorreto ou rasuras. Existe um grande interesse na área da saúde em construir um sistema de registro de informações do paciente devidamente estruturado de forma informatizada¹¹. Barsottini e Wainer (2011) apontaram que na prática médica é cultural dar mais importância à discussão do caso do paciente que ao registro das informações no prontuário¹².

CONCLUSÃO

A falta de padronização dos termos das fichas de avaliação neurofuncional adulta dificulta uma análise geral dos dados dos pacientes de diferentes instituições. Observou-se, com a coleta das fichas de avaliação que as mesmas, além de diferirem entre

si, são compostas principalmente de avaliações subjetivas. Procurou-se, portanto padronizar os termos empregados na avaliação desses pacientes e torná-los mais objetivos, por meio da criação da FANAP.

A Ficha Padronizada cumpre com o objetivo proposto e permitirá ordenar o processo de avaliação física e funcional de pacientes neurológicos, melhorando a assistência à saúde e a qualidade da avaliação. A padronização da avaliação favorece também a análise de informações sobre estes pacientes para posterior pesquisa e estudo estatístico.

AGRADECIMENTOS

CAPES, CNPq e SECTEC.

REFERÊNCIAS

1. Gavim AEO, Oliveira IPL, Costa T V., Oliveira VR, Martins AL, Silva AM. A influência da avaliação fisioterapêutica na reabilitação neurológica. *Saude em Foco*. 2013;05(06):71–7.
2. O'Sullivan S, Schimitz T. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 4th ed. Manole, editor. Barueri SP; 2004.
3. Who. Neurological disorders: a public health approach. *Neurol Disord public Heal challenges*. 2006;41–176.
4. Enable UN. Factsheet on Persons with Disabilities [Internet]. 2015. Available from: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=18>
5. Ekman L. *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*. 3rd ed. Elsevier, editor. Rio de Janeiro RJ; 2008.
6. Camargos, A. C. R., GCópio, F. C. Q., Sousa, T. R. R., Goulart F. O Impacto Da Doença De Parkinson Na Qualidade De Vida : Uma Revisão De Literatura. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(3):267–71.
7. Mancini MC, Alves a. CM, Scharper C, Figueiredo EM, Sampaio RF, Coelho Z a. C, et al. Gravidade Da Paralisia Cerebral E Desempenho Funcional. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(3):253–60.
8. O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk GD. *Physical rehabilitation*. 6th ed. Hardback, editor. 2014.
9. Santos FP dos, Maggi LE. Desenvolvimento e Análise de uma Ficha Padronizada para Avaliação Neurológica Infantil Aplicada a Fisioterapia. *Movimenta*. 2015;8(1):43–9.
10. Stokes M. *Neurologia para fisioterapeutas*. Premier, editor. São Paulo SP; 2000.
11. Dorileo É a G, Ponciano M, Martini T, Felipe JC. Estruturação da Evolução Clínica para o Prontuário Eletrônico do Paciente. *An do CBIS*. 2006;1–6.
12. Barsottini CN. Análise do padrão de colaboração entre médicos por meio do prontuário do paciente.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS FICHAS NEUROLÓGICAS

UTILIZA-SE UMA ÚNICA FICHA DE AVALIAÇÃO PARA PACIENTES NEUROLÓGICOS (ADULTO E INFANTIL) OU DUAS FICHAS SEPARADAS?

1 FICHA () 2 FICHAS ()

SOMENTE PARA 1 FICHA	SOMENTE PARA 2 FICHAS	SOMENTE PARA 2 FICHAS
<p>DA NEURO ADULTO</p>	<p>DA NEURO ADULTO</p>	<p>DA NEURO PEDIÁTRICA</p>
<p>I PARTE – HISTÓRICO</p>	<p>I PARTE – HISTÓRICO</p>	<p>I PARTE – HISTÓRICO</p>
<p>1) A ficha de avaliação neurológica utilizada atualmente nesta instituição foi criada por qual profissional? A) médico _____ B) fisioterapeuta _____ C) outro _____ D) não sei</p>	<p>1) A ficha de avaliação neurológica utilizada atualmente nesta instituição foi criada por qual profissional? A) médico _____ B) fisioterapeuta _____ C) outro _____ D) não sei</p>	<p>1) A ficha de avaliação neurológica utilizada atualmente nesta instituição foi criada por qual profissional? A) médico _____ B) fisioterapeuta _____ C) outro _____ D) não sei</p>
<p>2) Há quanto tempo o Setor de fisioterapia utiliza essa ficha? _____</p>	<p>2) Há quanto tempo o Setor de fisioterapia utiliza essa ficha? _____</p>	<p>2) Há quanto tempo o Setor de fisioterapia utiliza essa ficha? _____</p>
<p>3) Qual a referência utilizada na elaboração da ficha? A) livro(s): _____ B) artigo(s): _____ C) experiência profissional: D) não possui essa informação:</p>	<p>3) Qual a referência utilizada na elaboração da ficha? A) livro(s): _____ B) artigo(s): _____ C) experiência profissional: D) não possui essa informação:</p>	<p>3) Qual a referência utilizada na elaboração da ficha? A) livro(s): _____ B) artigo(s): _____ C) experiência profissional: D) não possui essa informação:</p>
<p>II PARTE – AVALIAÇÃO</p>	<p>II PARTE – AVALIAÇÃO</p>	<p>II PARTE – AVALIAÇÃO</p>
<p>1) Qual o tempo médio necessário para se fazer uma avaliação neurológica: Infantil: _____ Adulta: _____</p>	<p>1) Qual o tempo médio necessário para se fazer uma avaliação neuro adulto? _____</p>	<p>1) Qual o tempo médio necessário para se fazer uma avaliação neuro infantil? _____</p>
<p>2) Utilizam-se fichas diferenciadas para diferentes patologias? () sim () não Quais: _____</p>	<p>2) Utilizam-se fichas diferenciadas para diferentes patologias? () sim () não Quais: _____</p>	<p>2) Utilizam-se fichas diferenciadas para diferentes patologias? () sim () não Quais: _____</p>
<p>3) Você acredita que seria melhor se houvesse uma diferenciação entre as fichas por patologias? () sim () não Quais: _____</p>	<p>3) Você acredita que seria melhor se houvesse uma diferenciação entre as fichas por patologias? () sim () não Quais: _____</p>	<p>3) Você acredita que seria melhor se houvesse uma diferenciação entre as fichas por patologias? () sim () não Quais: _____</p>
<p>Você acha interessante uma ficha separada para avaliar pacientes neurológicos - adulto e infantil ? () sim () não Por quê? _____ _____ _____</p>		

APÊNDICE II

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

Data da avaliação:	Prontuário:
--------------------	-------------

01 – IDENTIFICAÇÃO

Nome:		Telefones de contato:	
Data de nascimento:	Idade: anos	Sexo: () M () F	Cor/Etnia:
Estado civil:	Naturalidade:	Nacionalidade:	
Profissão:	Escolaridade:		
Endereço:	Cidade:		
Nome da mãe:	Escolaridade:		
Nome do pai:	Escolaridade:		
Diagnóstico clínico:	CIF/CID:		
Médico assistente:	CRM:		

02 – ANAMNESE

HMP:	Data da lesão:	Nível da lesão:		
	Início dos sintomas:			
	Etiologia: () Vascular () Neoplásica () Infecciosa () Congênita () Traumática () Outros:			
	Vacinas:			
HMA	Queixa principal:			
	Expectativas do paciente:			
	Aconselhamento genético:			
	Patologias associadas:			
Antecedentes	pessoais	Patológicos:		
		Cirúrgicos:		
	familiares:	Sociais		
EXAMES REALIZADOS:	RAIOS-X		DATA	
	ECG			
	EEG			
	ENMG			
	RM			
	TOMOGRAFIA			
	ESPIROMETRIA			
	ULTRASSONOGRRAFIA			
	HEMOGRAMA			
	OUTROS			
TERAPIA	Faz	Sim	Qual:	
			Onde:	
		Duração:		
	Fez	Sim	Por quê?	
			Ficou Afastado	Sim
		Não	Não	

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

03 – EXAME CLÍNICO	
3.1 - ACOMPANHAMENTO MULTIPROFISSIONAL:	
()Neurologista () Pneumologista ()Cardiologista () Ortopedista ()Psiquiatra ()Gastroenterologista ()Nutricionista ()Fonoaudiólogo () T.O. Outros:	
3.2 – SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS:	
3.2.1 - Distúrbios do sono: ()Sim ()Não Qual:	
3.2.2 – Alterações Gastroesofágicas: () Engasgos () Vômitos ()Soluços ()DRGE	
3.2.3 – Alterações Cardiovasculares: () Disreflexia Autonômica () Edema de Extremidades () TVP	
3.2.4 – Alterações Respiratórias:	
() Dispnéia: hora do dia/noite:	
() Uso de VNI: qual:	
3.2.5 – Características da Pele:	
() Úlcera de pressão: localização:	
() Coloração:	
() Umidade:	
Outros:	
3.2.6 – Presença de Dor:	
() Cefaléias freqüentes: hora dia/noite:	
() Mialgias: hora dia/noite:	
Tipo, localização e fatores precipitantes:	
3.2.7 - Função Vesical e Intestinal:	
3.3 - Medicamentos em uso:	
LESÃO MEDULAR	Síndromes Clínicas: () Central Medular () Brown Sequard () Cauda Equina () Cone medular () Anterior () Posterior
DISTROFIAS	

04 – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

4.1 – Cadeirante () Não () Sim Se sim, a cadeira é adaptada? () Sim () Não
4.2 - Faz uso de outro dispositivo auxiliar/órtese? () Não () Sim Qual?
4.3 - Hábitos de vida:
4.4 - Dificuldades enfrentadas atualmente:
4.5 - Classificação da incapacidade: ()severa ()grave ()moderada ()leve
4.6 - Índice de Barthel: () Não se aplica ()Aplica, neste caso, Escore Total:
4.7 – Medida de Independência Funcional: () Não se aplica ()Aplica, neste caso, Escore Total:

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

Sensibilidade Profunda	Aumento		Normal		Diminuição		Abolição	
	D	E	D	E	D	E	D	E
- Barestesia								
- Barognosia								
- Grafestesia								
- Proprioceptiva								
- Teste do espelho (cinestesia)								

Trofismo		MSD	MSE	MID	Cintura pélvica	Cintura escapular	Tronco		
Normotrofismo									
Hipertrofismo									
Hipotrofismo									
Amplitude de Movimento (ADM)	Coluna	Normal			Hipomobilidade		Hiper mobilidade		
	Lombar								
	Torácica								
	Cervical								
		Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo		
	Artelhos								
	Tornozelos								
	Joelhos								
	Quadris								
	Dedos								
	Punhos								
	Cotovelos								
	Ombros								
Placing		Normal				Alterado			
		MSD	MSE	MID	MIE	MSD	MSE	MID	MIE
	Normal								
	Colocação								
	Espelho								

Movimentos involuntários		Ausente	Presente					
			MSD	MSE	MID	MIE	Cabeça	Tronco
	Tremor							
	Distonia							
	Coréia							
	Atetose							
	Balismo							
	Miclonia							
	Tique							

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

Reflexos	Ausente		Hiperreflexia		Normorreflexia		Hiporreflexia	
	D	E	D	E	D	E	D	E
- Bicipital								
- Tricipital								
- Estilorradial								
-Cúbito-ronador								
- Patelar								
- Aquileu								
- Babinski								

FORÇA MUSCULAR							
AVALIAÇÃO POR GRUPOS MUSCULARES		GRAU		AVALIAÇÃO ESPECÍFICA POR MÚSCULOS		GRAU	
		D	E			D	E
Ombro	Flexores						
	Extensores						
	Abdutores						
	Adutores						
	Rotadores internos						
	Rotadores externos						
Cotovelo	Flexores (C5)						
	Extensores (C7)						
Punho	Flexores						
	Extensores (C6)						
	Adutores						
	Abdutores						
Dedos	Flexores (C8)						
	Extensores						
	Abdutores do V (T1)						
Tronco	Abdominais						
	Eretores da coluna						
Quadril	Flexores (L2)						
	Extensores						
	Adutores						
	Abdutores						
Joelho	Flexores						
	Extensores (L3)						
	Rotadores	Medial					
		Lateral					
Pé	Flexores dorsais (L4)						
	Flexores plantares (S1)						
	Inversores						
	Eversores						
Artelhos	Extensores (L5)						
	Flexores						
	Abdutores						
	Adutores						

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

Posturas					
a- Posição da cabeça:					
b- Alinhamento do tronco superior com inferior:					
c- Padrão MS lesado:					
d- Padrão MI lesado:					
e- Como está o membro bom:					
f- Onde está o peso do corpo:					
	- Supino	- Prono	- Sentado	- Decúbito Lateral D e E	- Ortostatismo
a					
b					
c					
d					
e					
f					

Transferências	
- DD para sentado	
- DD p/ DLE	
- DD p/ DLD	
- DLE p/ DV	
- DLD p/ DV	
- Sentado para DD	
- Gato	
- Ajoelhado	
- Semi-ajoelhado	
- Sentado para de pé:	
Sinal de Gowers	() + () -
- Ortostatismo para sentado	

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

Reações de Equilíbrio	
a) Sentado	<input type="checkbox"/> Não assume esta postura
Escala de Berg item 3: sentado sem suporte para as costas, mas com os pés apoiados sobre o chão ou sobre um banco. Instruções: por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.	
<input type="checkbox"/> 4 – capaz de sentar com segurança por 2 minutos	
<input type="checkbox"/> 3 – capaz de sentar com segurança por 2 minutos sob supervisão	
<input type="checkbox"/> 2 – capaz de sentar durante 30 segundos	
<input type="checkbox"/> 1 – capaz de sentar durante 10 segundos	
<input type="checkbox"/> 0 – incapaz de sentar sem suporte durante 10 segundos	
b) De pé	<input type="checkbox"/> Não assume esta postura
Escala de Berg item 2: em pé sem apoio. Instruções: por favor, fique de pé. Tente não usar suas mãos como suporte.	
<input type="checkbox"/> 4 – capaz de permanecer em pé com segurança por 2 minutos	
<input type="checkbox"/> 3 – capaz de permanecer em pé durante 2 minutos sob supervisão	
<input type="checkbox"/> 2 – capaz de permanecer em pé durante 30 segundos sem suporte	
<input type="checkbox"/> 1 – necessidade de várias tentativas para permanecer 30 segundos sem suporte	
<input type="checkbox"/> 0 – incapaz de permanecer em pé por 30 segundos sem assistência	
Escala de equilíbrio de BERG: <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Aplica, neste caso, pontuação total	

Reações	Reação de Endireitamento		Reação de Extensão							
	CABEÇA	TRONCO	MID	MIE	MSD	MSE				
Sentado										
Ortostático										
Reações (proteção e equilíbrio)	RP sentado		RP ortostático				REQ ortostático			REQ sentado
	MSD	MSE	MID	MIE	MSD	MSE	Tornozelo	Joelho	Quadril	Tronco
P/ frente										
P/ trás										
P/ lado D										
P/ lado E										

Testes Cerebelares	Positivo	Negativo
-Prova do rechaço (assinergia)		
-Prova índice-índice (dismetria)		
-Prova índice-nariz (dismetria)		
-Prova dos movimentos alternados		
-Prova calcanhar Joelho (dismetria)		
- Teste dos braços estendidos		
- Teste de flexão do tronco em DD		
- Sinal de Romberg		
- Romberg sensibilizado		

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

Marcha	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente. Há quanto tempo parou de andar?	
	<input type="checkbox"/> Dispositivo auxiliar para locomoção: Tipo:	
	<input type="checkbox"/> Necessidade de alguma adaptação/revisão:	
	<input type="checkbox"/> Órteses: Quais:	
	<input type="checkbox"/> Terapêutica <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Comunitária <input type="checkbox"/> ceifante <input type="checkbox"/> escarvante <input type="checkbox"/> claudicante <input type="checkbox"/> anserina <input type="checkbox"/> em tesoura <input type="checkbox"/> atáxica <input type="checkbox"/> parkinsoniana <input type="checkbox"/> tabética <input type="checkbox"/> vestibular <input type="checkbox"/> outra <input type="checkbox"/> não se aplica	
	Ritmo:	Passadas por minuto:
	MID passada: cm.	Descrição:
	MIE passada: cm.	Descrição:
	a- Padrão MS lesado:	
	b- Padrão MI lesado:	
	c- Posição da cabeça:	
	d- Posição da pelve:	
	e- Para que lado está o peso do corpo:	
	f- Faz compensação:	
	g- Reação associada:	
h- Equilíbrio:		

06 – ESCALAS

	TITULO	VALOR
ESCALAS	ASIA	
	Mini Mental State Examination (MMSE)	
	Escala de Equilíbrio de Berg	
	Escala de Hoehn e Yahr (Parkinson)	
	Ashworth	
	Índice de Marcha Dinâmica	

ESCALAS ESPECIAIS POR PATOLOGIAS		VALOR
a. Escala EK	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
b. Desempenho Físico de Fulg-Meyer	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
c. Apoio Unipodal:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
d. Alcance funcional:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
e. Escala de equilíbrio de Tinetti:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
f. Levante e ande:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
g. Índice de Marcha Dinâmica:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
h. Medida de Independência Funcional:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
i. Escala Funcional de Dougados (DFI):	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
j. Escala de PENN:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
k. Escala de Lyon University:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
l. HAQ:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
m. CDR – Escore Clínico de Demência:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
n. Mini exame do estado mental:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
o. SF – 36:	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	
p. Eficácia de Quedas (FES-I):	<input type="checkbox"/> Aplica <input type="checkbox"/> Não se aplica	

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROFUNCIONAL ADULTA PADRONIZADA - FANAP

07 – PARECER FINAL	
Limitações Funcionais / Incapacidades:	
Diagnóstico Cinético-funcional:	
Objetivos do tratamento:	
Plano de tratamento:	
Diagnóstico fisioterapêutico:	
Problema principal	
Outras considerações	
Objetivos	Curto prazo
	Médio prazo
	Longo prazo
Conduas	Curto prazo
	Médio prazo
	Longo prazo

08 – EVOLUÇÃO	
DATA	

Assinatura do Avaliador

D: Direito
DD: Decúbito dorsal
DLD: Decúbito lateral direito
DLE: Decúbito lateral esquerdo
DRGE: Doença do refluxo gastroesofágico
DV: Decúbito ventral
E: Esquerdo
ECG: Eletrocardiograma
EEG: Eletroencefalograma
ENMG: Eletroencefalografia
FC: Frequência cardíaca
FR: Frequência respiratória
HMA: História da Moléstia Atual

HMP: História da Moléstia Progressiva
MI: Membro inferior
MID: Membro inferior direito
MIE: Membro inferior esquerdo
MS: Membro superior
MSD: Membro superior direito
MSE: Membro superior esquerdo
PA: Pressão arterial
REQ: Reações de equilíbrio
RM: Ressonância magnética
RP: Reações de proteção
TVP: Trombose venosa profunda
VNI: Ventilação não-invasiva