



Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 3

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(Organizador)

Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A398	<p>Alicerces e adversidades das ciências da saúde no Brasil 3 [recurso eletrônico] / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil; v. 3)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-672-0 DOI 10.22533/at.ed.720190210</p> <p>1. Ciências da saúde – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.1</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 2” é uma obra composta de quatro volumes que tem como foco as bases e as interfaces multidisciplinares dos trabalhos desenvolvidos em diversos locais do país que compõe os diversos capítulos de cada volume. De forma categorizada os trabalhos, pesquisas, relatos de casos e revisões tentarão demonstrar ao leitor os princípios de cada área da saúde assim como suas peculiaridades.

Aqui no segundo volume o leitor encontrará estudos desenvolvidos em várias instituições de ensino e pesquisa do país com um enfoque bem claro e direcionado ao sistema fisiológico, muscular e locomotor. Deste modo temos uma abordagem específica e ao mesmo tempo interdisciplinar em torno de conceitos como fibromialgia, cinesioterapia, adaptação, dança, postura, ergonomia, psicomotricidade, coordenação, equilíbrio, puericultura, reflexos primitivos, paralisia cerebral, educação profissional, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, alfabetização em saúde, saúde coletiva, mecânica respiratória, incontinência urinária, fonoaudiologia, esporte, pneumonia nosocomial, assistência de enfermagem, acidentes de trabalho, farmacologia, microagulhamento, Síndrome de Down, Doença de Parkinson, dentre outros diversos.

A fundamentação, e o estabelecimento de conceitos e padrões básicos é muito importante na ciências da saúde uma vez que novos estudos e pesquisas tanto de revisão quanto experimentais sempre se baseiam em técnicas e fontes já publicadas. Assim, destacamos a relevância deste material com informações recentes sobre diversas temáticas da saúde.

Portanto a obra “Alicerces e Adversidades das Ciências da Saúde no Brasil 2” oferece ao leitor teoria bem fundamentada aliada à resultados práticos obtidos pelos diversos grupos de pesquisa em saúde do país, que arduamente desenvolveram seus trabalhos aqui apresentados de maneira concisa e didática. A divulgação científica de qualidade, em tempos de fontes não confiáveis de informação, é extremamente importante. Por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores apresentarem e divulguem seus resultados.

Desejamos à todos uma excelente leitura!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A CINESIOTERAPIA APLICADA NO ALIVIO DOS SINTOMAS E NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DE PACIENTES PORTADORES DE FIBROMIALGIA	
Daniela Santos Gabriela Cristina Boff Cristianne Confessor Castilho Lopes Eduardo Barbosa Lopes Lucas Castilho Lopes Lilandra Mauryele Chaves	
DOI 10.22533/at.ed.7201902101	
CAPÍTULO 2	11
ADAPTAÇÕES ESTRUTURAIS DE COLUNA VERTEBRAL, CINTURAS E GRADIL COSTAL EM INDIVÍDUOS PRATICANTES DE BALÉ CLÁSSICO	
Matheus Araújo Medeiros Marina Gonçalves Assis Fernanda Antônia de Albuquerque Melo Romero Sales Frazão Arthur Wagner da Silva Rodrigues Diogo Magalhães da Costa Galdino Italo Colaço de Souza José Roberto Jordão Rodrigues Karolyn Oane Araújo Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.7201902102	
CAPÍTULO 3	19
ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO JURÍDICO - DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA	
Acácio José Lustosa Mendes Ana Júlia Lisboa Dias de Oliveira Ellen Larissa Bail Gabriela de Almeida Tormes Lucas Gilinski da Cunha Arlete Ana Motter	
DOI 10.22533/at.ed.7201902103	
CAPÍTULO 4	34
ATUAÇÃO ACADÊMICA NA LIGA DE FISIOTERAPIA ESPORTIVA DA UNCISAL: UMA IMERSÃO NO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO	
Vinícius Ramon da Silva Santos Maria Jasmine Gomes da Silva Marylia Santos Pereira Marcilene Glay Viana Pessoa Ahyas Sydcley Santos Alves João Victor Pereira Barbosa Ana Letícia dos Santos Lourenço Mylene da Silva Barbosa Samuel Fradique Costa Aline Carla Araújo Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.7201902104	

CAPÍTULO 5 41

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR DE CRIANÇAS ENTRE 9 A 11 ANOS DE IDADE

Lyana Belém Marinho
Jandira Janaína da Silva Kuch
Karen Luana dos Santos
Ivancildo Costa Ferreira

DOI 10.22533/at.ed.7201902105

CAPÍTULO 6 46

AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS PRIMITIVOS DURANTE A CONSULTA DE PUERICULTURA REALIZADA PELO ENFERMEIRO NA ESF

Janayle Kéllen Duarte de Sales
Hercules Pereira Coelho
Gilberto dos Santos Dias de Souza
Isabelly Rayane Alves dos Santos
Victor Hamilton da Silva Freitas
Jackeline Kérollen Duarte de Sales
Ozeias Pereira de Oliveira
Andréa Couto Feitosa
Ana Maria Machado Borges
Chesla de Alencar Ribeiro

DOI 10.22533/at.ed.7201902106

CAPÍTULO 7 53

CLASSIFICAÇÃO DA LOCOMOÇÃO, ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL

Fabio Correia Lima Nepomuceno
Marcos Barbosa Veiga de Melo
Joyce Silva dos Santos
Lucas Araújo Santiago
Priscila Ruana da Silva Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.7201902107

CAPÍTULO 8 67

EDUCAÇÃO POSTURAL: UM ESTUDO DE SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR-ESTUDANTE DO PROEJA/CTISM/UFMS

Olga Etelvina da Costa Rohde
Mariglei Severo Maraschin
Estele Caroline Welter Meereis Lemos

DOI 10.22533/at.ed.7201902108

CAPÍTULO 9 79

EFEITOS AGUDOS DO EXERCÍCIO AERÓBICO NOS PACIENTE COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA EM DOIS EQUIPAMENTOS

Ana Flávia Câmara Figueiredo
Yhohannes Ítalo Gonçalves
Ricília Cirene Silva Medeiros Cruz
Bárbara Karine do Nascimento Freitas
Fábio Henrique Medeiros Bezerra
Jessy Brenda dos Santos Moreira
Kênia Fernanda Santos Medeiros
Keven Anderson de Oliveira Araujo
Letícia Câmara de Moura
Luanna Kaddyja Medeiros Azevedo
Mirela Silva dos Anjos
Catharinne Angélica Carvalho de Farias

DOI 10.22533/at.ed.7201902109

CAPÍTULO 10 92

ESCOLA DE POSTURA ADAPTADA PARA CRIANÇAS: UMA ESTRATÉGIA DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE PARA O ENSINO DA FISIOTERAPIA NA SAÚDE COLETIVA

Mary Lee dos Santos
Jorge Costa Neto
Cinthia Kelly Campos de Oliveira Sabadini
Mariza Aparecida Alves
Cristian de Souza Freitas
Giselle Carvalho Maia

DOI 10.22533/at.ed.72019021010

CAPÍTULO 11 100

EXPANSIBILIDADE TORACOABDOMINAL EM INDIVÍDUOS PRATICANTES DE BALÉ CLÁSSICO

Matheus Araújo Medeiros
Marina Gonçalves Assis
Fernanda Antônia de Albuquerque Melo
Romero Sales Frazão
Arthur Wagner da Silva Rodrigues
Diogo Magalhães da Costa Galdino
Italo Colaço de Souza
José Roberto Jordão Rodrigues
Karolyn Oane Araújo Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.72019021011

CAPÍTULO 12 107

FATORES ASSOCIADOS AO COMPROMETIMENTO MOTOR DAS CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Clarissa Cotrim dos Anjos
Monique de Cássia Lima Britto
Anna Carolina Correia
Marina Mendes Macedo
Cristiano Costa Santana
Lara Alves de Andrade Lyra
Maria do Desterro da Costa e Silva

DOI 10.22533/at.ed.72019021012

CAPÍTULO 13 118

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PREVENTIVA COM AUXILIO DO INSPIROMETRO DE INCENTIVO NOS PROFESSORES DA ESCOLA EBI CENTRO DE EDUCAÇÃO ADVENTISTA

Cristianne Confessor Castilho Lopes
Amanda Gallina
Daniela dos Santos
Eduardo Barbosa Lopes
Lucas Castilho Lopes
Lilandra Mauryele Chaves

DOI 10.22533/at.ed.72019021013

CAPÍTULO 14 122

FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM INDIVÍDUOS PRATICANTES DE BALÉ CLÁSSICO

Matheus Araújo Medeiros
Marina Gonçalves Assis
Fernanda Antônia de Albuquerque Melo
Romero Sales Frazão
Arthur Wagner da Silva Rodrigues
Diogo Magalhães da Costa Galdino
Italo Colaço de Souza
José Roberto Jordão Rodrigues
Karolyn Oane Araújo Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.72019021014

CAPÍTULO 15 130

FUNÇÃO MUSCULAR DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES SEDENTÁRIAS E PRATICANTES DE CROSSFIT - ESTUDO COMPARATIVO

Nathalia Aiello Montoro
Grazielle Aurelina Fraga de Sousa
Fabiana de Souza
Mariane Camila da Silveira

DOI 10.22533/at.ed.72019021015

CAPÍTULO 16 142

IMPORTÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES DURANTE O TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Francisco Leonardo da Silva Feitosa
José Leonardo Gomes Coelho
Messias Gomes Filho
Emanuella Rodrigues Coelho
Paloma de Souza Melo
Pamella Rosena de Oliveira Mota
Bruno Pinheiro Maximo
Rafael de Carvalho Mendes
Karine Guiot Araújo
Virgínia Gadelha dos Santos
Janaína Carneiro Lima
Milena Silva Costa

DOI 10.22533/at.ed.72019021016

CAPÍTULO 17 150

INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO EM ATRASO DE LINGUAGEM:
UM PERCURSO PELA LITERATURA

Beatriz Araujo dos Santos
Irani Rodrigues Maldonade

DOI 10.22533/at.ed.72019021017

CAPÍTULO 18 157

INFLUÊNCIA DA DANÇA NA CAPACIDADE FUNCIONAL E INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES
DE VIDA DIÁRIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Eduardo Duarte Machado,
Marcella Dias Mazolini Mendes
Mayane Fiorot Siomoni
Luciana Carrupt Machado Sogame
Mariangela Braga Pereira Nielsen

DOI 10.22533/at.ed.72019021018

CAPÍTULO 19 170

LÚDICO: NO CÉREBRO, SAÚDE E INICIAÇÃO ESPORTIVA

Paulo Francisco de Almeida Neto
Leonardo Ferreira Silva
Karluzza Araújo Moreira Dantas
Conceição de Maria Lima Nascimento
Brunna Rafaella Do Carmo Silva
Ana Carla Gomes Canário

DOI 10.22533/at.ed.72019021019

CAPÍTULO 20 186

MECANISMO FISIOPATOLÓGICO, PREVENÇÃO E CONDUTA TERAPÊUTICA DA PNEUMONIA
NOSOCOMIAL

Raimundo Monteiro da Silva Neto
Cicero Rafael Lopes da Silva
Igor Lucas Figueredo de Melo
João Lucas de Sena Cavalcante
Crystianne Samara Barbosa Araújo
Maria Leni Alves Silva
João Vitor de Andrade Barreto Lopes
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura
Danilo Ferreira de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.72019021020

CAPÍTULO 21 195

O USO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇA
HOSPITALIZADA

Thaís Jéssica dos Santos Clementino
Cicero Rafael Lopes da Silva
Maria Eugênia Novais de Araújo
João Vitor de Andrade Barreto Lopes
Crystianne Samara Barbosa Araújo
Maria Leni Alves Silva
Isabelle Cabral de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.72019021021

CAPÍTULO 22 203

PERCEPÇÃO DE GESTORES DO ENSINO MÉDIO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR EM ESCOLAS DA CIDADE DE FORTALEZA

Leonardo Coelho Rodrigues
Bruna Araújo de Menezes
Janielle Cardoso da Silva
Lucas Cadmio Silveira Loureiro
Rosane de Almeida Andrade
Danilo Bastos Moreno

DOI 10.22533/at.ed.72019021022

CAPÍTULO 23 215

PERCEPÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA COM RELAÇÃO AO PROGRAMA PIBID E SUA CONTRIBUIÇÃO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Rosana Cabral Pinheiro
Ágna Retyelly Sampaio de Souza
Luiz Carlos Soares Marcelino
Cícero Johnny Alves Mota
Cícero Bruno Moura de Souza
Anderson Ramom Amaral Leite
André Luís do Nascimento Mont' Alverne
Gabriel Henrique de Souza Silva
Maria Joseneide de Sousa Santiago
José Edson Ferreira da Costa
João Oliveira Alves
Glauce Albuquerque Alencar

DOI 10.22533/at.ed.72019021023

CAPÍTULO 24 227

PERFIL RESPIRATÓRIO DE INDIVÍDUOS PRATICANTES DE BALLET CLÁSSICO

Matheus Araújo Medeiros
Marina Gonçalves Assis
Fernanda Antônia de Albuquerque Melo
Romero Sales Frazão
Arthur Wagner da Silva Rodrigues
Diogo Magalhães da Costa Galdino
Italo Colaço de Souza
José Roberto Jordão Rodrigues
Karolyn Oane Araújo Medeiros

DOI 10.22533/at.ed.72019021024

CAPÍTULO 25 236

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO AMBIENTE DE TRABALHO

Luana Cristina Rodrigues Venceslau
Ingrid Lima Felix de Carvalho
Antonia Samara Pedrosa de Lima
Diana Alves Ferreira
Maria Leni Alves Silva
Maria Elisa Regina Benjamin de Moura
Cristianne Samara Barbosa de Araújo

DOI 10.22533/at.ed.72019021025

CAPÍTULO 26	242
QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES APÓS TRANSPLANTE RENAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão Benedita Célia Leão Gomes Fabiana Pereira da Silva Maria Rute Gonçalves Moraes Paula Rayanne Amorim Correia Wochimann de Melo Lima Pinto Rafael Mondego Fontenele Rose Daiana Cunha dos Santos	
DOI 10.22533/at.ed.72019021026	
CAPÍTULO 27	256
SELEXIPAG E O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR	
Ana Luiza Caldeira Lopes Amarildo Canevaroli Júnior Laís Lobo Pereira Sarah Isabela Magalhães Costa Natália Carvalho Barros Franco Carmen Weber Dalazen	
DOI 10.22533/at.ed.72019021027	
CAPÍTULO 28	262
SINAIS PRODRÔMICOS NA DP: PREVALÊNCIA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL	
Mariângela Braga Pereira Nielsen Lucas Santana Ydléia Félix dos Santos Elga Gering Janaina Patrocínio de Souza	
DOI 10.22533/at.ed.72019021028	
CAPÍTULO 29	270
USO DO MICROAGULHAMENTO NO TRATAMENTO DA CICATRIZ DE ACNE: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA	
Raphaela Farias Teixeira Ariana Teresa Mateus Ventura Letícia Briany de Carvalho Lessa Clarissa Cotrim dos Anjos Renata Sampaio Rodrigues Soutinho Maria do Desterro da Costa e Silva Sandra Adriana Zimpel Aline Carla Araújo Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.72019021029	
CAPÍTULO 30	282
UTILIZAÇÃO DA EQUOTERAPIA NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA	
Meyrian Luana Teles de Sousa Luz Soares Micheline Keila de Oliveira Ferreira Wanessa Alves Carneiro Azevedo de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.72019021030	

CAPÍTULO 31 290

QUEDAS EM IDOSOS: RISCOS, OCORRÊNCIAS, CONSEQUÊNCIAS E PREVENÇÃO – REVISÃO DE LITERATURA

Roselene da Silva Souza

Rosane Seeger da Silva

Leatrice da Luz Garcia

DOI 10.22533/at.ed.72019021031

SOBRE O ORGANIZADOR..... 304

ÍNDICE REMISSIVO 305

CLASSIFICAÇÃO DA LOCOMOÇÃO, ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL

Fabio Correia Lima Nepomuceno
Marcos Barbosa Veiga de Melo
Joyce Silva dos Santos
Lucas Araújo Santiago
Pryscila Ruana da Silva Rodrigues

RESUMO: A encefalopatia crônica não progressiva da infância, originalmente conhecida como paralisia cerebral (PC), é atribuída a lesões não progressivas ocorridas no desenvolvimento do cérebro durante o período fetal ou do lactente. Os distúrbios motores da paralisia cerebral são frequentemente acompanhados por alterações sensoriais, perceptuais, cognitivas, de comunicação, comportamento, epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários. Diante destes acometimentos, faz-se necessário a utilização de instrumentos de avaliação baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) padronizados e validados. A proposta da CIF é classificar os componentes de saúde, sendo dividida em quatro componentes principais: funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais. E assim, o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) para membros inferiores e membros superiores tem o propósito de atender a necessidade de estabelecer um sistema

padronizado para classificar a funcionalidade motora, com uma avaliação mais precisa. O GMFCS avalia o movimento iniciado pelo paciente e a necessidade do uso de tecnologia assistiva, sendo observado a qualidade do seu desempenho, sendo dividida em cinco níveis funcionais que se diferenciam pelas limitações, como o controle do tronco e da marcha, necessidades de adaptações e meios auxiliares para movimentação. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi classificar através da CIF e, a partir do GMFCS, a locomoção, atividade e participação social de pessoas com paralisia cerebral de uma instituição filantrópica de João Pessoa, sendo caracterizada como exploratória, descritiva e de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 19 indivíduos com PC, de ambos os gêneros, com idade entre 02 e 12 anos, uma vez que o GMFCS se aplica apenas a esta faixa etária, porém, sem discriminação em relação ao grau de escolaridade. O estudo foi apreciado pelo Colegiado do Curso de Fisioterapia e obedeceu a todos os critérios éticos estabelecidos. Os resultados obtidos foram: a amostra representou 47,5% da população; onde 63,15% eram do gênero feminino e 36,84% do gênero masculino; a média de idade foi de 7,6 anos; 57,8% fazem uso de cadeira de rodas manual, sendo guiados por um cuidador; 15,7% deambulam com algum tipo de limitação; 10,5% apresentam

auto mobilidade na cadeira de rodas, apenas 5,26% andam sem limitações e 10,5% andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade; Quanto à utilização da CIF, foi identificada que a mobilidade mais comprometida é a deambulação, seguida da auto transferência. Conclui-se que esses instrumentos são de fácil administração, exigindo um treinamento mínimo para utilização e com boa aplicabilidade no dia-a-dia, sendo bons indicadores para a avaliação da capacidade funcional deambulatoria, servindo para pessoas com as mais diversas disfunções e objetivando avaliar a função diante dos contextos físicos, sociais e atitudinais. Sugere-se, portanto, que estudos possam ser realizados com amostra maior em outras instituições, buscando entender as variáveis que convergem e/ou divergem entre a população de diferentes localizações. **PALAVRAS-CHAVE:** CIF; Funcionalidade; Paralisia Cerebral.

INTRODUÇÃO

A encefalopatia crônica não progressiva da infância, originalmente conhecida como paralisia cerebral (PC), é atribuída a lesões não progressivas ocorridas no desenvolvimento do cérebro durante o período fetal ou do lactente. Os distúrbios motores da paralisia cerebral são frequentemente acompanhados por alterações sensoriais, perceptuais, cognitivas, de comunicação, comportamento, epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários. (LEITE, 2012)

Podendo ser classificada com base na localização dos problemas de movimento, ou seja, de como ela afeta a face, os braços, o tronco e as pernas, o que pode ser tido como monoplegia, diplegia, hemiplegia, tetraplegia e hemiplegia dupla. A monoplegia afeta somente um dos membros da criança: braço ou perna, em um dos lados do corpo; a diplegia afeta principalmente as pernas da criança, colocando-as na posição vertical; na hemiplegia, um dos lados do corpo da criança é afetado; a tetraplegia afeta todo o corpo: face, tronco, braços e pernas; e a hemiplegia dupla também afeta todo o corpo da criança, porém difere da tetraplegia quanto ao fato de que são os braços e não as pernas os membros mais afetados pela PC, além de poder gerar maiores dificuldades na alimentação e na fala. (COSTA et al, 2013)

Como forma de propor um conceito mais abrangente da PC Rosenbaum e Bax (2005), através de Workshop Internacional, sugeriram a utilização de um instrumento de avaliação baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) padronizado e validado como o Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) para membros inferiores (MMII), membros superiores (MMSS), para fins de uma avaliação mais precisa.

A CIF foi instituída em 2001 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com múltiplas finalidades em diferentes áreas de saúde que reflete uma abordagem do desempenho funcional de uma pessoa influenciada pelas características dos contextos físico, social e atitudinal, priorizando a funcionalidade como componente da saúde enfocada a partir da limitação do paciente e de seu comprometimento

em atividades. Segundo a CIF, a incapacidade e a funcionalidade são vistas como resultados de interações entre estados de saúde (doenças, distúrbios e lesões) e fatores contextuais intrínsecos e extrínsecos. (OMS, 2003; RUARO et.al, 2012)

O objetivo desta pesquisa foi classificar através da CIF a partir do GMFCS, a locomoção, atividade e participação social de pessoas com paralisia cerebral de uma instituição filantrópica de João Pessoa.

1 | CONCEITUANDO E DESCREVENDO SOBRE A PARALISIA CEREBRAL

Em 1843, o ortopedista inglês Willian John Little, pela primeira vez, relatou 47 casos de crianças com rigidez muscular, principalmente nos membros inferiores e com menor acometimento nos membros superiores. Nessa época, o quadro foi denominado de “Síndrome de Little”. (TEIXEIRA; SASSÁ; SILVA, 2016)

Diament (1996) afirma que no ano de 1959, a PC passou a ser conceituada como encefalopatia crônica não evolutiva da infância que, constituindo um grupo heterogêneo, tanto do ponto de vista etiológico quanto em relação ao quadro clínico, tem como ligação comum o fato de apresentar, predominantemente, sintomatologia motora, à qual se juntam, em diferentes combinações, outros sinais e sintomas.

Quanto ao comprometimento motor, pode ser dividida em espástica que apresenta as características da lesão do primeiro neurônio motor, levando à hiperreflexia, à hipertonia e à fraqueza muscular. A espasticidade não acomete todos os grupos musculares e às vezes predomina em alguns desses, por isso é comum o surgimento de deformidades articulares. Já a paralisia do tipo atetóide ocorre por causa da lesão no sistema extrapiramidal, onde as crianças com esse tipo de PC apresentam desequilíbrio da atividade dos músculos agonistas e antagonistas, e a contração de um grupo muscular leva à inibição completa dos antagonistas. Essas crianças podem apresentar movimentos involuntários e lentos nas extremidades, além de apresentarem tônus muscular instável e flutuante, podendo essa flutuação ser de menor ou maior intensidade. (AMARAL et al. 2003)

Estudos têm evidenciado que a espasticidade leva a alterações em propriedades como redução da força muscular e da velocidade do movimento, gerando modificações adaptativas no comprimento muscular e na amplitude do movimento ativo. Esses distúrbios comprometem o processo de aquisição de marcos motores (rolar, sentar, engatinhar, andar) e também o desempenho nas AVD's (banhar-se, alimentar-se, vestir-se). Deve-se ressaltar, porém que o desempenho funcional é influenciado não só pelas propriedades intrínsecas da criança, mas também pela demanda da tarefa, pelo ambiente onde a criança está inserida e pela dinâmica familiar. (BRIANEZE et al, 2009)

A PC é uma importante causa de incapacidade na infância, sendo decorrente de uma lesão no cérebro em desenvolvimento e é caracterizada por distúrbios do

movimento e da postura que ocasionam limitação motora, de caráter não progressivo. Embora as manifestações neurológicas sejam observadas precocemente, a PC é considerada uma condição crônica que gera limitações funcionais a longo prazo e pode interferir em múltiplos aspectos da vida dos pacientes e de seus familiares. (BATISTA et al, 2016)

Alpino (2008) ressalta que, em virtude do comprometimento motor (eventualmente sensorial e de comunicação) e da inadequação ambiental, muitas crianças com PC podem apresentar limitações significativas no desempenho de atividades e restrições na participação que incluem, além dos aspectos de mobilidade e autocuidados, o alcance educacional e as relações sociais; e requerem, portanto, adaptações/modificações ambientais que lhes assegurem condições de acessibilidade e participação.

2 | SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO

2.1 Sistema de Classificação da Função Motora Grossa

Oliveira, Golin e Cunha (2010) afirmam que atualmente a literatura vem demonstrado preferência em classificar as crianças com PC de acordo com sua independência funcional nas funções motoras grossas e finas. Sendo observado as vantagens e benefícios da aplicação do GMFCS na PC.

A GMFCS tem como objetivo avaliar o movimento iniciado pelo paciente e a necessidade do uso de tecnologia assistiva, sendo observado a qualidade do seu desempenho. É dividida em cinco níveis funcionais que se diferenciam pelas limitações, como o controle do tronco e da marcha, necessidades de adaptações e meios auxiliares para movimentação. (GOMES, ARAÚJO, MACIEL, 2014)

NÍVEL I – Anda sem limitações
NÍVEL II – Anda com limitações
NÍVEL III – Anda utilizando um dispositivo manual de mobilidade
NÍVEL IV – Auto-mobilidade com limitações; pode utilizar mobilidade motorizada.
NÍVEL V – Transportado em uma cadeira de rodas manual.

Quadro 1: Escala do GMFCS geral

Fonte: PALASIANO.R et al. GMFCS – E & R Sistema de Classificação da Função Motora Grossa

Ampliado e Revisto. Dev Med Child Neurol 1997;39:214-223, 2007.

O GMFCS é mais categórico quanto à determinação da representatividade das habilidades e limitações da função motora grossa das crianças ou dos jovens, atribuindo com mais ênfase o desempenho atual desta função e não a qualidade do movimento, embora forneça dados importantes sobre prognóstico motor total e

às implicações para dimensionar sua participação na sociedade. No entanto, ele é mais característico para o desempenho da criança após seis anos de idade pois reflete o possível impacto dos fatores ambientais e fatores pessoais nos métodos de mobilidade. (HIRATUKA; MATSUKURA; PFEIFER, 2010)

As crianças com deficiências físicas, muitas vezes, demonstram estilo de vida mais passivo e são mais propensas a experimentar o isolamento social, já que participam menos de atividades de lazer, gastam mais tempo em atividades tranquilas, e estão menos envolvidos em atividades físicas e sociais. Um outro fator importante é a idade, pois esta influência na função motora grossa e na intensidade da participação, quanto mais velho e menor o nível do GMFCS, maior será a capacidade funcional. (ORLIN, 2010)

NÍVEL I: Bebês sentam-se no chão, mantêm-se sentados e deixam esta posição com ambas as mãos livres para manipular objetos. Eles engatinham (sobre as mãos e joelhos), puxa-se para ficar em pé e dão passos segurando-se nos móveis, andam entre 18 meses e 2 anos de idade sem a necessidade de aparelhos para auxiliar a locomoção.
NÍVEL II: Os bebês mantêm-se sentados no chão, mas podem necessitar de ambas as mãos como apoio para manter o equilíbrio. Eles rastejam em prono ou engatinham (sobre mãos e joelhos), puxar-se para ficar em pé e dar passos segurando-se nos móveis.
NÍVEL III: Os bebês mantêm-se sentados no chão quando há apoio na parte inferior do tronco, rolam e rastejam para frente em prono.
NÍVEL IV: Os bebês apresentam controle de cabeça, mas necessitam de apoio de tronco para sentarem-se no chão. Eles conseguem rolar para a posição supina e podem rolar para a posição prona.
NÍVEL V: As deficiências físicas restringem o controle voluntário do movimento. Os bebês são incapazes de manter postura antigravitacionais de cabeça e tronco em prono, e necessitam da assistência do adulto para rolar.

Quadro 2: GMFCS indicado para crianças até 2 anos de idade

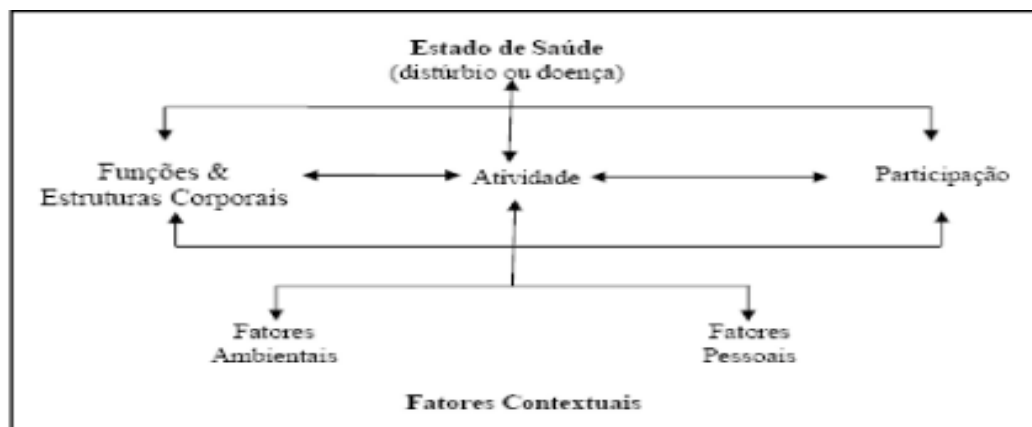
Fonte: PALASIANO.R et al.GMFCS – E & R Sistema de Classificação da Função Motora Grossa

Ampliado e Revisto. Dev Med Child Neurol 1997;39:214-223, 2007.

Furtado et al. (2010) afirmam que em um estudo desenvolvido nos EUA, em 2010, as crianças e jovens com idade entre 6 e 21 anos com PC relataram estar preocupados com a falta de amigos de sua idade e raras oportunidades de interagir com pessoas que não são membros da sua família. A evidência supõe que a participação social dos jovens com PC é influenciada pela família e pelo fator sócio econômico, logo para famílias com mais recursos financeiros, os serviços tornam-se mais acessíveis, confirmando a premissa de que a participação social pode ser influenciada não somente por deficiências intrínsecas, mas também por fatores contextuais incluindo sexo, idade, cognição, comunicação, renda e coesão familiar, suporte social, estrutura física, entre outras.

2.2 Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF foi criada em 2001, tendo sido traduzida para a língua portuguesa em 2003. Diferentemente de outras classificações, a proposta da CIF não é classificar as doenças nem suas consequências, e sim os componentes de saúde. Ela é dividida em quatro componentes principais: funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação, e fatores ambientais (FARIAS; BUCHALLA, 2005).



Quadro 3: Modelo da CIF.

Fonte: OMS, CIF, 200311\ Source: WHO, ICF, 2003.

Segundo Sampaio, et al. (2005) a utilização da CIF na saúde, graças a seu modelo biopsicossocial gera individualidade e qualidade de dados de pacientes em razão de ter uma abordagem ampla capaz de apontar as diferentes manifestações de uma patologia, tendo em vista que dois indivíduos com a mesma doença podem vir a ter acometimentos funcionais diferentes.

Por outro lado, a CIF é capaz de classificar o estado de funcionalidade de qualquer pessoa, em qualquer tempo, em qualquer condição de saúde. Ela pode construir um painel de monitoramento ao longo do tempo sobre o estado de funcionalidade ou incapacidade de um indivíduo, relacionado aos fatores ambientais. Aborda aspectos relacionados à saúde e os que influenciam na saúde, podendo ser de uso de profissionais das Áreas Sociais, da Educação, da Arquitetura, entre outras. (ARAÚJO; NEVES, 2014)

Desta forma, percebe-se a importância de classificar as condições de cada pessoa contextualizada na escala de domínios de saúde, como, por exemplo, no arcabouço de atividades e participação: o que o corpo faz, o que o indivíduo faz (como um todo) faz. Araújo (2013) exemplifica atividades como andar, correr, dirigir, rolar, jogar ou trabalhar.

3 | PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Desenho da Pesquisa

A referida pesquisa caracteriza-se como exploratória e descritiva, apresentando uma abordagem quantitativa a fim de classificar através da CIF a partir do GMFCS, a locomoção, atividade e participação social de pessoas com paralisia cerebral de uma instituição filantrópica de João Pessoa.

Este estudo foi realizado na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de João Pessoa (APAE/JP), localizada no Bairro dos Bancários na cidade de João Pessoa-PB. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), segundo o Regimento Interno da Federação Nacional das Apaes (2008), é um movimento que se destaca no país pelo seu pioneirismo, sendo caracterizada por ser uma sociedade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional com duração indeterminada.

A população do estudo foi composta de pessoas com PC que realizam atendimento nesta Instituição. Sendo assim, a amostra estimada foi composta por 20 indivíduos com PC, uma vez que nesta Instituição estão sendo atendidas, em sua totalidade, 40 pessoas com esta patologia na faixa etária dos critérios de inclusão deste estudo, além do que, por vezes, as crianças e/ou suas mães se recusarem a participar de pesquisas, tornando um subconjunto de difícil acesso de informações. Desta forma, a amostra de 20 pessoas com paralisia cerebral representou 50 % da população.

Como critérios de inclusão, as pessoas com PC foram de ambos os gêneros, com idade entre 02 e 12 anos, uma vez que o GMFCS se aplica apenas a esta faixa etária, porém, sem discriminação em relação ao grau de escolaridade, assinar o termo de consentimento livre esclarecido.

A pesquisa teve como critérios de exclusão o indivíduo que apresente outro diagnóstico ou outras anormalidades do sistema nervoso central que não seja PC ou não esteja na faixa etária pré-determinada.

Considera-se que há riscos em toda a pesquisa que envolve seres humanos, por isso é de responsabilidade do pesquisador a se comprometer a prestar suporte diante de qualquer eventual dano à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do participante, assegurando-lhe inclusive o devido acompanhamento de profissionais habilitados para tal fim. Embora, por se tratar de uma pesquisa quantitativa que visou a utilização de questionário, envolveu apenas risco mínimo para o participante.

Caso tivesse ocorrido quaisquer eventuais danos psicológicos como um desconforto na utilização do questionário, o pesquisador havia se comprometido a encaminhar o paciente ao profissional habilitado da própria instituição para prestar pronto atendimento.

Já em relação aos benefícios este estudo propôs uma cascata de informação para futuros estudos, além de propiciar uma visão mais detalhada da aplicação de instrumentos de avaliação e classificação da funcionalidade, que ainda são pouco utilizados nesta população.

Inicialmente foi aplicado um questionário Sócio Demográfico para obtenção dos dados, que descreverá o perfil de cada participante. Este questionário, conforme consta em Apêndice B, além da identificação, abordou o diagnóstico clínico, a queixa principal, se o paciente faz tratamento fisioterapêutico há quanto tempo, medicamentos em uso, presença de convulsões, cirurgias realizadas e a classificação de atividade e participação quanto a mobilidade pela CIF: adaptado da ficha de classificação com a CIF (uso multiprofissional em neurologia infantil - curso CIF online), ou seja, se ele muda de posição, deita-se só, senta-se, levanta-se e auto transfere-se, além de se consegue andar ou não.

Após, cada criança foi classificada buscando obtenção do perfil da função motora grossa, o GMFCS (ANEXO A). Esta classificação baseia-se na iniciação do movimento voluntário, enfatizando particularmente o sentar (controle de tronco) e o andar, que devem representar o desempenho habitual da criança nos diferentes ambientes.

O GMFCS foi estratificado em quatro faixas etárias (até 2 anos, entre 2 e 4 anos, 4 e 6 anos, e 6 e 12 anos), estes são representados através de 5 níveis: O nível I e II indica comprometimento leve, representando a criança que deambula sem restrição; o III indica comprometimento moderado onde as crianças deambulam com auxílio de suporte; e o IV e o V indica comprometimento grave, onde as crianças fazem uso da tecnologia assistida para se locomover ou com auxílio de terceiros. Mais recentemente, os autores expandiram a classificação incluindo uma faixa específica de jovens entre 12 e 18 anos e reforçaram a necessidade de considerar a influência dos fatores ambientais na mobilidade dessas crianças, especialmente dos adolescentes com PC. A versão expandida do GMFCS enfatiza os conceitos propostos pela CIF, que reconhece o impacto que os fatores pessoais e ambientais possuem no processo de funcionalidade. Nesse estudo, a variável será independente do comprometimento motor que será avaliado pelo GMFCS, a qual será estratificada de acordo com os níveis de função I, II, III, IV, V.

A pessoa com paralisia cerebral também foi classificada a partir da CIF, onde esta define os componentes da saúde por meio de duas listas básicas. A primeira aborda dois componentes: (1) Funções (b) e Estruturas do Corpo (s), (2) Atividades e Participação (d), e a segunda, abrange Fatores Contextuais e incluem os componentes relacionados aos Fatores Ambientais (e) e aos Fatores Pessoais. Na CIF, os componentes da classificação são seguidos por um código numérico que se inicia com o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada). (CAMPOS et, al. 2012)

A presente pesquisa foi apreciado pelo Colegiado do Curso de Fisioterapia e

submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba de acordo com o CAAE de número: 68615917.7.0000.5178 (Anexo B). Ressaltando que para a realização do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. A participação dos indivíduos foi voluntária, esclarecidas todas as dúvidas e os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), referindo por meio deste, esclarecimentos verbais e escritos sobre os objetivos da pesquisa, garantindo o sigilo dos dados coletados, além de terem sido informados a respeito de sua liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo.

Para caracterização da amostra, foram calculados dados estatísticos descritivos simples, sendo os resultados apresentados através de tabelas e gráficos (CALLEGARI-JAKQUES, 2009). A análise estatística foi feita através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 20.0)*.

3.2 Resultados e Discussão

A seguir serão demonstrados os resultados obtidos na pesquisa referida, assim como a discussão com pesquisas já realizadas para compararmos com nossos achados. A amostra estimada era de 20 pacientes, no entanto, devido a faltas recorrentes de um dos participantes, a amostra foi reduzida para 19 participantes, representando assim 47,5% da população.

Inicialmente foi aplicado um questionário Sóciodemográfico, contendo itens como: identificação; diagnóstico clínico, queixa principal; tempo de tratamento fisioterapêutico; medicamentos em uso; presença de convulsões e cirurgias realizadas.

Já em relação à faixa etária, a média de idade dos pacientes foi de 7,6 anos. Dentre as avaliações realizadas, a idade mínima encontrada foi de 02 anos e a máxima de 12 anos, onde a maior frequência foi de crianças com idade de 5 anos, 6 anos, 10 anos e 11 anos (todas com 15,7%), demonstrado no gráfico 1.

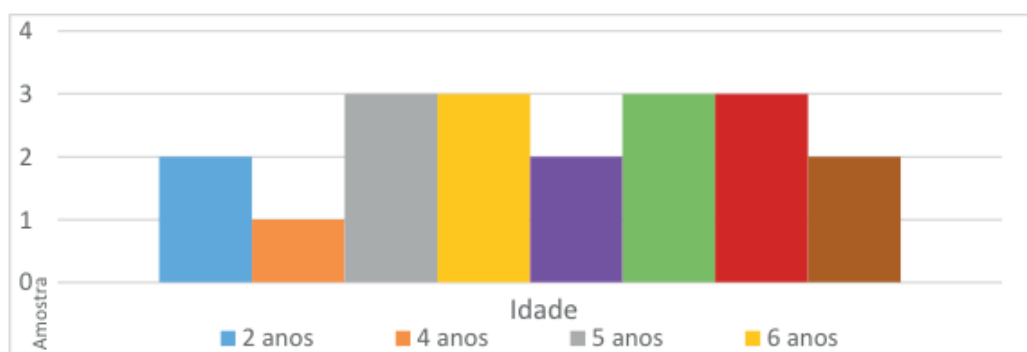


Gráfico 1: Incidência da amostra quanto a idade dos participantes

Fonte: VEIGA; MARCOLINO, 2017.

Dados da Pesquisa

Dentre os aspectos relacionados ao instrumento de avaliação, pelo GMFCS foi observado que 57,8% das crianças fazem uso de cadeira de rodas manual, sendo guiados por um cuidador; 15,7% deambulam com algum tipo de limitação; 10,5% apresentam auto mobilidade na cadeira de rodas, apenas 5,26% andam sem limitações e 10,5% andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade, como podemos observar no Quadro 4.

Classificação quanto ao gênero	
Gênero Feminino 63,15%	Masculino 36,84
Classificação pelo GMFCS	
Nível V: uso de cadeira de rodas guiado por cuidador	57,89%
Nível IV: Auto mobilidade na cadeira de roda	10,5%
Nível III: Andam com auxílio de dispositivo de mobilidade	10,5%
Nível II: Deambulam com algum tipo de limitação	15,7%
Nível I: Deambulam sem limitação	5,26%

Quadro 4: Classificação da amostra quanto ao gênero e através do GMFCS:

Fonte: VEIGA; MARCOLINO, 2017

Dados da Pesquisa

A porcentagem do nível motor encontrada nesta pesquisa foi inferior a encontrada em um estudo realizado por Carvalho (2010) onde o mesmo demonstrou que 54,8% da amostra apresentavam nível 4 e 5 do GMFCS. Esse grave comprometimento motor pode ser atribuído a múltiplos fatores, dentre eles o grau de acometimento do sistema nervoso central, pela estimulação tardia dos serviços de saúde, pela severidade da espasticidade ou hipotonia dentre outras.

Já no presente estudo, os níveis encontrados do GMFCS podem ser atribuídos a procura pelo serviço de saúde e estimulação precoce, o que, influencia positivamente a evolução funcional das pessoas com paralisia cerebral, além do grau de comprometimento mais atenuado quanto a espasticidade, já que a hipertonia limita as atividades motoras das crianças.

Dando sequência a avaliação, os participantes foram classificados em relação a atividade e participação quanto a mobilidade, através do instrumento CIF, sendo observados os seguintes aspectos: Mudança de posição; Deitar só; Sentar; Levantar; Auto transferência e Locomoção. Em seguida as crianças foram classificadas quanto a função motora grossa, utilizando o instrumento GMFCS, diante dos cinco (05) níveis de comprometimento.

Diante das queixas principais relatadas pelos cuidadores observou-se que 42,1% das crianças apresentam dificuldade para deambular; 15,7% dificuldade para manusear objetos; 31,5% dificuldade para controlar tronco e cabeça e 10,5%

não relataram queixa principal. Já as crianças quando questionadas em relação as atividades que se sentem impedidas de realizar, 15,7% relataram que gostariam de realizar atividades como pular, jogar futebol e andar de bicicleta; 10,5% relataram não ter impedimento na realização de atividades e 73,6% não falam.

Questionados quanto a cirurgias realizados, foi observado que 5,2% realizou procedimento cirúrgico nos MMII, mas apresentou recidiva diante da condição fisiopatológica. 94,7% não foram submetidos a este tipo de procedimento, relatando que a única intervenção realizada até então foi o acompanhamento fisioterapêutico.

Em relação a crises convulsivas, foi observado que 36,8% das crianças avaliadas tiveram crises nos últimos 6 meses, já 63,1%, diante dos relatos dos cuidadores, não sofrem com essa desordem cerebral.

A partir dos achados, percebe-se que a amostra estudada possui mobilidade comprometida, sendo necessário que a intervenção fisioterapêutica priorize a independência funcional e autonomia destas pessoas e também orientem os familiares e cuidadores, uma vez que serão fundamentais no processo de estimulação e reabilitação desta população, uma vez que crianças que necessitam de total dependência de terceiros para suas atividades funcionais básicas, comprometem seu prognóstico e também limitam sua participação social.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda são poucos os estudos relacionados a esse tema, talvez pelo fato da CIF ser pouco conhecida entre os profissionais. É de fundamental importância compreender que esse instrumento serve para pessoas com as mais diversas disfunções objetivando favorecer a função diante dos contextos físicos, sociais e atitudinais.

É consenso que pessoas que apresentam alguma deficiência possuem limitações que podem se estender para o resto de suas vidas. No entanto, existem caminhos para que estas limitações não se tornem barreiras na socialização destas crianças, podendo ser influenciado pelo âmbito familiar, pelas atitudes das pessoas, pelas capacitações de profissionais nas escolas e principalmente pela atitude de seus pais ou cuidadores.

Sabemos que o ambiente tem impacto no desenvolvimento da criança, na participação, na interação entre a condição de saúde e a capacidade física do indivíduo, bem como nos fatores sociais e culturais, podendo ser uma barreira ou um facilitador no desenvolvimento e participação em atividades diárias. Levando isto em consideração, espera-se que estudos futuros similares possam representar uma alternativa para minimizar o isolamento social destas crianças, apresentado principalmente aos pais que estas crianças podem conviver com os indivíduos na sociedade, mesmo que com suas limitações.

Em resumo a amostra representou 47,5% da população; onde 63,15% eram do gênero feminino e 36,84% do gênero masculino; a média de idade foi de 7,6 anos; em relação ao GMFCS 57,8% fazem uso de cadeira de rodas manual, sendo guiados por um cuidador; 15,7% deambulam com algum tipo de limitação; 10,5% apresentam auto mobilidade na cadeira de rodas, apenas 5,26% andam sem limitações e 10,5% andam utilizando um dispositivo manual de mobilidade; Quanto à utilização da CIF, foi identificada que a mobilidade mais comprometida é a deambulação, seguida da auto transferência.

Sugere-se, portanto, que estudos possam ser realizados com amostra maior e, inclusive, em outras instituições, a fim de verificar a realidade em outros locais e buscar entender as variáveis que convergem e/ou divergem entre a população de diferentes localizações.

REFERÊNCIAS

ALPINO, A.M.S. **Consultoria colaborativa escolar do fisioterapeuta: acessibilidade e participação do aluno com paralisia cerebral em questão.** Tese (Doutorado em Educação Especial), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

AMARAL, P. P; et, al. Alterações Ortopédicas em Crianças com Paralisia Cerebral da Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade Metodista de São Paulo (Umesp). **Revista Neurociências**, São Paulo. v. 11, n. 1, p. 29-33, 2003.

ARAUJO, E. S. CIF: Uma Discussão sobre Linearidade no Modelo Biopsicossocial. **Revista Fisioterapia S. Fun.** Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013.

ARAUJO, E. S; NEVES, S. F. P. CIF ou CIAP: o que falta classificar na atenção básica? **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 46-48, 2014.

BATISTA, M. R; et, al. Efeito do exercício físico sobre a saúde e sobrecarga de mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Revista Brasileira Med Esporte**, São Paulo, v.22, n..3, 2016.

BAX. M; ROSENBAUM. P. Proposed Definition and Classification of Cerebral Palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**. v. 47, n. 8, p. 571-6, 2005.

BECKUNG, E; et al. The natural history of gross motor development in children with cerebral palsy aged 1 to 15 years. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 49, n. 10, p. 751-6, 2007.

BRASIL, A. C. O. Promoção de Saúde e a Funcionalidade Humana. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 1-4, 2013.

BRIANEZE, A. C. G. S; et, al. Efeito de um programa de fisioterapia funcional em crianças com paralisia cerebral associado a orientações aos cuidadores: estudo preliminar. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.1, p.40-5, 2009.

CARAVIELLO. E.Z; CASSEFO.V; CHAMLIAN. T. R. Estudo Epidemiológico dos pacientes com Paralisia Cerebral Atendidos no Lar Escola São Francisco. **Medicina Reabilitória**. v. 25, n. 3, p. 63-7, 2006.

CALLEGARI-JACQUES, S.M. **Bioestatística: princípios e aplicações.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

CAMPOS, T. F; et, al. Comparação dos instrumentos de avaliação do sono, cognição e função no acidente vascular encefálico com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF)*. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v.16, n.1, p. 23-9, 2012.

CARNEIRO, S.D.R.M; et, al. CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde: uma proposta voltada para a odontologia. **Ciência e Pesquisa Unifor**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 361-374, 2012.

CARVALHO. J.T.M. et al. Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Revista Fisioterapia do Movimento**. v. 23, n. 3, p. 389-397, jul./set. 2010.

COSTA, E. M. A; et. al. Paralisia cerebral e cuidado: o que muda na vida de quem cuida? **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 24, n.1, p. 237-265, 2013.

DIAMENT, A. **Encefalopatia crônica na infância** (paralisia cerebral). In: Diament A; Cypel A (ed). *Neurologia infantil*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996. p.781-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000047&pid=S0004282X200200030002000007&lng=en>. Acesso em: 25 mar. 2017.

ESTELLES, J. R. D. et al. Pé equino na criança com paralisia cerebral: Tratamento. **Revista Sociedade Brasileira de Ortopedia e traumatologia**. v. 1, n. 1, 2010.

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

FURTADO, S. R. C. et al. **O efeito moderador do ambiente na Relação entre mobilidade e participação escolar em crianças e jovens com paralisia cerebral**. Tese de Doutorado (Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional). Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FRANCO, C. B; et, al. Avaliação da amplitude articular do tornozelo em crianças com paralisia cerebral após a aplicação de toxina botulínica seguida de fisioterapia. **Revista Para. Med.** Belém, v. 20 n. 3, 2006.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**, Rio Grande do Sul, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**.6 ed. São Paulo: Atlas S. A., 2008.

GOMES, C. R. A; ARAÚJO, I. F; MACIEL, S. C. Avaliação da Função Motora Grossa pela GMFM pré e pós Cirurgia ortopédica de membros inferiores em pacientes com paralisia cerebral. **Atca Fisi atr**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 16-20, 2014.

HIRATUKA, E; MATSUKURA, T. S; PFEIFER, L. I. Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS). **Revista Brasileira Fisioterapia** v. 14, n. 6, p. 537-44, 2010.

LEITE, D. F. et.al. A Função Motora Grosseira de Crianças e Adolescentes com Paralisia Cerebral e a Qualidade de Vida de seus Cuidadores. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. ano 9, n. 29, jul/ set 2011.

LEITE, J. M. R. S; O Desempenho Motor de Crianças com Paralisia Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 20, n. 4, p. 485-486, 2012.

OLIVEIRA A. I. A; GOLIN, M. O; CUNHA, M. C. B. Aplicabilidade do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS) na paralisia cerebral – revisão da literatura. **Arquivo Brasileiro de Ciências na Saúde**, Santo André, v.35, n.3, p.220, 2010.

OMS Organização Mundial da Saúde. CIF: **Classificação Internacional de funcionalidade Incapacidade e Saúde**. Centro Colaborador da Organização da Saúde para a família de classificações internacionais, Org; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla. São Paulo: EDUSP, 2003.

ORLIN. M. N. et al. Participation in home, extracurricular, and community activities among children and young people with cerebral palsy. **Revista Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52; p.160–166, 2010.

PALISIANO. R. et al. GMFCS – E & R Sistema de Classificação da Função Motora Grossa Ampliado e Revisto. **Dev Med Child Neural**. v. 39, p. 214 – 223, 2007

REGIMENTO INTERNO DA FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. Publicação da Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais, Brasília, Agosto de 2008.

ROTTA, N. T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria, Rio Grande do Sul**. v. 78, n. 1, 2002.

SOBRE O ORGANIZADOR

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO - Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

TÍTULO REMISSIVO

A

Acidentes de trabalho 21, 29, 236, 237, 238, 239, 240, 241
Acne 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280
Adaptação 12, 14, 15, 16, 43, 65, 68, 87, 160, 170, 228, 229, 303
Alfabetização em saúde 92, 93, 94, 95, 98
Alongamentos 1, 4, 6, 9, 72, 75, 76, 118, 119, 121, 161
Assistência de enfermagem 195, 196, 197, 198, 246, 249, 250, 254
Atividade Motora 50, 157, 168

B

Balé 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 100, 101, 102, 103, 105, 122, 123, 124, 125, 128, 227, 228, 229, 230, 234
Brinquedo 184, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202

C

Cérebro 53, 54, 55, 86, 170, 172, 173, 174, 175, 263, 267
Cicatriz 103, 231, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 278, 279, 280
CIF 53, 54, 55, 58, 59, 60, 62, 63, 64, 65, 66
Cinesioterapia 1, 3, 6, 10, 139
Coordenação 41, 42, 43, 44, 52, 66, 87, 88, 95, 133, 159, 161, 181, 182, 217, 258, 287
Crianças com deficiência 157, 158, 160, 161, 166, 168
Crossfit 130, 134, 137, 138, 140

D

Dança 11, 12, 14, 15, 17, 18, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 122, 123, 124, 125, 128, 129, 157, 159, 160, 161, 164, 165, 166, 167, 168, 211, 214, 227, 228, 229, 230, 234, 235
Desempenho Profissional 20
Diálise renal 142, 143, 144
Doença de Parkinson 262, 263, 264, 265, 268, 269
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 79, 80, 81, 88, 89

E

Educação Física 17, 65, 77, 87, 88, 95, 98, 99, 167, 171, 182, 183, 184, 203, 204, 205, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226
Educação Postural 67, 68, 69, 70, 72, 77
Educação Profissional 67, 69, 77
Enfermeiro 46, 47, 48, 49, 50, 52, 195, 196, 197, 201

Ensino Médio 71, 78, 203, 204, 205, 211, 213, 214
Equilíbrio 13, 14, 41, 43, 44, 57, 70, 87, 88, 96, 97, 102, 124, 133, 159, 162, 229, 282, 285, 286, 287, 288, 294, 295, 296, 298, 300, 302
Ergonomia 20, 31, 32, 87, 240
Espiritualidade 142, 143, 144, 146, 147, 148
Esporte 64, 87, 88, 132, 139, 140, 159, 167, 170, 179, 180, 181, 184, 204, 211, 296, 301
Exercício aeróbico 79, 80, 82, 86, 87
Exercício físico 64, 88, 130, 131, 133, 206
Exercícios 3, 4, 6, 7, 9, 10, 29, 72, 75, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 94, 95, 97, 118, 119, 120, 121, 132, 133, 138, 140, 161, 162, 293, 295, 296, 300

F

Família 41, 42, 46, 47, 48, 50, 52, 57, 66, 70, 150, 151, 152, 153, 155, 198, 199, 201, 226, 301
Farmacologia 256
Fatores de risco 93, 95, 98, 108, 112, 133, 187, 191, 193, 213, 239, 249, 260, 282, 283, 292, 293, 295, 296, 297, 298, 299, 300
Fibromialgia 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 140
Fisioterapia 1, 2, 3, 7, 9, 10, 17, 19, 34, 36, 37, 39, 53, 60, 64, 65, 79, 80, 88, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 105, 107, 109, 110, 111, 117, 118, 119, 120, 121, 128, 130, 133, 138, 139, 157, 159, 160, 167, 168, 235, 262, 264, 267, 282, 285, 286, 287, 289, 294, 302, 304
Fonoaudiologia 113, 115, 150, 152, 153, 155, 156
Formação docente 216, 220, 225
Funcionalidade 3, 13, 53, 54, 55, 58, 60, 64, 65, 66, 102, 109, 124, 136, 137, 138, 143, 165, 229, 299

G

Gestores escolares 203, 213
Gravidade 81, 108, 109, 111, 113, 114, 116, 117, 134, 164, 276

H

Hospitalização 81, 189, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 292

I

Imunossupressor 243, 245, 254
Incontinência Urinária 130, 131, 132, 137, 138, 139, 140, 298
Indução Percutânea de Colágeno 271, 274
Infecção 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 249
Internação 81, 162, 166, 186, 187, 188, 197, 199, 200

L

Linguagem 75, 95, 96, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 167, 210

M

Mecânica respiratória 101, 123

Microagulhamento 270, 271, 272, 275, 278, 280

P

Paralisia cerebral 53, 54, 55, 59, 60, 62, 64, 65, 66, 107, 108, 110, 112, 113, 116, 117, 157, 160, 162, 164, 166, 167, 168

PIBID 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226

Pneumonia Nosocomial 186, 187, 188

Postura 12, 17, 22, 25, 28, 30, 56, 57, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 77, 92, 94, 95, 97, 98, 99, 103, 107, 108, 125, 153, 164, 216, 228, 229, 230, 231, 298

Pressões respiratórias máximas 122, 123, 124, 126, 129, 232, 235

Prevenção 7, 9, 19, 32, 48, 49, 70, 77, 94, 96, 118, 119, 120, 157, 165, 178, 186, 188, 190, 192, 211, 219, 236, 237, 238, 239, 240, 252, 268, 290, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 302

Prevenção de acidentes 236, 238, 240

Prognóstico 56, 63, 109, 188, 252, 262

Promoção da saúde 3, 40, 48, 72, 92, 98, 211, 219, 236, 238, 296

Psicomotricidade 41, 42, 44, 45, 162, 182

Puericultura 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52

Q

Qualidade de Vida 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 27, 30, 31, 32, 47, 51, 65, 67, 69, 70, 71, 74, 75, 77, 78, 81, 89, 118, 120, 121, 131, 133, 138, 140, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 159, 211, 219, 236, 237, 240, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 282, 285, 287, 288, 290, 291, 296, 299, 300

R

Reabilitação 19, 63, 65, 80, 81, 87, 88, 89, 107, 114, 115, 117, 132, 133, 138, 140, 144, 160, 164, 200, 219, 238, 243, 282, 284, 287, 294

Recreação 170, 172, 178, 219

Reflexos primitivos 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52

S

Satisfação no emprego 20

Saúde coletiva 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 240, 294, 296, 302

Saúde do trabalhador 20, 67, 237, 238, 239, 240, 241
Saúde do trabalhador-estudante 67
Síndrome de Down 167, 168, 282, 283, 284, 286, 287, 288, 289
Sintomas gastrointestinais 262, 264, 265, 267
Sistema cardiorrespiratório 118, 119, 120

T

Terapêutica 18, 29, 142, 143, 144, 153, 156, 160, 165, 186, 188, 191, 199, 202, 252, 253, 270, 272, 276
Terapia com animais 282, 284
Tórax 11, 13, 15, 16, 17, 101, 102, 105, 124, 229, 235
Transplante renal 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255
Transtornos do desenvolvimento da linguagem 150
Tratamento 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 28, 30, 36, 47, 51, 60, 61, 65, 81, 88, 94, 107, 110, 113, 115, 116, 117, 139, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 154, 178, 186, 191, 192, 196, 197, 200, 206, 238, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 267, 270, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 282, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 292, 295, 297

U

Uptravi 256, 257

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-672-0

