
UTILIZAÇÃO DO OMEOPRAZOL PARA TRATAMENTO DE ÚLCERAS PÉPTICAS E *HELICOBACTER PYLORI*

Luiz Henrique de Oliveira Imbriani¹; Raíssa Mayara de Oliveira¹; Caroline Minatel Antiquera¹;
Isabela Alves Moraes¹; Bruna Akeimi Maia Kikuchi¹; Ana Paula Battochio²

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – noimbriani@gmail.com;

²Professora de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
biomedicina@fibbauru.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Úlcera péptica, Inibidores de bomba de prótons (IBP), *H.pylori*.

Introdução: A úlcera péptica é uma doença crônica que pode ocorrer em qualquer parte do sistema gastrointestinal, afeta com maior frequência a mucosa gástrica e duodenal (FERREIRA, 2013). Normalmente estão relacionadas ao enfraquecimento do sistema de homeostase da mucosa gastrointestinal, resultando na diminuição da secreção de ácido clorídrico e pepsina (FERREIRA et al., 2016). O desenvolvimento da doença está relacionado à infecção por *Helicobacter pylori* (*H.pylori*), responsável por aproximadamente 90% das úlceras duodenais e 80% das úlceras gástricas (FERREIRA, 2013). Os meios de transmissão da *H.pylori* mais aceitos são três: fecal-oral, oral-oral e iatrogênica. Estima-se que 90% da população mundial esteja infectada pela bactéria, a prevalência é maior em países em desenvolvimento. A maioria dos infectados convivem com a bactéria sem desenvolver resposta à infecção, e apenas uma pequena parcela desenvolve gastrite ou úlceras (MENEZES et al., 2015). Os indivíduos podem apresentar quadros de gastrite aguda, como náuseas, vômitos, digestão difícil e demorada. O patógeno pode ser associado à anemia ferropriva, a qual há melhoras após a erradicação da bactéria no estômago, tanto de adultos como de crianças. A bactéria é contraída principalmente durante a infância, igualmente distribuída entre os sexos, sugerindo, assim debilidade nos hábitos higiênicos das crianças ou dos pais, e sem tratamento a infecção pode durar a vida toda (TEIXEIRA et al., 2016).

Objetivos: Descrever o mecanismo de ação do omeoprazol inibidor de bomba de prótons, no tratamento de úlcera péptica e erradicação da bactéria *H.pylori*.

Relevância do Estudo: A úlcera péptica é uma doença que acomete a maior parte da população, e se tratada de forma correta, não apresenta complicações. Por isso é importante retratar o efeito principal do medicamento omeoprazol no organismo.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão de literatura com bases em artigos, utilizando os sites Google Acadêmico e Scielo, além de livros relacionados ao assunto, encontrados no acervo da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru - FIB.

Resultados e discussões: O tratamento da úlcera péptica prevê a erradicação da bactéria *H.pylori*, com a ajuda de medicamentos após a cicatrização, promove a redução de sua recorrência, em 5% em um ano. São indicados para o tratamento, os inibidores da bomba de prótons (IBPs) que impedem a secreção das células parietais e aceleram o processo de cicatrização (PAGE et al., 2004). O primeiro IBP a ser comercializado foi o omeoprazol, que apresentava eficácia muito elevada para o tratamento de úlceras, devendo ser administrado antes da ingestão de alimentos (FERREIRA, 2013). A absorção ocorre no duodeno, a partir da corrente sanguínea, o IBP passa para as células parietais, onde será ativado e formará uma ligação covalente provocando de forma irreversível a inibição da bomba prótica (DOMINGUES & FILHO, 2012). Por causa da ligação covalente, o efeito de inibição dura muito mais tempo do que sua meia-vida plasmática, que varia em torno de 1 a 2 horas, e o efeito sobre a secreção ácida pode durar até 24 horas (BRAGA et al., 2011), diminuindo a produção de ácido gástrico em até 95%, as úlceras pépticas cicatrizam com

maior facilidade (HIPOLITO et al., 2016). Para erradicar a *H.pylori* o omeprazol é utilizado como medicamento adjuvante, pois administrado sozinho geralmente não elimina a bactéria, portanto, normalmente é administrado com amoxicilina e claritromicina, assim o índice de sucesso na erradicação fica em torno de 87%, sendo eliminada a bactéria, a chance de recidivas diminui drasticamente, o medicamento é bem tolerado e com poucos efeitos colaterais (RODRIGUEZ et al, 2003).

Conclusão: Com base nesse estudo constatou-se que o uso do omeprazol é indispensável tanto para o tratamento de úlceras pépticas como para erradicação da *H.pylori*, contudo ele não elimina a bactéria se administrado sozinho e esta pode causar recidivas. Deve-se sempre buscar acompanhamento médico para evitar riscos com a automedicação.

Referências

BRAGA, M. P; SILVA, C. B; ADAMS, A. I. H. Inibidores da bomba de prótons: Revisão Análise Farmacoeconômica. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, v.37, n.2, p. 19-32, 2011.

DOMINGUES, G; FILHO, J. P. P. M. Inibidores da bomba protônica. **Copyright Moreira Jr. Editora**, RBM 13 v. 70, n.3, p. 70-75, 2012.

FERREIRA, M.R.N; NOBREZA, N.D; SOUSA, J.A. Estudo comparativo dos inibidores da bomba de prótons no tratamento de úlceras gástricas induzidas por etanol. **Rev. Interd.** v. 9, n. 4, p. 12-19, 2016.

FERREIRA, S.A.S. Evolução na Abordagem Fármaco-terapêutica da Úlcera Péptica. **Dissertação (Graduação) Portugal: Universidade Fernando Pessoa**, 2013, 65 f.

HIPOLITO, P; ROCHA, B. S; OLIVEIRA, F.J.A.Q. Perfil de usuários com prescrição de omeprazol em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil: considerações sobre seu uso racional. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-10, 2016.

MENEZES, G. L; RODRIGUES, R. L; NASCIMENTO, H. F; LOPES, A. R; SOARES, W. C; NEVOA, J.C; SANTIAGO, S. B; BARBOSA, M.S. Aplicações da Biologia Molecular no Diagnóstico de *Helicobacter Pylori*: Revisão da Literatura. **Rev. Acad. do Instituto de Ciências da Saúde**, v.1, n. 01, 2015.

PAGE, C; CURTIS, M; SUTTER, M; WALKER, M; HOFFMAN, B. **Farmacologia integrada**. 2. Ed, Barueri, Manole, 2004.

RODRIGUZZ, W; CRUZ, A.P; YUSHIMITO, L; RAMOS, A.R; GILMAN, R.H; YAMAMOTO, J.W; ULLOA, C.R; REQUENA, D.M; VALENCIA, J.G; CASELLA, J.L; ALAYO, E.C; VELAPATIÑO, B; VALENCIA, T. Tratamiento del *Helicobacter Pylori* con Omeprazol, Amoxicilina y Claritromicina en esquemas de 7 y 10 días. **Rev. Gastroenterol**, v. 23, p. 177-183, 2003.

TEIXEIRA, F.T; SOUZA, I. K. F; ROCHA, R.D.R. *Helicobacter pylori*: infecção, diagnóstico laboratorial e tratamento. **Rev. Interd.**, v. 6, n. 12, 2016.

SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO

Beatriz Rodrigues Mortari¹; Beatriz Fernanda Ferraz Ferreira²; Larissa Miriã Mariano Velas³;
Anderson Aparecido da Silva⁴; Adriana Terezinha de Mattias Franco⁵

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB beatrizmortari@outlook.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB biaferraz-2007@hotmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB larissamiria4@gmail.com;

⁴Professor das Faculdades Integradas de Bauru – FIB andersonsilvamatematica@gmail.com;

⁵Professora das Faculdades Integradas de Bauru- FIB- adritmf@gmail.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: síndrome do bebê sacudido, violência infantil, lesões.

Introdução: O problema conhecido como “síndrome do bebê sacudido” é uma das manifestações mais frequentes da violência física contra crianças. Ocorre quando uma criança, geralmente um lactente, é severa ou violentamente sacudida. A origem pode ser tanto por brincadeiras, como jogar o bebê para o alto ou fazer a cabeça pender para frente e para trás, quanto uma tentativa de fazê-lo parar de chorar. O risco existe porque a cabeça do bebê é proporcionalmente maior do que o tronco e os músculos do pescoço ainda apresentam certa hipotonia, dificultando o controle da coluna cervical. (LOPES, EISENSTEIN, WILLIAMS; 2013). Assim, os movimentos bruscos aplicados à criança, são altamente prejudiciais. Os efeitos da síndrome são variados, incluindo desde apatia, irritabilidade, falta de apetite e alterações respiratórias, até consequências mais graves como lesões ósseas, lesões oftalmológicas, traumatismo craniano, hemorragias e déficit neurológico, podendo culminar na morte da criança. (FERNANDES, 2010)

Objetivos: O objetivo do presente estudo é realizar uma revisão sobre uma das formas de violência infantil, a Síndrome do Bebê Sacudido, demonstrando os fatores de risco para sua ocorrência, a severidade das consequências e principalmente, a prevenção e conscientização de pais e cuidadores.

Relevância do Estudo: O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) garante a todo menino e menina o direito à proteção à vida e à saúde. Porém, somente a lei não tem sido o suficiente para evitar que todos os dias, crianças e adolescentes sejam vítimas de diversos tipos de violência. Assim, cabe também aos profissionais da saúde objetivar o alerta aos pais e cuidadores quanto às causas e consequências de agressões. Um dos tipos de violência é o abuso físico, que pode levar ao desenvolvimento, por exemplo, da Síndrome do Bebê Sacudido. Um problema grave e frequente, porém pouco conhecido e divulgado. Dessa forma, o estudo mostra-se relevante no objetivo de prevenção e alerta, descrevendo a doença e suas sequelas.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica com base em artigos científicos, através das bases de dados Scielo, Redalyc, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde.

Resultados e discussões: Existem diversas formas de manifestação da violência infantil, sendo a mais comum o abuso físico. Este é classificado como o ato violento com uso de força física, não acidental e com objetivo de lesar a vítima. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) A denominada Síndrome do Bebê Sacudido é identificada pela literatura médica como uma das consequências desse tipo de agressão. Sendo frequentemente praticada e não deixando marcas aparentes, ela ocorre devido a fortes sacudidas no bebê, principalmente no sentido anteroposterior. Geralmente atinge crianças lactentes com menos de seis meses de idade. (PIRES, MIYAZAKI; 2005). Porém, naquelas em que já existe algum tipo de

deficiência intelectual, como a Síndrome de Down, por exemplo, esse período pode se estender até os dois anos. Isso acontece devido ao fato de que essas crianças apresentam maior hipotonia muscular e atraso no controle cervical. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Os movimentos violentos de sacudir o bebê são geralmente provocados por um adulto que se irrita pelo choro da criança, ou com algum ato realizado por ela. Também pode ser causada por “brincadeiras” em que uma pessoa com força superior, não considera a fragilidade do corpo do bebê. (CECCONELLO, ANTONI, KOLLER; 2003). Os sintomas podem se apresentar como forma de irritabilidade, diminuição da consciência, dificuldades na respiração e convulsões. E suas sequelas incluem deficiências cognitivas, traumatismos, hemorragias, lesões graves, e até a morte. É importante ressaltar que existem fatores que funcionam como potencializadores desse tipo de agressão. Podem estar associados tanto ao agressor, quanto a vítima e o meio em que vive. Entre esses fatores, podemos citar o uso de drogas e bebidas alcoólicas, problemas psiquiátricos, gravidez não desejada e condições de saúde da criança que exigem maiores cuidados. (PIRES, MIYAZAKI; 2005)

Conclusão: O estudo buscou identificar uma das principais manifestações da violência infantil, alertando para suas causas e consequências. Para os profissionais da área da saúde, é de fundamental importância a capacidade de diferenciar doenças comuns de indícios de maus-tratos, atuando não somente no tratamento, mas também na prevenção e alívio do sofrimento.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.069, 13 de julho de 1990. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Coleção de leis do Brasil, 1990.

CECCONELLO, A. M.; ANTONI, C.; KOLLER, S. H. **Práticas Educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar**. Monografia- Psicologia, UFRGS, 2003, 10f.

FERNANDES, W. L. **Prejuízos Acarretados à Criança Vítima de Síndrome do Bebê Sacudido**. Trabalho de conclusão de curso – Enfermagem, UNAERP, 2010, 10f.

LOPES, N. R. L.; EISENSTEIN, E.; WILLIAMS, L.C.A. **Trauma craniano violento pediátrico: uma revisão de literatura**. Monografia- Psicologia, São Carlos, UFSCAR, 2013, 18f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: MS, 2006.

PIRES, A.L.D.; MIYAZAKI, M.C.O.S. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde**. Tese (Mestrado) – Ciências da saúde, Ribeirão Preto, FAMERP, 2005, 80f.

DOENÇAS FALCIFORMES

Rafaela Vitória Couto¹; Mônica Moretti ²; Analú Silva De Oliveira³; Raissa Munhoz Tigre⁴;
Anderson Aparecido da Silva⁵; Adriana Terezinha de Mattias Franco⁶

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – –rafaelacouto240@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – monica.moretti99@hotmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB analu_euzinha@hotmail.com;

⁴Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – raissa_tigret@hotmail.com;

⁵Professor das Faculdades Integradas de Bauru – FIB – andersonsilvamatematica@gmail.com;

⁶Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -adritmf@gmail.com;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Doenças falciformes, anemia falciforme.

INTRODUÇÃO: O termo doença falciforme engloba um grupo de anemias hemolíticas hereditárias que têm em comum a presença de hemoglobina S dentro da hemácia. Representa a enfermidade hereditária mais prevalente no mundo (GUIMARÃES; MIRANDA; TAVARES, 2009). Ela afeta a hemoglobina (Hb), originando uma hemoglobina anormal denominada S (HbS). Em certas situações ocorre a polimerização da HbS com consequente deformação das hemácias em forma de foice, fenômenos de obstrução vascular, episódios de dor e lesão de órgãos (LOUREIRO; ROZENFELD, 2005). Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o gene pode ser encontrado em frequências de 2% a 6% nas regiões do país, aumentando para 6% a 10% na população afrodescendente brasileira. No Nordeste brasileiro a prevalência do gene é de 3%, chegando a 5,5% no estado da Bahia. Em Pernambuco estima-se uma prevalência de 3,5%, segundo estudo realizado em maternidades públicas do estado (GUIMARÃES; MIRANDA; TAVARES, 2009). Embora tratável, a doença falciforme ainda é incurável. O tratamento precoce comprovadamente aumenta a sobrevivência das crianças afetadas e melhora a qualidade de vida, mas não possibilita a cura clínica. Estas crianças deverão ser acompanhadas ao longo da vida em um centro de tratamento que ofereça uma abordagem abrangente por meio de uma equipe multiprofissional especializada, com avaliações clínicas periódicas e internações hospitalares em situações de risco. Sem o acompanhamento clínico especializado, os benefícios obtidos pelo tratamento precoce não serão consolidados. (RODRIGUES; ARAUJO; MELO, 2010). O reconhecimento tardio de tais doenças pode levar à morte nos primeiros anos de vida. (LOUREIRO; ROZENFELD, 2005)

Objetivos: O objetivo do estudo é a doença falciforme e onde visa-se encontrar as alterações que elas causam no organismo com a visão voltada nos aspectos epidemiológicos e clínicos, apresentando através dele as medidas necessárias nos cuidados gerais dos pacientes que possuem anemia falciforme, visando contribuir na diminuição da mortalidade dos portadores.

Relevância do Estudo: Informar que a anemia falciforme é uma doença hereditária comum que cresce de forma significativa na sociedade, sobretudo em negros.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo teórico de revisão da literatura, com base na contextualização do tema sobre doenças falciforme nos bancos de dados como Scielo e Google Acadêmico.

Resultados e discussões: Os aspectos nutricionais da anemia falciforme ainda são pouco estudados no Brasil, embora a doença apresente uma prevalência significativa na população, principalmente nos afrodescendentes (MATARATZIS; ACCIOLY; PADILHA, 2009). Não há na literatura estudos que evidenciem a frequência esperada de complicações que demandam internações nesses pacientes. Contudo, não se esperava tamanha diferença entre as frequências de internação (LOUREIRO; ROZENFELD, 2005). Cerca de

25 à 30% das crianças portadoras da anemia falciforme entram em óbito antes dos cinco anos de idade. Isso ocorre devido ao fato de, na primeira infância, existir a possibilidade de haver uma auto-esplenectomia decorrente da congestão na polpa vermelha pelo sequestro dos eritrócitos falciformes (ANVISA, 2002; DI NUZZO, et al 2004). Além da morte prematura que podem afetar os pacientes falcêmicos, aqueles que chegam a vida adulta e apresentam crises falcêmicas com certa frequência, apresentam significativa redução na expectativa de vida, sendo de 42 a 53 anos para homens e 48 a 58 anos para mulheres (BRUNETTA, et al; 2010). Com a finalidade de se evitar complicações decorrentes da anemia falciforme são importantes: a realização do diagnóstico neonatal, fazer uso de medicamentos, vacinação contra possíveis agentes que possam agravar o caso, identificação precoce dos primeiros sintomas de alterações fisiológicas e esforços educativos para a instrução da população a respeito da doença. Essas são práticas importantes para a redução da mortalidade infantil (DI NUZZO; et al, 2004; FERNANDES; et al, 2010; SANTOS; CHIN, 2012).

Conclusão: Concluimos que este estudo foi fundamental para esclarecer dúvidas sobre a anemia falciforme e variabilidade que a mesma apresenta. O estudo que acompanhamos nos mostra que as doenças falciformes não apresentam um tratamento específico e que para que haja uma melhor qualidade de vida para os pacientes é necessário medidas preventivas.

Referências

- ANVISA. **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes**. Brasília, 2002.
- BRAGA, J. A. P. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. 3. ed. São Paulo, **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v.29, p. 233-238, 2007.
- BRUNETTA, D. M. Manejo das complicações a Manejo das complicações agudas da doença f da doença f da doença falciforme. 3. ed. Ribeirão Preto, **Medicina**, v.43, p. 231-7, 2010.
- DI NUZZO, D.V. P.; FONSECA, S. F. Anemia falciforme e infecções. Porto Alegre, **J. Pediatr.**, v. 80, n. 5, p.100-109, 2004.
- FERNANDES, A. P. P. C. Mortalidade de crianças com doença falciforme: um estudo de base populacional. Rio de Janeiro, **J. Pediatr.**, v. 90, p. 102-110, 2010.
- GUIMARÃES, T. M. R.; MIRANDA, W. L.; TAVARES, M.M. F. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. São Paulo, **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. v.31, p. 9-14, 2009.
- LOUREIRO, M. M; ROZENFELD, S. Epidemiologia de internações por doença falciforme no Brasil. 6. ed. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p.943-949, 2005.
- MATARATZIS, P. S. R.; ACCIOLY, E.; PADILHA, P. C. Deficiências de micronutrientes em crianças e adolescentes com anemia falciforme: uma revisão sistemática. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 21, p. 230-250, 2009.
- RODRIGUES, C.C. M.; ARAÚJO, I. E. M.; MELO, L. L. A família da criança com doença falciforme e a equipe enfermagem: revisão crítica . 3. ed. São Paulo, **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 32, p. 257-264, 2010.
- SANTOS, J.L.; CHIN, M. C. Anemia falciforme: desafios e avanços na busca de novos fármacos. **Revista Química Nova**. São Paulo, v. 35, n. 4, p. 783-790, 2012.

SÍNDROME DE KLINEFELTER

Lucas Bortolomai¹, Adriana Terezinha de Mattias Franco²

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
lucasbortolomai@hotmail.com

²Professora das Faculdades Integradas de Bauru – FIB – adritmf@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Síndrome de Klinefelter; diagnóstico; anomalia; infertilidade.

Introdução: A síndrome de Klinefelter (SK) é a anomalia de cromossomos sexuais mais comum em homens, com uma prevalência estimada de um em cada 600 homens nascidos vivos (BOJESSEN, JUUL, GRAVHOLT, 2003). Caracteriza-se citogeneticamente pela presença de um cromossomo X extra (47,XXY), que ocorre em cerca de 90% dos casos; porém, variantes da SK, como o mosaicismo (46,XY/47,XXY) e outras aneuploidias mais raras (48,XXX, 48,XXYY, 49,XXXXY) já foram descritas (LANFRANCO et al., 2004). Consiste em uma das causas mais importantes de infertilidade masculina e hipogonadismo primário em nosso meio (HARGREAVE, 2000; JAROW, 2000). Os achados clínicos principais, presentes em quase todos os indivíduos com SK, são os testículos pequenos, a azoospermia e o aumento das gonadotrofinas, em especial do hormônio folículo-estimulante (FSH); porém, outros achados, como ginecomastia, atraso puberal, pilificação pubiana e corporal diminuídas, micropênis, alta estatura, aumento da envergadura em relação à estatura, distúrbios de aprendizado, doenças psiquiátricas, doença venosa periférica, obesidade abdominal, síndrome metabólica, maior risco de doenças autoimunes e câncer, podem ser observados com diferentes frequências de acordo com a população avaliada, a faixa etária incluída e o cariótipo encontrado (PACENZA et al., 2012; KAMISCHKE et al., 2003). Apesar de descrita pela primeira vez há 70 anos (KLINEFELTER, REIFENSTEIN, 1942), a SK continua sendo uma doença pouco diagnosticada, pois os pacientes procuram pouco os médicos, e os médicos nem sempre estão atentos ao diagnóstico (BOJESSEN, GRAVHOLT, 2011). Por isso, apenas cerca de 25% de todos os pacientes adultos com SK são diagnosticados; a maioria durante a investigação de infertilidade e/ou hipogonadismo; e menos de 10% de todos os casos com SK são diagnosticados antes da puberdade (BOJESSEN, JUUL, GRAVHOLT, 2003; ABRAMSKY, CHAPPLE, 1997).

Objetivos: Descrever a incidência, sinais, sintomas e diagnóstico da Síndrome de Klinefelter.

Relevância do Estudo: A Síndrome de Klinefelter é uma síndrome de incidência rara. Portanto, é importante relatar à profissionais da área da saúde bem como toda população sobre características dessa patologia.

Materiais e métodos: Este artigo teve o material de pesquisa bibliográfica realizada na biblioteca eletrônica: Google Acadêmico. Os artigos, utilizados para estudo, são de 1942 à 2012.

Resultados e discussões: A SK, uma das primeiras anormalidades cromossômicas descritas, resulta de uma alteração genética, com cariótipo 47,XXY, levando ao hipogonadismo hipergonadotrófico, azoospermia e hipodesenvolvimento dos caracteres sexuais secundários (GRUNBACH, CONTE, 1998). A redução dos níveis plasmáticos de testosterona é o fator indutor da ginecomastia (MATHEISEL, BABINSKA, WOZNIAK, 2000). A ginecomastia também pode estar presente em casos de hipogonadismo secundário e se caracteriza por um estado de hipogonadotrofismo. As alterações ocorrem na hipófise e no hipotálamo, promovendo deficiência de produção e/ou secreção de hormônios gonadotróficos, que culminam com a redução dos níveis séricos de ICSH e FSH, levando à hipostimulação dos testículos (PENSLER, SILVERMAN, SANGHAVI, 2000) Segundo a

literatura, a ginecomastia está presente em 80 a 90% dos casos, sendo que em 31,25% dos pacientes o cariótipo é do tipo 47,XXY (MATHEISEL, BABINSKA, WOZNIAK, 2000).

Conclusão: Conclui-se que a Síndrome de Klinefelter é uma doença pouco diagnosticada, que afeta, principalmente, homens. Seu diagnóstico precoce é fundamental, pois pode ajudar a prevenir ou minimizar os problemas sérios causados pela síndrome.

Referências

ABRAMSKY L, CHAPPLE J. 47, XXY (Klinefelter syndrome) and 47,XYY: estimated rates of and indication for postnatal diagnosis with implications for prenatal counselling. **Prenat Diagn.**, v.17, p.363-8; 1997.

BOJESEN A, JUUL S, GRAVHOLT CH. Prenatal and postnatal prevalence of Klinefelter syndrome: a national registry study. **J Clin Endocrinol Metab.**, v.88, p.622-6; 2003.

BOJESEN A, GRAVHOLT CH. Morbidity and mortality in Klinefelter syndrome (47,XXY). **Acta Paediatr.**, v.100, p. 807-13; 2011.

GRUNBACH MM, CONTE FA. Disorders of the testes and the male reproductive tract. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, eds. **Williams textbook of endocrinology**. 9th ed. Philadelphia; Saunders., p. 843-4; 1998.

HARGREAVE TB. Genetics and male infertility. **Curr Opin Obstet Gynecol**, v.12, n.3, p.207-19; 2000.

JAROW JP. Klinefelter's syndrome in the male infertility clinic. **J Urol** , v. 163, n.2, p. 667-8; 2000.

KAMISCHKE A, BAUMGARDT A, HORST J, NIESCHLAG E. Clinical and diagnostic features of patients with suspected Klinefelter syndrome. **J Androl.**, v. 24, p. 41-8; 2003.

KLINEFELTER HF JR, REIFENSTEIN EC JR, ALBRIGHT F. Syndrome characterized by gynaecomastia, aspermatogenesis without a-Leydigism, and increase secretion of follicle-stimulating hormone. **J Clin Endocrinol Metab.**, v. 2, p. 615-27; 1942.

LANFRANCO F, KAMISCHKE A, ZITZMANN M, NIESCHLAG E. Klinefelter's syndrome. **Lancet.**, v.364, p. 273-83; 2004.

MATHEISEL A, BABINSKA M, WOZNIAK A. A case with 47,XXY, del (11)(q23) karyotype-coexistence of Jacobsen's and Klinefelter's syndromes. **Genet Couns** , v.11, n.3, p. 267-71; 2000.

PACENZA N, PASQUALINI T, GOTTLIEB S, KNOBLOVITS P, COSTANZO PR, STEWART USHER J. Clinical presentation of Klinefelter's syndrome: differences according to age. **Int J Endocrinol.**, v. 2012, p. 324-835; 2012.

PENSLER JM, SILVERMAN BL, SANGHAVI J. Estrogen and progesterone receptors in gynecomastia. **Plast Reconstr Surg**, v.106, n.5, p.1011-3; 2000.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA DERMATO-FUNCIONAL NO TRATAMENTO DE ESTRIAS UTILIZANDO CORRENTE GALVÂNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Akeimi Maia Kikuchi¹; Isabela Alves Moraes¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
brunakikuchi@hotmail.com;

²Professor do Curso Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Corrente Galvânica, estrias, tratamento, fisioterapia, dermatofuncional.

Introdução: Recentemente a especialidade fisioterapia estética, descrevem Milani, Farah e João (2006) teve a denominação substituída por fisioterapia dermatofuncional, em uma tentativa de ampliar a área, conferindo-lhe a conotação de restauração de função, além da anteriormente sugerida, que era apenas de melhorar ou restaurar a aparência. O fisioterapeuta é o profissional capaz de avaliar o paciente, estabelecer as etapas do tratamento, selecionar e quantificar os recursos, métodos e técnicas apropriadas a cada caso. Ao observarmos os recursos utilizados na estética atual, verificamos que a fisioterapia domina tais recursos, tanto no aspecto teórico quanto no prático (AMARAL e BENITES, 2007). As estrias são consideradas irreversíveis, mas dentre os inúmeros tratamentos oferecidos pela estética para amenizar a aparência das mesmas está a microgalvanopuntura, caracterizada pela introdução subdérmica de uma agulha fina associada à corrente galvânica, ao longo da estria, afim de causar uma pseudo lesão, gerando uma pequena inflamação local, com o propósito de estimular a produção de colágeno (Guirro e Guirro, 2007). O trauma causado pela agulha causa hiperemia e edema na região tratada, dando origem ao processo inflamatório: aumento da atividade metabólica, formação do exudado inflamatório e epitelização, esta caracterizada pelo acúmulo de fibroblastos jovens e proliferação dos capilares (neovascularização), gerando um processo de recuperação das estrias (Lopes e Souza, 2017).

Objetivos: Descrever através de uma revisão de literatura a utilização da corrente galvânica como um recurso fisioterapêutico de tratamento de pele estriada.

Relevância do Estudo: Ampliar o conhecimento e as informações no campo da fisioterapia dermatofuncional, que é relativamente nova da fisioterapia.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica em artigos científicos disponíveis nos bancos de dados online como Scielo, Lilás, Google acadêmico.

Resultados e discussões: Por ser uma área de atuação muito recente, Milani, Farah e João (2006) comentam que a pesquisa científica efetuada por profissionais que aí atuam ainda é escassa. A estria é encontrada tanto em homens quanto em mulheres, acometendo 2,5 vezes mais as mulheres. De acordo com Guirro e Guirro (2007) por meio de estudo de caso com 20 sessões de aplicação em estrias brancas, mostraram epiderme mais espessa, aumento da quantidade de fibroblastos, fibras de colágeno e elastina, e aumento do número de vasos, havendo, portanto reparação tecidual após o tratamento, com conseqüente melhora do aspecto cutâneo, comprovando que a corrente galvânica possui eficácia quando aplicada em estrias e comentam Milani, Farah e João (2006) e Amaral e Benites, 2007) que a inflamação é caracterizada por um complexo de alterações sequenciais nos tecidos, em resposta a uma lesão causada por bactérias, traumas, agentes químicos, calor entre outros fenômenos, e quando a resposta inflamatória for mais persistente, o resultado tende a ser melhor. Em adolescentes do sexo feminino, aparecem de doze a quatorze anos e em adolescentes do sexo masculino, entre doze e quinze anos. Visto com frequência em obesos, gestantes e pessoas usuários de esteróides (GUIRRO e GUIRRO, 2007). De

acordo com Agne (2009), apesar do seu aparecimento frequente ainda não se sabe ao certo a sua etiologia, apenas que a sua origem se dá pela produção de glicocorticoides, ocorrendo assim muitas vezes durante gravidez, obesidade e adolescência. Segundo Agne (2009), a eletroterapia é uma grande aliada à fisioterapia, e oferece recursos que fazem à estimulação de diferentes sistemas orgânicos com objetivos diferentes. O uso da corrente microgalvânica é um desses recursos que associado aos efeitos da corrente elétrica juntamente com a agressão da agulha, origina um processo inflamatório agudo desejável no trajeto da estria, sendo ela preenchida por um exsudato inflamatório contendo leucócitos, eritrócitos, proteínas plasmáticas, fásias de fibrina, e que de acordo com Lopes e Souza (2017) existe uma regeneração de fibras de colágeno e da elastina, surgindo uma neovascularização, retorno da sensibilidade promovendo um melhor aspecto estético da pele. Parte da dificuldade em determinar sua etiologia deve-se ao fato de estarem relacionadas a diferentes situações clínicas. Podem aparecer por um repentino estiramento da pele, com consequente ruptura ou perda de fibras elásticas, podendo decorrer de crescimento rápido, aumento de peso ou gravidez. Podem estar relacionadas a alterações endocrinológicas, principalmente associadas a corticoides e ao estrogênio. O exercício vigoroso e algumas infecções como febre tifoide e hanseníase também são apontados como causadores de estrias.

Conclusão: A atuação da Fisioterapia no campo da dermato-funcional é recente, contudo, este levantamento bibliográfico permitiu observar que as pesquisas obtiveram resultados positivos em relação da utilização da corrente galvânica no tratamento para melhorar o aspecto das estrias, tal tratamento depende de variações como o número de sessões, cor da pele, idade, tamanho das estrias, e que o resultado final pode variar de um paciente para outro.

Referências

AGNE, J. E. **Eu sei eletroterapia**. Santa Maria: Pallotti, 2009.

AMARAL, C.N; BENITES, J.C.W. Tratamentos em estrias: Um levantamento teórico da microdermoabrasão e do peeling químico; **Dissertação(Graduação) Balneário Camboriú:** Curso Cosmetologia e Estética da Uni do Vale do Itajaí, 2007.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato Funcional:** Fundamentos, Recursos e Patologias. 3. ed. São Paulo: Manole, 2007.

LOPES, C.T; SOUZA, A.W; O efeito da microgalvanopuntura nas estrias atróficas nascaradas: Revisão bibliográfica; **Trabalho de Conclusão (Graduação) Curitiba:** Universidade Tuiuti do Paraná, Curso Tecnologia em Estética e Imagem Pessoal, 2017.

MILANI, G.B.; JOÃO, S.M.S.; FARAH, E.A., Fundamentos da fisioterapia dermato-funcional: Revisão de literatura. **Revista Fisioterapia e pesquisa**, v.13, n.1, p.37-43, 2006.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERA EM PÉ DIABÉTICO - REVISÃO DE LITERATURA

Dharayana de Araújo Figueiredo¹; Ana Caroline Moura Santos¹; Camila Aparecida Silveira¹;
Giovana Almeida de Oliveira¹; Leticia Lamonica¹; Cintia Zacaib Silva².

¹Alunas de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
dhara.araujof@hotmail.com;

²Professora Mestra do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru –
FIBcintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Diabetes mellitus, pé diabético, prevenção, fisioterapia.

Introdução: Caracteriza-se como pé diabético (PD) o termo empregado para nomear as diversas alterações e complicações ocorridas, isoladamente ou em conjunto, nos membros inferiores dos diabéticos, ocorrendo em média após 10 anos de evolução diabética (BORTOLETTO et al., 2010). Essa suscetibilidade favorece lesões decorrentes de neuropatia periférica, que acometem de 80 a 90% dos casos, bem como doença vascular periférica e deformidades (BOULTON, 2004). É uma das cruciais causas de amputação não traumática podendo ser prevenido através da identificação precoce do grau de risco em desenvolver úlcera no pé. Começa com lesão de tecidos moles, formação de fissura entre os dedos ou na área do pé onde contém pele ressecada (CAIAFA, 2011). Nessa direção, esforços têm sido empreendidos na divulgação da necessidade de atenção aos cuidados com os pés (PEDROSA et al., 1998). O Consenso Internacional sobre pé diabético, reforçando os relatos de estudos diversos sobre amputação nesses pacientes, sugere ações multiprofissionais para se atingir a redução de 50% nas amputações desejada na European Declaration of St Vincent: inspeção dos pés desses indivíduos durante as visitas clínicas, uso de calçados adequados, educação para o autocuidado e acompanhamento contínuo daqueles que já apresentaram lesões nos pés (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Nesse sentido, a atuação do fisioterapeuta dentro da equipe que assiste os portadores de diabetes constitui-se em contribuir na educação dos sujeitos (KRISHNAN et al., 2008).

Objetivos: Descrever a importância da intervenção fisioterapêutica na prevenção de úlcera no pé diabético.

Relevância do Estudo: Demonstrar que por meio de protocolos de avaliações e intervenções, o fisioterapeuta ajuda na prevenção da úlcera no pé diabético.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica em sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico, utilizando as palavras chaves pé diabético, diabetes mellitus e fisioterapia, utilizando artigos publicados do ano 1998 até 2015.

Resultados e discussões: A prevenção das complicações à saúde do diabético, pode ser realizada a partir de avaliações simples e de baixo custo (COMDESSONCHE, 2009). Uma avaliação criteriosa, acompanhamento regular, conscientização sobre os cuidados com os pés, entre outras medidas, podem reduzir e/ ou prevenir os agravos advindos do DM. Entende-se que a intervenção fisioterapêutica, depende do exame físico do paciente e abordagem fisioterapêutica. Após diagnosticado as alterações visibilizadas, o fisioterapeuta deverá adotar na atenção primária nesse indivíduo a orientação e educação em saúde, definir conduta fisioterapêutica para melhorar a circulação periférica, cuidados com os pés como a higienização, corrigir alterações biomecânicas, melhorar a marcha do paciente, orientar calçados com palmilhas adequadas por causa da perda da sensibilidade, deformidade óssea e do arco plantar, exercícios cinesioterapêuticos para descarga de peso e ganho de amplitude de movimento, redução da dor e edema caso seja diagnosticado (SOUZA e MEJIA, 2015). O profissional deve estar capacitado para realizar uma boa

abordagem na anamnese e exame físico, com uso de classificação de risco, classificação de Wagner e protocolos para avaliação do paciente (SUMPIO, 2000). Portanto, o tratamento com o fisioterapeuta se faz necessária e indispensável na prevenção de úlcera, deformidades, alterações biomecânicas e vascular, podendo evitar compressão, traumas repetitivos e descarga de peso na área do pé (SOUSA e MEJIA, 2015).

Conclusão: Juntamente com uma equipe multidisciplinar, as ações de intervenção tomadas pelo fisioterapeuta como decisão para prevenção de úlcera no pé diabético reduzem o número de indivíduos internados e amputados por causa da DM.

Referências

BARROS, F. B. M. O fisioterapeuta na saúde da população: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Rev. **Fisiobrasil**. v. 3, n.6, p.371-376, 2002.

BORTOLETTO, M. S.S.; VIUDE, D.F.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. Caracterização dos portadores de diabetes submetidos à amputação de membros inferiores em Londrina, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v.32, n.2, p.205-213, 2010.

BOULTON, A. J. M. The diabetic foot: from art to science. The 18th Camilo Golgi Lecture. **Diabetologia**, n.47, p.1343-53, 2004.

CAIAFA, J.S. Manual Pé Diabético. Atenção integral ao portador de Pé Diabético, **Rev Vasc Bras**. v.10, n.4, S2. 2011,

CAMDESSANCHE, J. P.; JOUSSERAND, G.; FERRAUD, K.; VIAL, C.; PETIOT, P.; HONNORAT, J.; et al. The pattern and diagnostic criteria of sensory neuropathy: a case-control study. **Brain**, v.7, p.1723-33, 2009.

KRISHNAN, S.; NASH, F.; BAKER, N.; FOWLER, D.; RAYMAN, G. Reduction in diabetic amputations over 11 years in a defined U.K. population: benefits of multidisciplinary teamwork and continuous prospective audit. **Diabetes Care**, v.1, p.99-101, 2008.

LELLIS, V. L. Avaliação, prevenção e intervenção no "pé em risco". Rev. **Diabetes Clín**, p.371-75, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Consenso internacional sobre pé diabético**, 2001.

PEDROSA, H. C.; NERY, E. S.; SENA, F.V.; NOVAES, C.; FELDKIRCHER, T.C.; DIAS, M. S. O.; et al. O desafio do projeto Salvando o Pé Diabético: terapêutica em diabetes. Rev. **BoIMéd Centro B-D de Educ Diabetes**, v.4, p.1-10, 1998.

SOUSA, W. M. P.; MEJIA, D. P. M. **Intervenção fisioterapêutica na prevenção de úlcera em pé diabético: Revisão Literária**. 2015. Mestrado (Fisioterapia) Faculdade Faipe. Cuiabá/MT.

TRATAMENTO A LASER DE BAIXA POTÊNCIA NO REPARO TECIDUAL: REVISÃO DE LITERATURA

Giovana Almeida de Oliveira¹; Ana Caroline Moura Santos¹; Dharayana de Araújo Figueiredo¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Alunos do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
giovanalmda@gmail.com;

²Professor Doutor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: raio laser, tratamento, cicatrização.

Introdução: O laser representa um dispositivo constituído por substâncias de origem sólida, líquida ou gasosa que produzem um feixe de luz, frequentemente denominado de “raio laser”, quando excitadas por uma fonte de energia. Tal dispositivo pode ser classificado de duas maneiras: lasers de alta potência ou cirúrgicos, com efeitos térmicos apresentando propriedades de corte, vaporização e hemostasia e lasers de baixa potência ou terapêuticos, apresentando propriedades analgésicas, anti-inflamatórias e de bioestimulação (SILVA et al., 2007; BARROS et al., 2008). A radiação emitida pelos lasers de baixa potência tem demonstrado efeitos analgésicos, anti-inflamatórios e cicatrizantes, sendo, por isso, bastante utilizada no processo de reparo tecidual, em virtude das baixas densidades de energia usadas e comprimentos de onda capazes de penetrar nos tecidos (BARROS et al., 2008; CATÃO, 2004).

Objetivos: Demonstrar a ação e eficácia do laser no processo de reparo tecidual.

Relevância do Estudo: Demonstrar a ação do laser de baixa potência na regeneração tecidual, contribuindo para a cicatrização.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica em sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico, utilizando as palavras chaves laser e reparo tecidual.

Resultados e discussões: Atuando em nível celular, o laser de baixa potência provoca modificações bioquímicas, bioelétricas e bioenergéticas, atuando no aumento do metabolismo, na proliferação e maturação celular, na quantidade de tecido de granulação e na diminuição dos mediadores inflamatórios, induzindo o processo de cicatrização (SILVA et al., 2007; BOURGUIGNON et al., 2005). As ações anti-inflamatórias e antiedematosas exercidas pelo laser ocorrem mediante a aceleração da microcirculação, que resulta em alterações na pressão hidrostática capilar, com reabsorção do edema e eliminação do acúmulo de metabólitos intermediários (CAMELO, 2007). A monocromaticidade e a intensidade da luz laser provocam a excitação seletiva de átomos e moléculas. Estudos mostram que a terapia a laser eleva os níveis de ácido ascórbico nos fibroblastos, aumentando, com isso, a formação da hidroxiprolina e, conseqüentemente, a produção de colágeno, visto que o ácido ascórbico constitui um cofator necessário à hidroxilação da prolina durante a síntese colagênica (CONLAN, RAPPLEY e COBB, 1996). A radiação emitida pelo laser terapêutica também afeta as células, por modular a produção de fatores de crescimento. A terapia a laser de baixa intensidade influencia mudanças de caráter metabólico, energético e funcional, uma vez que favorece o aumento da resistência e vitalidade celular, levando os tecidos a um rápido retorno à sua normalidade (CATÃO, 2004). O laser terapêutico aumenta a atividade fagocitária dos macrófagos durante a fase inicial do processo de reparo, aproximadamente seis horas após o trauma, facilitando a limpeza da ferida e estabelecendo as condições necessárias à fase proliferativa subsequente (WALSH, 1997). Em nível vascular, o laser de baixa potência estimula a proliferação das células endoteliais, resultando na formação de numerosos vasos

sanguíneos, na produção aumentada do tecido de granulação, estimulando o relaxamento da musculatura vascular lisa e contribuindo, assim, para os efeitos analgésicos da terapia a laser (WALSH, 1997).

Conclusão:

O uso do laser terapêutico de baixa potência provoca reações nas células teciduais afetando também nível vascular, acelerando o processo de reparo.

Referências

BARROS F.C.; ANTUNES S.A.; FIGUEREDO C.M.S.; FISCHER R.G. Laser de baixa intensidade na cicatrização periodontal. **R Ci Med Biol**, v.9, p. 7:85, 2008.

BOURGUIGNON, A. M. F.; FEITOSA, R. C. A.; BELTRÃO, G. C.; PAGNONCELLI, M. R. Utilização do laser de baixa intensidade no processo de cicatrização tecidual. Revisão de literatura. **Rev Port Estomatol Cir Maxilofac**, v. 46, p. 37-43, 2005.

CAMELO, F. P. Avaliação clínica do efeito da irradiação pós-operatória do laser de baixa intensidade na cicatrização de gengivoplastias em humanos [Dissertação]. **Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, 2007.

CATÃO, M. H. C. V. Os benefícios do laser de baixa intensidade na clínica odontológica na estomatologia. **Rev Bras Patol Oral**, v. 8, p.3:214, 2004.

CONLAN, M. J.; RAPLEY, J. W.; COBB, C. M. Biostimulation of wound healing by low-energy laser irradiation. **J Clin Periodontol**, v.6, p.23:492, 1996.

SILVA, E.M.; GOMES, S.P.; ULBRICH L.M.; GIOVANINI, A.F. Avaliação histológica da laserterapia de baixa intensidade na cicatrização de tecidos epitelial, conjuntivo e ósseo: estudo experimental em ratos. **Rev Sul-Bras Odontol**, v.4, p.29-35, 2007.

WALSH, L. J. The current status of low level laser therapy in dentistry. Part 1. Soft tissue applications. **J Austr Dental**, v.54, p.42:247, 1997.

DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Joice Polido¹; Isabella Duque Gaido¹, Ana Paula Marques¹; Marina Campos Guijarro¹; Nádia Cristina Silverio de Souza¹; Cintia Zacaib Silva²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru– FIB –joice_polido@icloud.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru –
cintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: HIV em adolescentes, DST em adolescentes, prevenção de DST em adolescentes, tratamento DST.

Introdução: As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) são doenças infecciosas disseminadas pelo contato sexual desprotegido ou por uso inadequado de preservativos, estes fatores também podem ocasionar uma gravidez indesejada (CAMPOS et al., 2014). As DST's são comuns em jovens de 14 a 29 anos e os universitários são a população mais exposta a essas doenças. Entre elas, as de maior importância e recorrência clínica é a gonorréia, sífilis, tricomoníase, o cancroide, o herpes genital, as verrugas genitais, as infecções por clamídia, pelo vírus da hepatite B e pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV, manifestam-se por feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas, com predomínio na genitália externa. Mas também podem acometer a próstata, o útero, os testículos e outros órgãos internos (CASTRO et al., 2015). Não se encontra exatidão quanto à incidência de doenças sexualmente transmissíveis nos adolescentes. Há pouca utilização do preservativo. Além disso, a violência sexual prevalece contra os adolescentes, estes não atingem a persuasão para fazer uso do preservativo durante o ato e costumam se relacionar com indivíduos mais velhos. Sendo que o homem possui maior influência durante a relação sexual, inibindo a sua parceira de controlar o ritmo e a sua segurança. O modelo da dominação masculina contribui significativamente nas mulheres jovens, que possuem sua natureza e papel social frágil. Ainda, a inexistência de sintoma de infecção genital, o pouco conhecimento sobre o vírus, a adesão por atos sexuais desprotegidos e a composição física da mulher como recebedora no sexo são agentes que colaboram para elevar a chance de contágio por HIV. Quanto ao âmbito social, a pobreza junto à baixa instrução favorece o aumento da ameaça de contágio (TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O. e BORTOLOTTI, L. R., 2015). As diferenças sociais são significantes à conduta de risco. A utilização de substâncias psicoativas está relacionado à atividade sexual precoce e sobretudo ao sexo desprotegido, sendo considerável a prática combinada desses fatores. Nesse sentido a escola é considerada um suporte à promoção do bem-estar e da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, sendo um meio para prevenir a gravidez indesejada e DSTs (CAMPOS et al., 2014).

Objetivos: Estudar as DST'S na adolescência, os métodos de prevenção e tratamento.

Relevância do Estudo: Hoje em dia com o início sexual cada vez mais cedo, é de extrema importância este estudo viabiliza-se pelo seu conteúdo informativo sobre DST no período da adolescência, e contribui para melhorias na qualidade de vida das pessoas acometidas, por informações sobre o tratamento e métodos de prevenção.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica coletando informações sobre as DST'S, sua incidência, etiologia, forma de tratamento e prevenção, realizada na biblioteca eletrônica da scielo. Foram utilizados nas buscas pelas vias-chaves de: HIV em adolescentes, DST em adolescentes, prevenção de DST em adolescentes, tratamento DST. Os artigos utilizados para o estudo foram pesquisados entre os anos de 2004 a 2017.

Resultados e discussões: É importante ressaltar que cada DST têm um tratamento específico e só o profissional de saúde poderá analisar e indicar a intervenção de modo correto, para a prevenção, recomenda-se a informação de maneira direcionada a instruir o sujeito a perceber os fatores de risco, levando-o a conceber mudanças nos hábitos sexuais e utilizar preservativos. A única forma de prevenir o contágio pelo HIV/AIDS é a modificação dos hábitos de risco com ações preventivas. O preservativo ao ser utilizado corretamente é eficaz contra as doenças, outras DST'S e a gravidez (BESERRA et al., 2008). No entanto, não devemos desconsiderar outras formas de conter o risco de infecção pelo HIV/AIDS como a orientação sobre a iniciação sexual, fidelidade mútua, diminuição do número de parceiros e abandono de práticas sexuais de risco. Torna-se necessário que estratégias eficazes sejam elaboradas para atingir este objetivo, além disso, os adolescentes precisam ser escutados durante o processo pois não adianta apresentar-lhes soluções prontas (TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. e PAULA, M. C., 2004).

Conclusão: Concluiu-se que conforme menor a idade de iniciação sexual, maior a chance de não realizar-se o sexo seguro, pela falta de maturidade nesta fase da vida, pela passividade em meio à violência sexual ou a disparidade de influência entre os gêneros presentes na sociedade. Portanto, a entrega grátis de camisinha nos postos de saúde já é uma ótima prática exercida no Brasil, porém, além disto, a equipe da área da saúde pode conscientizar a população sobre as práticas, consequências, prevenções para o sexo seguro através de campanhas sociais, panfletos, programas que atinjam as pessoas com vida sexual ativa e as que vão entrar nesta fase.

Referências

BESERRA, E. P.; PINHEIRO, P. N. C.; ALVES, M. D. S.; BARROSO, M. G. T. Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: Uma pesquisa documental. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.20, n.1, p. 32-35, 2008.

CAMPOS, M. O.; NUNES, M. L.; MADEIRA, F. C.; SANTOS, M. G.; BREGMANN, S. R.; MALTA, D. C.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Comportamento Sexual em Adolescentes brasileiros, pesquisa nacional de saúde do escolar (Pense 2012). **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, p.116-130, 2014.

CASTRO, E. L.; CALDAS, T. A.; MORCILLO, A. M.; PEREIRA, E. M. A.; VELHO, P. E. N. F. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p. 1975-1984, 2016.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev. Panamericana de Salud Pública**, v.37, n.4-5, p. 324-329, 2015.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo de fatores de risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 3, p. 210-214, 2004.

ALTERAÇÕES POSTURAS NA FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE PROGRESSIVA

Ednara Ferreira Dos Santos¹; Ananda Da Silva Jerônimo¹; Bruna Pimentel Da Rocha¹,
Ketilly Christini Correa Campos¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru - FIB - ednatafs@gmail.com;

²Professor do Curso de Fisioterapia – FIB - reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: fibrodisplasia ossificante progressiva, alteração postural.

Introdução Fibrodisplasia Ossificante Progressiva (FOP) é uma rara doença hereditária, autossômica dominante do tecido conectivo na qual anormalidades esqueléticas estão associadas à ossificação endocondral progressiva da musculatura estriada, levando a imobilização permanente (PINZAS et al., 2013).

O paciente geralmente apresenta ossificação progressiva do tecido conjuntivo, que causa uma limitação crescente da mobilidade osteoarticular, afetando principalmente a coluna vertebral, ombros, quadril e articulações periféricas. Este aspecto caracteriza a forma avançada da doença, recebendo a denominação de síndrome do “*stone man*”.

(ARAUJO JÚNIOR et al., 2005).

A progressão da lesão parece seguir, geralmente, um curso típico. Durante as primeiras semanas, a lesão inicial pode ser inflamatória com dor, eritema, edema e calor. Na fase intermediária o edema regride e, tardiamente, desaparece por completo, permanecendo uma lesão endurecida (PAIM et al., 2003).

A FOP é uma doença crônica com evolução variável. O curso da doença é caracterizado por períodos de remissões e exacerbações, já que as áreas ossificadas tendem a permanecer estáveis. As limitações e deformidades evolutivas mais frequentes são: subluxação atlanto-axial, escoliose, cifose, torcicolos, limitação da abertura da boca por restrição do esternocleidomastóideo e da musculatura próxima da articulação temporomandibular, perda da acuidade auditiva por calcificações e fusões de ligamentos, tendões e ossos do ouvido médio (PAIM et al., 2003).

Os sintomas da FOP são variáveis, com a maioria dos doentes apresentando calcificação das partes moles antes mesmo dos dez anos de idade. A idade média de início é em torno dos 3,6 anos. O quadro clínico caracteriza-se por sinais inflamatórios, por vezes acompanhados de expansões dolorosas, endurecimento dos tecidos periarticulares e perda progressiva da capacidade funcional da área afetada, sendo sua progressão no sentido axial-caudal e proximal-distal. Destaca-se o início quase sempre na musculatura espinhal superior. A evolução da doença pode conduzir à fusão das articulações costovertebrais e o envolvimento assimétrico da musculatura paravertebral pode determinar o aparecimento de escoliose (ARAUJO JÚNIOR et al., 2005).

Objetivos: Verificar através da literatura as alterações posturais causadas pela fibrodisplasia ossificante progressiva.

Relevância do Estudo: É importante intervir no desenvolvimento desta doença por toda a incapacidade que gera aos pacientes e a carga que representa para sua família e à sociedade, sendo factível no âmbito da atenção primária, já que o diagnóstico definitivo depende da avaliação clínica, quando há associação da ossificação progressiva de tecidos moles com a malformação dos primeiros artelhos.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico. As palavras chaves utilizadas são Fibrodisplasia Ossificante Progressiva, alteração postural.

Resultados e discussões: A FOP deve ser prontamente identificada baseando-se apenas na história clínica, no exame físico e nos achados radiográficos. Não deve ser realizado

procedimento invasivo para determinação diagnóstica, pois tal fato é invariavelmente seguido de ossificações na região (ARAUJO JÚNIOR, et. al., 2005). Traumas e lesões (traumas cirúrgicos, injeções intramusculares, lesões musculares) em tecidos moles desencadeiam a formação de nódulos inflamatórios, dolorosos ou não, que ao longo de algumas semanas se ossificam (CAMPOS, et al., 2005).

A deformidade mais característica desta doença e que sempre deverá suscitar a hipótese de FOP é o encurtamento bilateral com valgismo dos primeiros pododáctilos. Má-formações da mão também podem estar associadas, sendo observado encurtamento do primeiro metacarpiano e braquimesofalangismo com clinodactilia do dedo mínimo. (ARAUJO JÚNIOR et al., 2005).

Alguns autores consideram que o gene mutante age sobre os vasos sanguíneos, sua degeneração ocasionalmente causa sangramento com depósito de fibrina. Fibrinólise e formação de cartilagem e os ossos são provavelmente mudanças secundárias.

(RIQUÉLME et al., 2006). Malformações congênitas simétricas de mãos e pés ocorrem em até 90% dos casos, sendo consideradas essenciais para o diagnóstico. As anormalidades congênitas mais frequentes são: hipoplasia de polegares e háluces, hálux valgo; sendo estes em razão do encurtamento da primeira falange. Outras alterações descritas são: clinodactilia dos dedos; sindactilia, microdactilia, adactilia e anquilose das articulações interfalanganianas e metatarsofalanganianas. Anormalidades adicionais incluem adelgaçamento da cortical na porção medial e proximal da tíbia, estreitamento do canal medular lombar, diminuição do ângulo epicôndilo-umeral, encurtamento e alargamento da cabeça femoral, hipoplasia do corpo vertebral, dos discos intervertebrais e pedículos, alargamento dos processos espinhosos das vértebras, fusão dos corpos vertebrais cervicais e espinha bífida (PAIM et. al., 2003). A fisioterapia motora traz grandes benefícios ao fortalecer a musculatura não envolvida e a musculatura respiratória, melhorando, assim, a capacidade respiratória desses pacientes, uma vez que as principais causas de óbito são: insuficiência respiratória e pneumonia pela restrição da expansibilidade torácica (PAIM et al., 2003).

Conclusão: Até o presente momento, não há terapêuticas efetivas para impedir a progressão da doença. Várias drogas são sugeridas no tratamento da FOP como: quelantes do cálcio (EDTA), extratos de paratireóide, vitamina D, ácido ascórbico, ácido retinóico, warfarin, citrato de potássio e bisfosfonatos.

Referências

ARAUJO JUNIOR, C. R.; CARVALHO, T. N.; COSTA, M. A. B.; LOBO, L. V.; FONSECA, C. R.; TEIXEIRA, K. S.; Fibrodissiplasia Ossificante Progressiva: Relato de caso e achados radiográficos. **Radiol. Bras.**, v. 38, n.1, p.69-73, 2005.

CAMPOS, D. M.; RENCK, D. V.; BEBBER, F. E.; MARQUETTO, I. B.; BRUM, L. F.; MENDES, L. Fibrodissiplasia ossificante progressiva: relato de caso. **Radiol. Bras.**, v.38, n.5, sept./oct., 2005.

PAIM, L. B.; LIPHAUS, B. L. ; CAMPOS, L. M. M. A. ; KIM, C. A. ; KISS, M. H. B.; SILVA, C. A. A.; Fibrodissiplasia Ossificante Progressiva (FOP) em crianças: relato de três casos. **Rev. Bras. Reumatol.**, v.43, n.2, p.123-128, mar. /abr., 2003.

PINZAS, J. G.; WONG, J. E. B.; FERNÁNDEZ, M. A. P.; ESPINOZA, M. A. R.; Fibrodissiplasia ossificante progressiva: diagnóstico em atenção primária. **Rev. Paul. pediatr.**, v.31, n.1, São Paulo Jan./Mar., 2013.

RIQUÉLME, GUTIÉRREZ L.; OSORIO PÉREZ G.; GONZÁLEZ DÍAZ R.; VENTURA VALDEZ A.; CÚRVELO ESCALONA A. Fibrodissiplasia ossificante progressiva. **Patología del aparato locomotor**, v.4, n. 4,p. 287-290, 2006.

UTILIZAÇÃO DA TERMOGRAFIA NA SÍNDROME DA DOR FEMOROPATELAR

Mariana Carvalho Trombini¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Aluna do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – ;
mariana_carvalho97@hotmail.com

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB;
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: termografia, síndrome da dor femoropatelar, thermography, diagnóstico.

Introdução: A termografia consiste em um exame que capta a radiação infravermelha do corpo, mensurando a distribuição da temperatura por meio de imagens sem o contato físico (LUCAS; BRIOSCHI, 2016). As imagens obtidas na câmera apontam diferenças de temperatura que podem estar relacionadas tanto a processos fisiológicos quanto patológicos (LIMA et al.2015). Segundo Sanches, (2009), para identificar alterações nas imagens produzidas e facilitar a interpretação da temperatura, são utilizadas pseudo-cores na escala de cinza para que se observe uma imagem colorida. Regiões apresentadas como pontos quentes geralmente apresentam vascularização aumentada devido à processos inflamatórios intensos. Já pontos frios são vistos quando há presença de edema e trombose vascular por exemplo. A Síndrome da Dor Femoropatelar (SDFP) pode ser definida como presença de dor anterior no joelho, sem outra patologia diagnosticada. Sua etiologia ainda é desconhecida, porém a mais aceita seria o mau alinhamento patelar, sendo o precursor primário para desencadear a SDFP (GRAMANI et al.,2006). Os sintomas mais comuns são dor durante e após atividade física, durante caminhada, subir e descer escadas e permanecer em flexão de joelho por tempo prolongado (THOMÉÉ; AUGUSTSSON; KARLSSON, 1999). Apesar de sua alta incidência, seu tratamento ainda é indefinido, sendo mais utilizado o tratamento conservador. Dessa maneira, a Fisioterapia poderá utilizar a termografia para avaliar, diagnosticar e quantificar a Síndrome da Dor Femoropatelar, aumentando a chance de uma conduta de tratamento mais eficaz nesses casos (BRIOSCHI et al., 2002).

Objetivos: Por meio de uma revisão de literatura o estudo irá verificar a utilização da termografia para avaliar e diagnosticar pacientes com Síndrome da Dor Femoropatelar.

Relevância do Estudo: O presente estudo pretende demonstrar se a termografia é eficaz para quantificar e avaliar a Síndrome da Dor Femoropatelar.

Materiais e métodos: Revisão de literatura realizando busca nos bancos de dados: Pubmed, Bireme, Lilacs até o ano de 2016.

Resultados e discussões: A termografia infravermelha irá, portanto, mensurar e mapear o grau e as mudanças das temperaturas da pele. Levando em consideração que o ser humano é caracterizado como homeotérmico, podemos dizer que um indivíduo normal, apresenta simetria térmica cutânea, ou seja, a temperatura da pele afeta ambos os lados do corpo de maneira simultânea. Para diagnosticar qualquer assimetria térmica, é necessário verificar a diferença de temperatura média direita e esquerda. Valores acima de 0,3° C será um indicativo de anormalidade, maior que 0,6° C é fortemente significativa anormalidade e acima de 1° C é considerada anormalidade significativa (LUCAS e BRIOSCHI, 2016). A termografia, com os recursos tecnológicos que a acompanham nos dias de hoje mostra-se como promissor meio auxiliar diagnóstico de patologias músculo-tendíneas agudas, onde há exacerbação da atividade física e possivelmente processo inflamatório associado. Podemos também pensar em seu uso como triagem em casos de a Síndrome da Dor Femoropatelar (SDFP), visto que está associada de maneira frequente nestes casos, como fator agravante e nem sempre há na rede assistencial profissional médico habilitado ao exame físico

específico necessário ao diagnóstico clínico de SDFP, e, outros exames subsidiários (ecografia, eletroneuromiografia, RX) mostram-se normais. A possibilidade de objetivamente acompanhar resultados de tratamentos nestes casos, em geral longos e onerosos, possibilita uma maior relação custo X benefício das indicações terapêuticas (BRIOSCHI et al., 2002).

Conclusão: Como escrito pelos autores, à imagem infravermelha é exame totalmente seguro, útil no diagnóstico e acompanhamento mais objetivo na SDFP. Uma vez que as síndromes dolorosas fazem parte da prática neuromúsculo-esquelética diária, a imagem infravermelha é de grande valia na clínica podendo auxiliar na reabilitação mais rápida e efetiva do paciente com síndrome dolorosa. A aplicação da imagem infravermelha como recurso complementar de diagnóstico em infortunística ou doenças profissionais torna-se importantes na medida em que esta aplicação é feita.

Referências

BRIOSCHI, M. L.; CIMBALISTA, J. M.; SAITO, R. T.; OLIVEIRA, T.; MARTINELLI, P.; BERTASSONI, N. L. Termografia infravermelha computadorizada: uma nova ferramenta na quantificação da resposta fisioterapêutica. **Fisioter. Mov.**, v.14, n.2, p. 43-46, 2002.

GRAMANI, S. K.; PULZATTO, F.; SANTOS, G. M.; VASSIMON, B. V.; SIRIANI, O. A.; BEVILAQUA, G. D.; MONTEIRO, P. V. Efeito da rotação do quadril na síndrome da dor femoropatelar. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n 1, p. 75-81, 2006.

LIMA, R. P. S.; BRIOSCHI, M. L.; TEIXEIRA, M. J.; NEVES, E. B. Análise termográfica de corpo inteiro: indicações para investigação de dores crônicas e diagnóstico complementar de disfunções secundárias. **Pan American Journal of Medical Thermology**, v.2, n.2, p. 70-77, 2015.

LUCAS, R. W. C.; BRIOSCHI, M. L. **Termografia aplicada à fisioterapia**. 1ª ed. Florianópolis: Sistema Wallace Consultoria Ltda, SC, 2016.

SANCHES, I. J. **Sobreposição de imagens de termografia e ressonância magnética: uma nova modalidade de imagem médica tridimensional**. 2009. 170 f. Tese Doutorado, Curitiba: Universidade Tecnológica do Paraná/PR.

THOMÉÉ, R.; AUGUSTSSON, J.; KARLSSON, J. Patellofemoral Pain Syndrome. **Sports Medicine**, v. 28, n. 4, p.245-262, 1999.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REDUÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Fabiana de Paula Teixeira¹; Ananda da Silva Jeronimo²; Kathariny Ferreira da Silva³;
Rhauana de Almeida Duarte⁴; Ana Paula Akashi⁵

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fabianafabidepaula@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – anandasilvaj@gmail.com;
³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - kathi_15_gis@hotmail.com;

⁴Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
rhauanaduarte@gmail.com;

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
ap.akashi@bol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Fisioterapia; Doença de Alzheimer; Quedas; Idosos.

Introdução: A doença de Alzheimer é definida como um distúrbio do sistema nervoso central de caráter degenerativo, progressivo, que afeta o funcionamento cognitivo e leva a um declínio das habilidades funcionais e sociais (COHEN, 2001). Resulta, gradualmente, numa perda de memória e em alterações de comportamento e personalidade. A intervenção fisioterapêutica pode contribuir em qualquer fase da doença de Alzheimer, tanto para manter o indivíduo o mais ativo e independente possível quanto para melhorar o desempenho motor funcional (KOTTKE; LEHMANN, 2002). A alta incidência de quedas constitui um grande problema de saúde entre os indivíduos de idade avançada, sendo que a frequência e os danos resultantes destes acidentes tornam-se maiores em longevos acometidos pela Doença de Alzheimer (DA) quando comparados a idosos que não apresentam comprometimentos cognitivos (WELLER; SCHATZKER, 2004). Múltiplos fatores podem estar relacionados ao risco de queda em pacientes com DA, podendo associar-se ao declínio de equilíbrio com prejuízo na marcha e instabilidade postural, uso de medicamentos para o controle de alterações comportamentais e falta de percepção dos comportamentos de risco (SHAW et al., 2003).

Objetivos: Revisar na literatura estratégias fisioterapêuticas capazes de reduzir o risco de queda em idosos com Doença de Alzheimer.

Relevância do Estudo: Os portadores de DA, que na maioria são idosos podem se beneficiar da intervenção fisioterapêutica na redução da incidência de quedas.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Google acadêmico, Scielo, com palavras-chave como: doença de Alzheimer, fisioterapia, quedas, idosos, equilíbrio.

Resultados e discussões: Durante o processo natural de envelhecimento, ocorre declínio dos sistemas somatossensorial (proprioceptivo), visual e vestibular, que juntamente com o cerebelo controlam o equilíbrio. A força muscular, principalmente em membros inferiores, também é prejudicada com o avanço da idade, mostrando diminuição no recrutamento e na ativação das unidades motoras. O mesmo ocorre no idoso com demência a qual será um agravante a mais repercutindo em aumento no risco de quedas (HERNANDEZ et al., 2010). Em idosos com DA, as quedas são três vezes mais frequentes comparadas às de idosos saudáveis devido ao comprometimento do lobo frontal, que ocasiona declínio das funções executivas e do controle tensional. O importante déficit cognitivo presente na DA requer do fisioterapeuta a adoção de algumas estratégias, como dar ordens simples, certificando-se de que o paciente entendeu o objetivo da tarefa. A organização das tarefas numa sequência melhora o desempenho das atividades e mantém um nível adequado de alerta para o

desenvolvimento do aprendizado. A incapacidade funcional decorrente da doença de Alzheimer pode acarretar reforço da imobilidade e dos padrões de movimento estereotipados, podendo contribuir para o aparecimento de mudanças estruturais de grupos musculares, diminuindo a capacidade funcional. A intervenção sobre o déficit musculoesquelético na DA deve estar focalizada sobre o treino do padrão de marcha e manutenção da independência nas atividades da vida diária. Também é importante que sejam evitadas as atrofias por desuso e fraqueza muscular, os encurtamentos de tecidos moles e as deformidades esqueléticas (REBELATTO; MORELLI, 2004). O treinamento físico que se caracteriza pelo fortalecimento muscular dos membros com faixas elásticas, treino proprioceptivo com superfície de diferentes texturas, treino de equilíbrio com obstáculos e aumento de flexibilidade, é capaz de aumentar significativamente a marcha, mobilidade e flexibilidade, diminuindo conseqüentemente o número de quedas, auxiliando a manutenção da independência. (TOULOTTE et al., 2003).

Conclusão: A intervenção fisioterapêutica em idosos portadores da Doença de Alzheimer é importante na manutenção ou melhora do desempenho funcional, social e cognitivo do indivíduo, diminuindo assim os riscos de quedas e melhorando sua qualidade de vida.

Referências

COHEN, H. **Neurociências para fisioterapeutas**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001.

HERNANDEZ, S.S.S., COELHO, F.G.M., GOBBI, S.; STELLA, F. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n.1,p. 68-74, 2010.

KOTTKE, F. J.; LEHMANN, J. F. **Tratado de medicina e reabilitação de Krusen**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2002.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica: a prática de assistência ao idoso**. São Paulo: Manole, 2004.

SHAW, F.; BOND, J.; RICHARDSON, D.; DAWSON, P.; STEEN, I.; MCKEITH, IG. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. **Br Med J** v. 73, n. 7, p.326, 2003

TOULOTTE, C.; FABRE, C.; DANGREMON, B.; LENSEL, G.; THÉVENON, A. Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. **Age Ageing**, v. 32, n. 1, p. 67-73, 2003.

WELLER, I.; SCHATZKER, J. Hip fractures and Alzheimer's disease in elderly institutionalized Canadians. **Ann Epidemiol.**, v. 14, [s.n], p. 319-24, 2004.

CONCEITO MULLIGAN PARA O TRATAMENTO DE COLUNA LOMBAR E CERVICAL

Rhauana de Almeida Duarte¹; Fabiana de Paula Teixeira¹; Kathariny Ferreira da Silva¹;
Reinaldo Monteiro Marques²;

¹Aluna do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
rhauanaduarte@gmail.com ;

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Fisioterapia; Conceito Mulligan; Terapia Manual.

Introdução: Os recursos terapêuticos manuais são essenciais no tratamento das dores na coluna, dentre os quais podemos citar algumas técnicas, como os exercícios posturais, a cinesioterapia, a crochetação e as técnicas de mobilização articular dos Conceitos Maitland e Mulligan, sendo estes reconhecidos mundialmente (MENTZ-ROSANO; MINSON, 2010; MACEDO; BRIGANÓ, 2009). Por meio da terapia manual atua-se diretamente na causa do problema e não somente nos sintomas, os quais serão apenas consequências de uma provável biomecânica neuro-músculo-esquelética em disfunção (FEICHAS, 2006). O Conceito Mulligan, é uma terapia manual que baseia-se na restauração do alinhamento normal de uma articulação resultando em aumento da flexibilidade e função da mesma. Aplicações repetidas do correto procedimento deverão restaurar a memória do movimento e manter a correção das falhas posicionais. Segundo Mulligan (1999), criador desse conceito, após lesão ou injúria uma articulação pode assumir uma posição ligeiramente anormal. O Conceito apresenta uma abordagem terapêutica diferenciada, pois os resultados obtidos do tratamento são imediatos e o processo de realização é indolor para o paciente. É uma técnica de terapia manual que trabalha com o reposicionamento articular buscando a melhora funcional e diminuição da dor, sendo considerada, atualmente, uma das técnicas mais eficazes no tratamento de disfunções musculoesqueléticas (MULLIGAN, 2009).

Objetivos: Revisar a literatura e avaliar a efetividade das técnicas de NAGS e SNAGS do Conceito Mulligan, e seus benefícios.

Relevância do Estudo: Verificar a eficácia do Conceito Mulligan no tratamento da coluna.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico. A data de publicação dos artigos não foi utilizada como critério de exclusão.

Resultados e discussões: A técnica consiste da aplicação de movimentos acessórios na coluna vertebral, livres de dor. Quando os movimentos acessórios são associados a movimentos ativos livres são denominados de SNAGS (traduzido como deslizamentos apofisários naturais mantidos). Quando são apenas movimentos acessórios são denominados NAGS (traduzido como deslizamentos apofisários naturais) (MULLIGAN, 2009). Tanto o SNAGS, quanto o NAGS são aplicados somente à coluna (SILVA; MARTINS; GOMES, 2011). Espera-se que imediatamente após a aplicação da técnica a função seja aumentada e a dor diminuída. NAGS é a designação para as mobilizações oscilatórias aplicáveis às articulações facetárias desde as vertebrae cervicais C2 até C7. É uma técnica cujo nome adveio do acrônimo da língua inglesa Natural Apophyseal Glides e que significa “Deslizamento Apofisários Naturais”. NAGS são mobilizações nas articulações facetárias, cuja graduação vai desde a metade até o final da amplitude de movimento, as quais são aplicadas no sentido ântero cranial ao longo dos planos de tratamento das articulações selecionadas (MULLIGAN, 2009). Sua aplicação é feita de forma gradual, de acordo com a tolerância do paciente, e nunca deverá causar dor, ou, quando muito, um ligeiro desconforto. O posicionamento do paciente é sempre sentado, a posição inicial conveniente é mais

aceitável que a posição de decúbito ventral, especialmente para os pacientes cifóticos. Os NAGS, que podem ser aplicados conjuntamente com uma pequena tração manual – é o que os torna mais confortáveis, são indicados para aumentar a amplitude de movimento da coluna e diminuir a dor associada e, se aplicados cuidadosamente, são extremamente benéficos nos idosos. Técnica de SNAGS para coluna lombar: para iniciar a manobra, a borda ulnar da mão direita é posicionada embaixo do processo espinhoso da vértebra superior ao segmento suspeito de lesão, enquanto a outra mão estabiliza o paciente. Com o paciente nesta posição, a mão direita aplica uma força de deslizamento, para cima, ao longo do plano de tratamento, enquanto o paciente prossegue com o movimento doloroso, agora indolor (MULLIGAN, 2009). Ainda Mulligan (2009), as mobilizações devem respeitar o plano facetário de cada segmento vertebral e o local de dor referido pelo paciente. Ambas as técnicas devem partir deste princípio para obtenção do sucesso no tratamento. Exelby (2002) corrobora com Mulligan (2009) quando a mesma afirma que NAGS são de valor inestimável quando bem executadas, favorecendo o alívio da dor, podendo ser aplicada na maioria das patologias da coluna (LAMA; NASCIMENTO, 2010).

Conclusão: Conceito Mulligan aumenta a eficácia da terapia manual nas disfunções da coluna vertebral, sendo um tratamento efetivo para dores agudas e crônicas causadas por problemas biomecânicos.

Referências

EXELBY, L. The Mulligan concept: Its application in the management of spinal conditions. **Manual Therapy**, v.7 n.2, p.64-70, 2002.

FEICHAS, F. L. **Terapia Manipulativa**. Minas Gerais: [S.n.], 2006.

LAMA, Eduardo André Louzeiro; NASCIMENTO, Raphael Galvão. **Estudo em terapia manual através das técnicas de pompage, mulligan e maitland aplicadas à cervicalgia. Uma revisão da literatura**. Belém: ESAMAZ, 2010.

MACEDO, K.S.G & BRIGANÓ, J.U. Terapia Manual e Cinesioterapia na dor, incapacidade e qualidade de vida de indivíduos com lombalgia. **Revista Espaço para a Saúde**, v.10, n.2, p. 1-6, 2009.

MENTZ-ROSANO, L.; MINSON, F. **Dor Musculoesquelética. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, Fascículo 4, 2010.

MULLIGAN, Brian R. **Terapia Manual técnicas NAGS-SNAGS-MWM e suas variantes**. São Paulo: Premier, 2009.

SILVA, Glaucia Rocha da; MARTINS, Priscila Rosa; GOMES, Karla Aquino; et all. Efeito de técnicas de terapias manuais nas disfunções craniomandibular. Juiz de Fora: **RevBrasCienMed Saúde**, v. 1, n. 1, p. 17-22, 2011.

A APLICABILIDADE DO LASER NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES.

Ana Laura Domingos de Souza¹; Giulia Lopes²; Heloisa leodoro³; Janaína Santos⁴; Mariana Carvalho Trombini⁵; Elaine Camargo⁶

¹Aluna do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – ;
analaura.domingos@hotmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB;
elaineccostaesilva@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Disfunções temporomandibulares, laserterapia, dor.

Introdução: A articulação temporomandibular (ATM) é considerada uma das mais usadas e complexas do corpo humano por realizar os movimentos rotacionais e translacionais do côndilo (GARCIA, 2011). Utiliza-se o termo disfunção temporomandibular (DTM) para reunir um grupo de doenças que acomete ATM, músculos mastigatórios e estruturas adjacentes. São classificadas em: disfunção de origem articular e de origem muscular (DONNARUMMA, 2010). Segundo Catão et al., (2013), alguns sinais e sintomas apresentados são: limitação da abertura bucal, cefaleia, espasmo muscular, estalido, crepitação, ruídos articulares, desvio mandibular, dor reflexa e otalgia. De acordo com Donnarumma (2010), a dor da DTM tem grande impacto negativo na qualidade de vida do paciente, prejudicando as atividades do trabalho, da escola, o sono e o apetite. Garcia (2011) afirma que a fisioterapia utiliza diversos recursos para o tratamento da DTM como terapia manual, ultrassom, TENS e laser, sendo indispensável o tratamento com uma equipe multidisciplinar. O laser de baixa potência vem sendo muito utilizado por ser um método não invasivo e de baixo custo que promove reparação tecidual e efeitos antiinflamatórios, antiedematoso e cicatrizante, podendo ser utilizado nos processos agudos e crônicos. Por ter efeito a nível celular, ele impede que os estímulos dolorosos cheguem até o SNC, gerando analgesia (FRARE, 2008).
Objetivos: Avaliar a eficácia do tratamento laserterapia em pacientes com disfunções temporomandibulares.

Relevância do Estudo: O estudo pretende demonstrar a influência da aplicação do laser nos distúrbios temporomandibulares, visando alívio dos sintomas.

Materiais e métodos: Revisão de literatura realizando busca nos bancos de dados: Pubmed, Bireme, Lilacs e acervo da biblioteca FIB- BAURU até o ano de 2013.

Resultados e discussões: Catão et al., (2013), realizou um estudo com 20 indivíduos sendo, 18 mulheres e 2 homens com idade entre 19 e 58 anos. Foram encaminhados com diagnóstico de DTM e submetidos a avaliação da tensão muscular, questionário sobre a sintomatologia e avaliação da dor por meio da Escala visual analógica (EVA). Os pacientes foram divididos em dois grupos: G1 (para aplicação do laser infravermelho AsGaAl) e G2 (laser vermelho InGaAlP). Os pontos de aplicação foram cinco pontos ao redor da articulação ATM, durante um período de quatro semanas, com frequência de três vezes por semana, totalizando 12 aplicações. Os resultados obtidos foram melhora na abertura bucal em ambos os grupos e melhora na dor, com prevalência no grupo 1. Outra pesquisa foi realizada com 20 mulheres entre 18 e 45 anos com diagnóstico de DTM, realizado por meio de exame físico, questionário de triagem para dor orofacial e DTM. Para avaliar a dor foi utilizada a Escala visual analógica (EVA). Os pacientes foram divididos em dois grupos: o grupo controle (placebo) e o grupo tratado. Foi utilizado para o tratamento o laser de baixa potência de arsenieto de gálio (GaAs) com potência de 15mW de modo contínuo durante 16 segundos por ponto. Os pontos de aplicação foram: em forma de cruz na região pré auricular e um ponto do meato acústico externo, durante quatro semanas com frequência de duas vezes totalizando oito atendimentos por paciente. Observou-se que a dor era

manifestada de forma isolada e na região auricular. Houve melhora na dor do grupo tratado a partir da quinta sessão e no grupo controle a dor não apresentou melhora estatística.

Conclusão: Pode-se observar então que a intervenção fisioterapêutica com o laser mostrou uma redução considerável na dor, na limitação da abertura bucal e promoveu melhora na qualidade de vida dos pacientes com DTM.

Referências

ASSIS, T. O.; SOARES, M. S.; VICTOR, M. M. O uso do laser na reabilitação das desordens temporomandibulares. **Rev. Fisoter. Mov.**, Curitiba, v. 25, n.2, p. 453-459, abr./ jun, 2012.

CATÃO, M.H.C.V., et al. Avaliação da eficácia do laser de baixa intensidade no tratamento das disfunções têmporo-mandibular: estudo clínico randomizado. **Rev. CEFAC.** v.15, n. 6, p.1601-1608, 2013.

DONNARUMMA, M. D. C., et al. **Disfunções temporomandibulares: sinais, sintomas e abordagem multidisciplinares.** Rev. CEFAC, São Paulo, 2009.

FRARE, J. C.; NICOLAU, R. A. Análise clínica do efeito da fotobiomodulação laser (GaAs-904nm) sobre a disfunção temporomandibular. **Revista Brasileira de Fisioterapia.** v.12, n.1, p. 37-42, 2008.

GARCIA, J. D.; OLIVEIRA, A. A. C. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM). **Rev. Hórus,** v. 5, n.1, 2011.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA

Francielle Peres Brasil¹; Larissa Mendes Magalhães¹; Fernanda Piculo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB franciellefpb@gmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
ferpiculo@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: neoplasia da mama, saúde da mulher, fisioterapia.

Introdução: O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, resultante de alterações no código genético (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011). Esta doença representa a principal causa de morte por câncer em mulheres brasileiras, representando um grande problema de saúde pública. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama relacionam-se com idade avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais (SILVA; RIUL, 2011). Os fatores desencadeantes do câncer podem ser classificados em externos e internos. As causas externas incluem substâncias químicas, irradiação, vírus; e fatores comportamentais, que constituem os fatores de risco ambientais. Já as causas internas como os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (RODRIGUES; SILVA; CARDOSO, 2016). Dentre os sintomas que aparecem no câncer de mama, o mais comum é o aparecimento de nódulo geralmente indolor, duro e irregular. O edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar unilateral e espontânea também são sinais que podem estar presentes no câncer de mama. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010). A fisioterapia em oncologia é uma especialidade recente e tem como metas preservar e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico. Atuando no pré e pós-operatório de pacientes mastectomizadas, esta modalidade aborda vários aspectos, desde a preparação do paciente para cirurgia até a reabilitação funcional no pós-cirúrgico, diminuindo o tempo de internação e retorno mais rápido para as atividades de vida diária (FARIA, 2010).

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica a fim de obter dados relativos sobre câncer de mama e tratamento fisioterapêutico.

Relevância do Estudo: Devido ao grande número de pacientes com câncer de mama, foi investigada a prevalência e causas associadas a esta condição clínica, a fim de propor ações de orientação e detecção precoce para fornecer tratamento fisioterapêutico e melhor sobrevida.

Materiais e métodos: Para a realização do presente estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica, que incluiu artigos científicos utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs referentes ao assunto principal. A pesquisa abrangeu literatura publicada no período de 2011 a 2016.

Resultados e discussões: O objetivo da fisioterapia no pré-operatório é estabelecer o contato com a paciente, realizar a avaliação cinesiofuncional através da anamnese e do exame físico, orientar para o pós-operatório imediato, indicar a fisioterapia pós-operatória, esclarecer ao paciente sobre os objetivos da fisioterapia e sua importância na fase pré e pós-operatória sobre a cirúrgica indicada, explicar as possíveis complicações e o modo como é realizada. No pós-operatório, primeiramente permitirá a eliminação ou o não surgimento de um problema articular inaceitável, facilitará a integração do lado operado ao

resto do corpo e as atividades cotidianas. Finalmente, irá auxiliar na prevenção de outras complicações comuns na paciente operada de câncer de mama. A partir dessa fase, a fisioterapia entra com o objetivo de restaurar a amplitude articular de movimento, com exercícios de cinesioterapia como alongamento dos músculos da região cervical e da cintura escapular, mobilização passiva em todas as dimensões de ombro, cotovelo e cabeça, exercícios metabólicos de mãos e ombros, exercícios ativo-assistidos e posteriormente exercícios ativo livres, exercícios resistidos isométricos, concêntricos e excêntricos do membro superior (CÔRREA; SILVA; PAULO, 2014). RETT et al., (2012) elaboraram um estudo composto por 39 mulheres mastectomizadas com o objetivo de comparar a intensidade de dor no MS homolateral à cirurgia e caracterizar seu impacto no programa de cinesioterapia. O programa incluiu exercícios de alongamento, exercícios ativo-livres e ativo-assistidos do membro superior. Os autores evidenciaram que a cinesioterapia aumentou significativamente a amplitude de movimento do membro superior e reduziu significativamente a dor no membro homolateral à cirurgia. É evidente que o tratamento fisioterapêutico no pré e no pós-operatório de câncer de mama foi fundamental para prevenção de maiores complicações, como contraturas musculares, diminuição da amplitude de movimento, perda de força muscular e linfedema, além de ser essencial no retorno das atividades básicas de vida diária da mulher, proporcionando maior motivação e auto-estima na vida social, além de melhor qualidade de vida (CÔRREA; SILVA; PAULO, 2014).

Conclusão: Por meio desta revisão de literatura foi possível verificar os benefícios da fisioterapia em pacientes com câncer de mama e evidenciar que esta terapia contribui para melhorar a qualidade de vida das pacientes acometidas, devolvendo-as assim para suas atividades de vida diárias.

Referências

CORRÊA, G. P.; SILVA, L. B.; PAULO, T. M. S. **Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório do câncer de mama: revisão bibliográfica.** (Monografia). Pindamonhangaba: Fundação Universitária Vida Cristã, 2014, 65f.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER: **Programa nacional de controle do câncer de mama,** 2010. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11_fae00ee/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 06 de outubro de 2017.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para o câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, p.1259-1270, 2011.

FARIA, L. As práticas do cuidar da oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **Rev. Hist. Ciênc, Saúde**, Rio de Janeiro, v.17. n.1, p.69-87, 2010.

RETT, et. al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista Dor**. São Paulo, v.13, n.3, p.201-207, 2012.

RODRIGUES, J. C.; SILVA, L. C. F.; CARDOSO, R. A.; Câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. **Revista Master**, Araguari, v.1, n.1, p.48-56, 2016.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.6, n.6, p.1016-1021, 2011.

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES RELACIONADAS A MÁ POSTURA CERVICAL E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Juliana Goivinho de Castro¹; Letícia de Freitas Silva¹; Regiane Vila Nova Puga¹; Micheli Oliveira De Lima¹; Beatriz Savian¹; Elaine Camargo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
juliana_castro13@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
elaineccostaesilva@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: transtornos da articulação temporomandibular, má oclusão, postura.

Introdução: A Articulação Temporomandibular (ATM) é um elemento do sistema estomatognático formado por várias estruturas internas e externas, capaz de realizar movimentos complexos. A mastigação, a deglutição, a fonação e a postura dependem muito da função, saúde e estabilidade desta articulação para funcionarem de forma adequada (GONZALEZ et al., 2008). Dificilmente os sinais e sintomas ocorrem de forma isolada e incluem artromialgia facial (caracterizada por dor pré-auricular localizada na região da ATM), ruídos articulares durante as funções da mandíbula, distúrbios nos movimentos mandibulares, fraqueza ou hiperatividade da musculatura mastigatória (MALUF et al., 2008). O crânio está conectado à coluna pela articulação atlanto-occipital, de tal modo que força da gravidade sempre tenderá a inclinar a cabeça para frente em oposição à ação dos músculos posteriores do pescoço (REZENDE et al., 2009). A articulação temporomandibular relaciona-se diretamente com a região escapular e cervical por meio de sistema neuromuscular interrelacionado. Em situações de desequilíbrio desse mecanismo, há perda parcial ou total da curvatura cervical, culminando inclusive, em casos extremos, com inversão da mesma (REZENDE et al., 2009). Severas desordens crânios-cervicais como anteriorização da cabeça, retificação da coluna cervical e assimetria de ombros têm sido estabelecidas em pacientes com disfunção temporomandibular (GONZALEZ et al., 2008). A má oclusão, relacionada à discrepância de bases ósseas maxilo-mandibulares ou à desarmonia dentária, desempenha papel decisivo nos transtornos da articulação temporomandibular, de tal modo que todo portador de má oclusão é potencialmente um candidato à desordem temporomandibular (REZENDE et al., 2009). A fisioterapia atua na DTM como terapia de suporte, visando reduzir ou eliminar sinais e sintomas, mantendo ou recuperando a atividade funcional num menor espaço de tempo (MALUF et al., 2008). Os exercícios tem efeito benéfico na melhora da dor e nas sequelas da inatividade crônica do sistema músculo esquelético (MALUF et al., 2008).

Objetivos: O objetivo desse estudo foi revisar a eficiência dos tratamentos fisioterapêuticos nas disfunções temporomandibulares e sua relação com a má postura cervical.

Relevância do Estudo: Trazer conhecimento e informações através de estudos científicos sobre a Disfunção na Articulação Temporomandibular com relação à postura cervical e o tratamento fisioterapêutico.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema “Disfunções temporomandibulares relacionadas a má postura cervical e tratamento fisioterapêutico” nos bancos de dados como SCIELO e BIREME e GOOGLE ACADÊMICO.

Resultados e discussões: Os distúrbios do sistema mastigatório são muito comuns, visto que 50% a 60% da população apresentam algum tipo de sintoma, principalmente a dor, o que leva o paciente a procurar tratamento (GARCIA e OLIVEIRA, 2011). Um estudo realizado em 2009 teve como objetivo investigar os efeitos da mobilização cervical e proto-

colo de exercícios para musculatura cervical na melhora da dor e sensibilidade à pressão dos músculos mastigatórios em indivíduos com DTM (OLIVEIRA et al., 2010). Foram avaliados dois grupos através de imagem radiográfica e de ressonância magnética da região cervical, fotografias com marcações anatômicas para avaliação angular da cabeça e pescoço e quantificação da amplitude de movimento da mandíbula medida através de paquímetro (OLIVEIRA et al., 2010). A avaliação concluiu que alterações posturais na cervical afetam o sistema estomatognático e geram espasmos musculoesqueléticos causando deslocamentos do disco na ATM (OLIVEIRA et al., 2010). A fisioterapia dispõe de vários recursos no tratamento, dentre eles a massoterapia, cinesioterapia, termoterapia e eletroterapia, proporcionando além do alívio da sintomatologia, o restabelecimento da função normal do aparelho mastigatório e da postura (GARCIA e OLIVEIRA, 2011). Esses recursos fisioterapêuticos priorizam a musculatura mastigatória e da região cervical, que incluem manobras de relaxamento e reeducação postural como objetivo de alongar, fortalecer, promover a propriocepção e a coordenação da ATM e reeducar funcionalmente os componentes músculos esqueléticos do sistema estomatognático que promovem melhora significativa dos sintomas, principalmente os dolorosos, para melhora da força e a mobilidade da região (OLIVEIRA et al., 2010).

Conclusões: O tratamento fisioterapêutico nas Disfunções Temporomandibulares mostrou melhoras significativas nos sinais e sintomas dos pacientes e também na qualidade de vida, O tratamento proporcionou melhora da função mastigatória, minimização a dor muscular, melhora na amplitude de movimento, reeducação do paciente em relação à postura, redução da inflamação e tensão na articulação temporomandibular.

Referências

REZENDE, M. C. R. A.; OLIVEIRA, D. T. N.; BERTOZ, F. A.; RIBEIRO, A. B.; JÚNIO, O. P. A.; ARAÚJO, F. T.; KUSUDA, R.; AMOROSO, A. P.; FILHO, H. G.; ZUIM, P. R. J.; CLARO, A. P. R. A. Relação da oclusão dentária com a postura de Cabeça em pacientes portadores de DTM. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v. 30, n. 2, p. 29-32, 2009.

OLIVEIRA, B. K.; PINHEIRO, I. C. O.; FREITAS, D. G. ; GUALBERTO, H. D.; CARVALHO, N. A. A. A abordagem fisioterapêutica na disfunção da articulação temporomandibular. Revisão de literatura, **Med Reabil**, v. 29, n. 3, p. 61-64, 2010.

GARCIA, D. J.; OLIVEIRA, C. A. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM). **Revista Hórus**, v. 5, n. 1, p. 113-124, 2011.

GONZALES, A. D.; ANDRADE, V. D.; GONZALES, O. T.; MARTINS, D. M.; FERNANDES, S. P. K.; CORRÊA, F. C. J.; BUSSADORI, K. S. Correlação entre disfunções temporomandibulares, postura e qualidade de vida. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2008.

MALUF, A. S.; MORENO, D. G. B.; ALFREDO, P. P.; MARQUES, P. A.; RODRIGUES, G.; Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 408-15, 2008.

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES RELACIONADAS A MÁ POSTURA CERVICAL E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Juliana Goivinho de Castro¹; Letícia de Freitas Silva¹; Regiane Vila Nova Puga¹; Micheli Oliveira De Lima¹; Beatriz Savian¹; Elaine Camargo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
juliana_castro13@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
elaineccostaesilva@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: transtornos da articulação temporomandibular, má oclusão, postura.

Introdução: A Articulação Temporomandibular (ATM) é um elemento do sistema estomatognático formado por várias estruturas internas e externas, capaz de realizar movimentos complexos. A mastigação, a deglutição, a fonação e a postura dependem muito da função, saúde e estabilidade desta articulação para funcionarem de forma adequada (GONZALEZ et al., 2008). Dificilmente os sinais e sintomas ocorrem de forma isolada e incluem artromialgia facial (caracterizada por dor pré-auricular localizada na região da ATM), ruídos articulares durante as funções da mandíbula, distúrbios nos movimentos mandibulares, fraqueza ou hiperatividade da musculatura mastigatória (MALUF et al., 2008). O crânio está conectado à coluna pela articulação atlanto-occipital, de tal modo que força da gravidade sempre tenderá a inclinar a cabeça para frente em oposição à ação dos músculos posteriores do pescoço (REZENDE et al., 2009). A articulação temporomandibular relaciona-se diretamente com a região escapular e cervical por meio de sistema neuromuscular interrelacionado. Em situações de desequilíbrio desse mecanismo, há perda parcial ou total da curvatura cervical, culminando inclusive, em casos extremos, com inversão da mesma (REZENDE et al., 2009). Severas desordens crânios-cervicais como anteriorização da cabeça, retificação da coluna cervical e assimetria de ombros têm sido estabelecidas em pacientes com disfunção temporomandibular (GONZALEZ et al., 2008). A má oclusão, relacionada à discrepância de bases ósseas maxilo-mandibulares ou à desarmonia dentária, desempenha papel decisivo nos transtornos da articulação temporomandibular, de tal modo que todo portador de má oclusão é potencialmente um candidato à desordem temporomandibular (REZENDE et al., 2009). A fisioterapia atua na DTM como terapia de suporte, visando reduzir ou eliminar sinais e sintomas, mantendo ou recuperando a atividade funcional num menor espaço de tempo (MALUF et al., 2008). Os exercícios tem efeito benéfico na melhora da dor e nas sequelas da inatividade crônica do sistema músculo esquelético (MALUF et al., 2008).

Objetivos: O objetivo desse estudo foi revisar a eficiência dos tratamentos fisioterapêuticos nas disfunções temporomandibulares e sua relação com a má postura cervical.

Relevância do Estudo: Trazer conhecimento e informações através de estudos científicos sobre a Disfunção na Articulação Temporomandibular com relação à postura cervical e o tratamento fisioterapêutico.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema “Disfunções temporomandibulares relacionadas a má postura cervical e tratamento fisioterapêutico” nos bancos de dados como SCIELO e BIREME e GOOGLE ACADÊMICO.

Resultados e discussões: Os distúrbios do sistema mastigatório são muito comuns, visto que 50% a 60% da população apresentam algum tipo de sintoma, principalmente a dor, o que leva o paciente a procurar tratamento (GARCIA e OLIVEIRA, 2011). Um estudo realizado em 2009 teve como objetivo investigar os efeitos da mobilização cervical e proto-

colo de exercícios para musculatura cervical na melhora da dor e sensibilidade à pressão dos músculos mastigatórios em indivíduos com DTM (OLIVEIRA et al., 2010). Foram avaliados dois grupos através de imagem radiográfica e de ressonância magnética da região cervical, fotografias com marcações anatômicas para avaliação angular da cabeça e pescoço e quantificação da amplitude de movimento da mandíbula medida através de paquímetro (OLIVEIRA et al., 2010). A avaliação concluiu que alterações posturais na cervical afetam o sistema estomatognático e geram espasmos musculoesqueléticos causando deslocamentos do disco na ATM (OLIVEIRA et al., 2010). A fisioterapia dispõe de vários recursos no tratamento, dentre eles a massoterapia, cinesioterapia, termoterapia e eletroterapia, proporcionando além do alívio da sintomatologia, o restabelecimento da função normal do aparelho mastigatório e da postura (GARCIA e OLIVEIRA, 2011). Esses recursos fisioterapêuticos priorizam a musculatura mastigatória e da região cervical, que incluem manobras de relaxamento e reeducação postural como objetivo de alongar, fortalecer, promover a propriocepção e a coordenação da ATM e reeducar funcionalmente os componentes músculos esqueléticos do sistema estomatognático que promovem melhora significativa dos sintomas, principalmente os dolorosos, para melhora da força e a mobilidade da região (OLIVEIRA et al., 2010).

Conclusões: O tratamento fisioterapêutico nas Disfunções Temporomandibulares mostrou melhoras significativas nos sinais e sintomas dos pacientes e também na qualidade de vida, O tratamento proporcionou melhora da função mastigatória, minimização a dor muscular, melhora na amplitude de movimento, reeducação do paciente em relação à postura, redução da inflamação e tensão na articulação temporomandibular.

Referências

REZENDE, M. C. R. A.; OLIVEIRA, D. T. N.; BERTOZ, F. A.; RIBEIRO, A. B.; JÚNIO, O. P. A.; ARAÚJO, F. T.; KUSUDA, R.; AMOROSO, A. P.; FILHO, H. G.; ZUIM, P. R. J.; CLARO, A. P. R. A. Relação da oclusão dentária com a postura de Cabeça em pacientes portadores de DTM. **Rev. Odontológica de Araçatuba**, v. 30, n. 2, p. 29-32, 2009.

OLIVEIRA, B. K.; PINHEIRO, I. C. O.; FREITAS, D. G. ; GUALBERTO, H. D.; CARVALHO, N. A. A. A abordagem fisioterapêutica na disfunção da articulação temporomandibular. Revisão de literatura, **Med Reabil**, v. 29, n. 3, p. 61-64, 2010.

GARCIA, D. J.; OLIVEIRA, C. A. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM). **Revista Hórus**, v. 5, n. 1, p. 113-124, 2011.

GONZALES, A. D.; ANDRADE, V. D.; GONZALES, O. T.; MARTINS, D. M.; FERNANDES, S. P. K.; CORRÊA, F. C. J.; BUSSADORI, K. S. Correlação entre disfunções temporomandibulares, postura e qualidade de vida. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano**, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2008.

MALUF, A. S.; MORENO, D. G. B.; ALFREDO, P. P.; MARQUES, P. A.; RODRIGUES, G.; Exercícios terapêuticos nas desordens temporomandibulares: uma revisão de literatura. **Fisioterapia e pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 408-15, 2008.

O REEQUILÍBRIO NEURO MUSCULAR FUNCIONAL COMO ORGANIZADOR DO MOVIMENTO FUNCIONAL HUMANO

Adelton Napoleão Franco 1 ; Adriana Terezinha de Mattias Franco²

¹Fisioterapeuta: adeltonbru@gmail.com

²Docente das Faculdades Integradas de Bauru: adritmf@gmail.com

Grupo de Trabalho: Fisioterapia.

Palavras-Chave: cinesiologia, funcionalidade, reequilíbrio orgânico.

Introdução: Reequilíbrio Neuro Muscular Funcional (RENMF) consiste na aplicação de técnicas cinesiológicas para organizar o movimento humano funcional, através de sensações físicas e mentais, condicionando e favorecendo a evolução do movimento corporal integral. Pode ser treinado por qualquer pessoa, indicado para aperfeiçoar, facilitar o movimento corporal e adquirir percepções e reações físicas facilitadas. A evolução dos treinamentos é realizada com as observações práticas do movimento aperfeiçoado, com as percepções que cada indivíduo demonstra e relata. A intensidade é controlada com as informações verbais do praticante, visuais do profissional e sinais e/ou sintomas apresentados. Tem em sua prática o Movimento Humano como objetivo fundamental, oferecendo sensações e propriocepções, pois: “ **o corpo é um receptor de estímulos e sensações, e precisa estar apto e equilibrado para responder a isso com eficiência e funcionalidade**”. É uma técnica de reequilíbrio, uma experiência com a intensidade e a naturalidade do movimento organizado: em tese, exige e facilita a função orgânica corporal. Envolvendo diversas técnicas já conhecidas, aplicadas em mesmas sessões simultaneamente, em pacientes reabilitados (Stanmore, 2008; Souchard, 2001; Marques, 2000).

Objetivo Geral: Apresentar a técnica de Reequilíbrio Neuro Muscular Funcional, em desenvolvimento teórico e prático na forma autônoma.

Relevância do Estudo: O estudo torna-se relevante, pois apresenta um conceito de trabalho considerando a originalidade e autonomia do pensamento científico, e enaltece a criatividade e inventividade, visando a descoberta.

Materiais e Métodos: Trata-se da pesquisa exploratória, com critérios, métodos e técnicas e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses (Cervo e Silva, 2006). Nas atividades exploratórias concentram-se as importantes descobertas científicas, muitas originadas pelo acaso. A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos. A exploração representa, atualmente, um importante diferencial competitivo em termos de concorrência (Gonçalves, 2014). Novos produtos e processos podem ser originados por impulsos criativos, que a partir de experimentações exploratórias produzem invenções ou inovações.

Resultados e Discussão: Apoiar-se no conceito de Saúde Funcional, originado em 2011 pela Política Nacional de Saúde Funcional. Afirmar que o ser humano não sofre somente pela doença e seus sintomas, mas, pelos transtornos sociais, econômicos, profissionais e pessoais, sexuais, nutricionais, fisiológicos e psicológicos. Temos que lidar com o problema físico mais todos os aspectos que podem surgir com as dificuldades ambientais (Franco, 2005), mesmo quando recuperado o movimento e a funcionalidade, o foco do paciente é voltar às atividades, ou, criar novas expectativas e sentidos para a vida. O desenvolvimento do treinamento integral envolve 30 anos de trabalhos observacionais, práticos, auto-treinamentos, estudos teóricos de atendimentos fisioterapêuticos. Foram explorados os diversos meios terapêuticos da

cinesioterapia; mecanoterapia; musculação terapêutica, RPG, Pilates, etc... No campo da Vida Humana: as condições de vida e de trabalho, o ritmo e a atenção a saúde, as características do movimento humano e o conhecimento sobre os problemas e patologias que afetam o corpo e a qualidade de vida, propondo ao paciente os movimentos, exercícios e amplitudes equivalentes aos praticados nas técnicas já exploradas, mas, sem o implemento de equipamentos e aparelhos “sofisticados” e alto custo, exigindo menos espaço e continuando o trabalho com o mesmo profissional que iniciou a reabilitação. É notório a capacidade e conhecimento técnico científico do fisioterapeuta em relação ao movimento humano, suas necessidades e possíveis limitações biomecânicas.

Conclusão: Compete à técnica e a intervenção fisioterapêutica desenvolver no paciente a ideia da busca da evolução corporal e o aprimoramento do movimento humano, desde a reabilitação à fase do aperfeiçoamento físico.

Referências

CERVO, A.L.; SILVA,R. **Metodologia Científica**. 6ed. , Rio de Janeiro:Pearson, 2006.

FRANCO, A. N. **Estudo da antropometria estática em indivíduos da terceira idade: verificação da viabilidade de um banco de dados antropométrico** , UNESP Bauru, Dissertação de Mestrado, 85p. 2005.

GONÇALVES, H.A. **Manual de Metodologia. Pesquisa Científica**. 2 ed., São Paulo: Avercamp, 2014.

MARQUES, A. P. **Cadeias Musculares: um programa para ensinar avaliação fisioterapêutica global**, 115p., Rio de Janeiro: Manole, 2000.

PNSF – Política Nacional de Saúde Funcional: construindo mais saúde para a população, Brasília, 31p. 2011.

SOUCHARD, P. **Reeducação postural Global: método do campo fechado**, 4ed., 104p. São Paulo: Ícone, 2001.

STANMORE, T. **Pilates para as Costas**, 128p. Rio de Janeiro: Manole, 2008.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA FUNCIONAL / FES: Revisão de Literatura

Patrick Dias Batista Mielli¹; João Victor Pedroso Duarte¹; Gabriela Peres Fragoso¹; William Lemos¹; Amanda Silva¹. Reinaldo M Marques²

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB;
patrickdiasbatistamieli@hotmail.com;

²Professor do Curso Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
reinaldomm@uol.com.br;

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Eletroterapia, FES e estimulação funcional.

Introdução:

A estimulação elétrica funcional (FES) é uma técnica utilizada na Fisioterapia, onde aplica-se corrente elétrica na reabilitação de forma funcional em diversas regiões corpórea com o objetivo de reeducação muscular, retardamento de atrofia, inibição temporária de espasticidade e redução de contraturas e edemas. Essa técnica é desenvolvida para controlar diretamente a dinâmica do controle sensoriomotor, restabelecendo o feedback proprioceptivo bloqueado nas tentativas de mobilidade muscular (SCHUSTER, 2007). A corrente da FES usa baixas frequências de pulso, em torno de 20 a 50 Hz, com intensidade de corrente acima do início de despolarização do neurônio motor, gerando assim contrações musculares. A corrente elétrica periférica é utilizada para ativar a via neural de músculos esqueléticos específicos com objetivo funcional, estimulando a contração muscular e a formação de movimento articular e funções motoras (CECATTO; CHADI, 2012). Uma circunstancia importante para a utilização de FES é o grau de inervação e hipotrofia muscular. Quanto maior o nível de desnervação hipotrofia, maior é a corrente fundamental para despolarizar as células nervosas e musculares, o que pode impossibilitar o tratamento em certas ocasiões (BECK, 2011).

Objetivos: Verificar na literatura os benefícios da corrente ou estimulação elétrica Funcional (FES) em casos clínicos e patológicos.

Relevância do Estudo: O uso da corrente elétrica funcional FES e seus benefícios em patologias e seus resultados, sendo necessário verificar na literatura a eficiência da FES.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico. As palavras chaves utilizadas são Eletroterapia, FES e estimulação funcional.

Resultados e discussões: FES traz privilégios aos portadores de alteração de movimento, como a paralisia decorrente da lesão medular. Além dos benefícios da habilidade de locomoção com a utilização de FES constata-se que seu uso acarreta em ganho de massa muscular e estimula a mudança neuronal reorganizando as vias neuronais. Essa plasticidade de longo prazo é configurada por decremento da ativação da musculatura antagonista, aumento da atividade da unidade motora e incremento na ativação da musculatura sinergista (BECK et al., 2011). Correa et al., (2009) verificaram a eficiência da corrente FES em pacientes após acidente vascular encefálico que apresentaram subluxação de ombro. Passaram por um tratamento de fisioterapia convencional somado a aplicação do FES durante 10 sessões onde apresentou melhora na facilitação de movimentos voluntários, melhora da destreza manual, ganhos nas atividades de vida diária, redução da dor e da espasticidade. Eibel et al., (2011) realizaram o primeiro relato de caso na literatura quanto ao uso da FES em um indivíduo com mais de cem anos de idade, em que se verificaram aumento na capacidade funcional e força muscular, redução dos valores pressóricos de repouso, menor ativação simpática vascular e diminuição de registros inflamatórios. O envelhecimento acarreta não só diminuição da força muscular bem como mudanças

cardiovasculares. O treinamento com FES pode ser uma alternativa não farmacológica e não invasiva para prevenção ou recurso terapêutico dessas alterações.

Conclusão: O FES é uma técnica de fácil aplicação, com poucas contra-indicações ou impactos colaterais e baixo custo em relação às terapias atuais de estimulação cortical. As contrações musculares produzidas são obtidas através de envelopes de pulsos elétricos de pequena duração aplicados sob frequência regulada, que despolarizam as fibras nervosas da placa motora que, por sua vez, são mais excitáveis que as fibras musculares. Tais envelopes de pulsos elétricos perduram poucos segundos, podendo-se alcançar contrações em condições biológicas com pequeno risco de desconforto ou queimaduras e que se aproximam muito da contração muscular fisiológica. Acarretando reeducação muscular redução de dores, sendo uma alternativa para auxiliar no tratamento de varias patologias.

Referências

BECK, E. K; SCHEEREN, E. M; NETO, G. N. N; BUTTON, V. L. S. N; NOHAMA, P. Efeitos da estimulação elétrica funcional no controle neuromuscular artificial. **Rev Neurocienc.**, v. 19, n.3, p 532 – 541, 2011.

CECATTO, R. B; CHADI, G; A estimulação elétrica funcional (FES) e a plasticidade do sistema nervoso central: revisão histórica. **Acta Fisiatr.**, v. 19, n. 4, p. 246 - 257, 2012.

CORREA, J. B; BORGES, H. C; LUCARELI, P. R. G; LIEBANO, R. E. Estimulação elétrica funcional na subluxação crônica do ombro após acidente vascular encefálico: relato de casos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v.16, n. 1, p. 89 - 93, 2009.

EIBEL, B; CASALI, R.K; DIPP, T; SBRUZZI, G; PLENTZ, M.D.R. Treinamento com estimulação elétrica funcional sobre a capacidade funcional e a variabilidade da pressão arterial em uma idosa centenária: estudo de caso. **Rev Bras Fisioter**, v.15, n.4, p. 340-41, 2011.

SCHUSTER, R. C; SANT, C. R; DALBOSCO, V. Efeitos da estimulação elétrica funcional (FES) sobre o padrão de marcha de um paciente hemiparético. **Acta Fisiatr** ., v.14, n. 2, p. 82 - 86, 2007.

INCLUSÃO SOCIAL E ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA EM CRIANÇAS AUTISTAS

Karoline Tobo Rodrighero¹; Bruna Pimentel Da Rocha¹; Ketilly Christini Correa Campos¹,
Rodrigo Cristiano Bazoni Junior,¹ Carolina Tarcinalli Souza ²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – kaahttr@hotmail.com

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
brunapimentel.rocha@hotmail.com

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru-FIB-
ketilly.campos@gmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
caroltar@msn.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Autismo, Transtorno, Fisioterapia

Introdução: O autismo é uma condição caracterizada pelo desenvolvimento anormal, com prejuízo da interação social, comunicação e do comportamento. As manifestações variam de acordo com o desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo. O espectro autista consiste em uma tríade de dificuldades, em relação à comunicação, socialização e imaginação, essas três dificuldades são classificadas como a “Tríade de Wing”. (SEGURA et al., 2011).

As manifestações comportamentais que definem o autismo incluem déficits qualitativos na interação social e na comunicação, padrões de comportamento repetitivos e estereotipados e um repertório restrito de interesses, atividades e perda do contato com a realidade, o que acarreta em uma grande dificuldade ou impossibilidade de comunicação. (GADIA et al., 2004). A dificuldade de comunicação é caracterizada pelos aspectos verbal e não verbal. Os gestos, expressões faciais, ritmo e modulação na linguagem são característicos, podendo algumas crianças apresentar ecolalia imediata ou tardia. Foi constatado que desde cedo a criança demonstra respostas afetivas atípicas diante a sociedade. Em analogia à linguagem, cerca de 50% das crianças não a desenvolve, e o prejuízo linguístico envolve diversas dificuldades, é evidente falhas nas habilidades que precedem a linguagem como o balbucio, a imitação, o uso significativo de objetos e jogos simbólicos (SEGURA et al., 2011).

Objetivos: Realizar um levantamento da literatura sobre a intervenção fisioterapêutica e o efeito da integração social em crianças autistas.

Relevância do Estudo: A intervenção Fisioterapêutica é importante na melhoria da vida dos autistas, pois exerce um papel crucial na aquisição das habilidades.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Bireme, Scielo, Lilacs e Pubmed. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados sem limitação de data. As palavras-chave utilizadas na busca foram: autismo, transtorno, fisioterapia.

Resultados e discussões: Tendo em vista os aspectos abordados, entende-se que as áreas de interação social, comunicação e comportamento se articulam intimamente no desenvolvimento humano. Considerando que os indivíduos com autismo apresentam prejuízos nessas áreas, cabe aos profissionais, utilizarem estratégias que contemplem a aquisição de habilidades que são pré-requisitos para que outras se efetivem. Nesse sentido, destaca-se a escola como um dos espaços que favorecem o desenvolvimento infantil, tanto pela oportunidade de convivência com outras crianças quanto pelo importante papel do professor, cujas mediações favorecem a aquisição de diferentes habilidades nas crianças. O contexto escolar oportuniza contatos sociais, favorecendo o desenvolvimento da criança autista, assim como o das demais crianças, na medida em que convivem e aprendem com as diferenças. (LEMOS et al., 2014).

A intervenção fisioterapêutica melhora o convívio social, pois treina as habilidades de concentração e raciocínio por meio do uso de brinquedos pedagógicos. A inibição de movimentos anormais, autocontrole corporal, equilíbrio e coordenação. A fisioterapia atua principalmente na área sensorial, social, comportamental e na comunicação (SEGURA et al., 2011).

Para Azevedo e Gusmão (2016) um fator que não deve ser esquecido é que os autistas possuem seus próprios desejos, preferências e personalidade. O indivíduo autista deve ser estimulado a superar algumas de suas dificuldades, permitindo seu desenvolvimento em outros planos, oferecendo novos meios de expressão, favorecendo a conscientização, possibilitando o acesso a funções importantes, como o olhar e o tocar.

Considerações Finais

As terapias têm um papel importante na contribuição da criação de oportunidades e para as habilidades.

Referências

AZEVEDO, A.; GUSMÃO, M, A importância da fisioterapia motora no acompanhamento de crianças autistas. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 2, n. 2, p. 76-83, jan./jun.2016.

GADIA, C.A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N.T., Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de Pediatria**. v. 80, n.2, 2004.

LEMOS, E.L.M.D.; SALOMÃO, N,M,R.; AGRIPINO-RAMOS, C,S, Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar; **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 20, n. 1, p. 117-130, Jan.-Mar., 2014.

SEGURA, D.C.A.; NASCIMENTO, F.C.; KLEIN, D. Estudo do conhecimento clínico dos profissionais da fisioterapia no tratamento de crianças autistas; **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 2, p. 159-165, maio/ago. 2011.

FISIOTERAPIA NA DOENÇA DE MACHADO JOSEPH – REVISÃO DE LITERATURA

Ketilly Christini Correa Campos¹; Karoline Tobo Rodrighero²; Bruna Pimentel Da Rocha³,
Ednara Ferreira Santos⁴; Ana Paula Akashi⁵

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru - FIB - ketilly.campos@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru - FIB - kaahttr@hotmail.com

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
brunapimentel.rocha@hotmail.com

⁴Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – ednatafs@gmail.com

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
ap.akashi@bol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Ataxia, Marcha, Espinocerebelar.

Introdução: A Doença de Machado-Joseph (DMJ) é uma patologia neurodegenerativa de natureza hereditária, que afeta principalmente os neurônios cerebelares. As primeiras manifestações surgem habitualmente na fase adulta, sendo os 40 anos a média de idade inicial. Ocorre perda progressiva das capacidades motoras e também a morte gradual de conjuntos específicos de neurônios (CYRNE et al., 2010). Classifica-se este tipo de doença como resultante da ação de proteínas com tratos tóxicos de poliglutamina, ocorrendo um aumento no número de repetições do trinucleotídeo CAG (citosina-adenina-guanina), por uma instabilidade do DNA que acaba por favorecer essas repetições exageradas. É na extremidade do braço longo de um ou dos dois cromossomos 14, que ocorre a mutação responsável pelo aparecimento da doença. Enquanto nos indivíduos normais a repetição de um triplete de CAG encontra-se abaixo de 40 vezes, nos indivíduos doentes essa repetição é superior a 60 vezes, podendo chegar até a 84 repetições. Essa mutação tem uma influência direta no cerebelo, que afeta principalmente o equilíbrio e a coordenação motora, provocando a maior parte dos sintomas da doença (ARAUJO et al., 2010). As principais funções do cerebelo envolvem coordenação da atividade motora, equilíbrio, tônus musculares, atualizar os comandos de movimentos, modular a força e a amplitude dos movimentos e está envolvido na aprendizagem motora. Doenças e distúrbios cerebelares produzem deficiências na velocidade, amplitude e força do movimento. (ARTIGAS et al., 2013).

Objetivos: Realizar um levantamento da literatura sobre a intervenção fisioterapêutica na doença de Machado-Joseph.

Relevância do Estudo: A doença de Machado-Joseph entre as ataxias, é a mais comum, sendo a fisioterapia um importante recurso na reabilitação das alterações motoras como o equilíbrio e a marcha.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Bireme, Scielo, Lilacs e Pubmed. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados sem limitação de data. As palavras-chave utilizadas na busca foram: ataxia, marcha, espinocerebelar, fisioterapia.

Resultados e discussão: Na DMJ podem ocorrer alterações na velocidade, amplitude e força dos movimentos, dismetria, disdiadococinesia, dissinergia, tremor de ação, alterações no tônus muscular, hiperreflexia ou arreflexia e dificuldade de manter o equilíbrio. A marcha pode ficar atáxica, com ampliação da base de sustentação, instabilidade, passos irregulares e mais lentos, lateropulsão e tremor na amplitude de movimento, elevando o risco de quedas e causando implicações nas atividades de vida diárias (ARTIGAS et al., 2013).

A adesão a um programa fisioterapêutico que beneficie o equilíbrio e a marcha deve ser prioridade no protocolo desenvolvido, além de força e condicionamento físico, pois os pacientes relatam quedas frequentes e isso acaba por afetar tanto a integridade física como psíquica. Com essa premissa faz-se necessário treinar as reações de proteção, endireitamento e equilíbrio estático e dinâmico (ARAUJO et al., 2010).

A fisioterapia auxilia, na eficiência e independência nas atividades diárias (AVD's), já que existe a perda destes elementos com a progressão da doença. (WOLFFENBÜTTE et al., 2016). Proporciona uma melhor adequação postural e treinamento de habilidades funcionais, com ganho e/ou manutenção de força, amplitude de movimento, modulação de tônus, habilidades manuais, e promoção de controle e velocidade dos movimentos. A conduta terapêutica deve constar de tarefas funcionais associadas a exercícios proprioceptivos, visando estabilidade proximal e distal; treino e reação de endireitamento em superfícies instáveis; e treino de marcha (WOLFFENBÜTTE et al., 2016). Além disso, o plano de tratamento fisioterapêutico para o portador de ataxia espinocerebelar varia de acordo com o conjunto de comprometimentos apresentados e o grau em que o paciente desenvolveu estratégias compensatórias. Os objetivos de uma abordagem orientada ao treinamento do controle postural e à mobilidade devem incluir a prevenção de comprometimentos, desenvolvendo e adotando estratégias eficazes e específicas à tarefa do indivíduo, de forma que as atividades funcionais possam ser executadas da melhor maneira possível. Portanto, é importante que o fisioterapeuta avalie detalhadamente o paciente, levando em consideração o tipo de ataxia que apresenta e sua funcionalidade, para que então possa elaborar um atendimento que atenda às particularidades de cada sujeito. (ARTIGAS, 2013).

Conclusão: O tratamento fisioterapêutico tem se mostrado uma alternativa importante para a melhora das disfunções atáxicas.

Referências

ARAUJO, M. J. L.; CARDOSO, P. L.; SILVA, L. C.; OLIVEIRA, D. A.; A Atuação da Fisioterapia Neurofuncional na Doença de José-Machado: Relato de Caso. **Neurobiologia**, v.73, n.1, jan./mar., 2010.

ARTIGAS, N. R.; AYRES, J. S.; NOLL, J.; PERALLES, S. R. N.; BORGES, M. K.; BRITO C. I. B.; Atendimento Fisioterapêutico para Indivíduos com Ataxia Espinocerebelar: Uma Revisão da Literatura. **Rev. Neurociência**, v.21, n. 1, p.126-135, 2013.

CYRNE, D. A. B.; MALAGUTTI, M.; BARNABÉ, A.S.; FORNARI, J. V.; RODRIGUES, F. S. M.; FERRAZ, R. R. N.; Ataxia Espinocerebelar (doença de Machado-Joseph): três relatos de caso; **ConScientiae Saúde**, v.10, n.2, p. 346-355, 2011

WOLFFENBÜTTE. P.I.; GERZSON. L.R.; ALMEIDA. C.S.; A percepção de sujeitos com doença de machado-joseph sobre a influência da fisioterapia na qualidade de vida.**Rev. Biomotriz**, v.10, n. 01, p. 57-71 – 23, Jul., 2016.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PREVENÇÃO DA DORT ATRAVÉS DA GINÁSTICA LABORAL – REVISÃO DE LITERATURA

¹William Lemos;²Rogério Eduardo Santos Tiozzi Castello Branco;³João Victor Pedroso Duarte; ⁴Patrick Dias Batista Mieli ; ⁵Laura Gomes; ⁶Cíntia Zacaib;

¹Aluno de Bacharelado em Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – ;
williamlemos_07@hotmail.com;

²Professora do curso de Bacharelado em Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
cintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Dort, doenças, fisioterapeuta, exercício físico.

Introdução: Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort) representam problema incapacitante e de grande importância para a saúde pública dentro do quadro de morbidade de trabalhadores, representando em 2011 o segundo maior motivo de concessão de benefícios acidentários do tipo auxílio-doença no Brasil, segundo a Previdência Social. Essas afecções estão diretamente associadas a fatores ocupacionais que colocam em risco a saúde de trabalhadores, o que necessita cada vez mais atenção para implementação de práticas que garantam o bem-estar desses indivíduos, nesse contexto, o fisioterapeuta enquanto participante do processo de consolidação de ações de vigilância tem o desafio de compreender a abrangência de suas habilidades, o conhecimento do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores e, assim, agregar em sua atuação novos elementos para análise de Dort, possibilitando melhores condições para o desenvolvimento de ações de saúde integrais (MELO et al., 2017). Diante disso, o fisioterapeuta especialista em saúde do trabalhador torna-se cada vez mais fundamental no meio industrial, atuando principalmente em áreas como a ergonomia e biomecânica, prevenindo as lesões músculo esqueléticas e melhorando a qualidade de vida do trabalhador, e com isso ocasionando uma melhora no desempenho e na produtividade no trabalho (MAIA, 2014), é o profissional apto a atuar preventivamente, orientando adequadamente o trabalhador quanto aos cuidados com a postura e a saúde, de modo a minimizar os fatores de risco de surgimento de doenças ocupacionais (TSUCHIYA; MENDONÇA; CESAR, 2009). Diante dos estudos expostos anteriormente, este trabalho traz como hipótese que a prática da ginástica executada no ambiente de trabalho é capaz de prevenir a Dort, evitando assim o absenteísmo, melhorando também a produtividade e a qualidade de vida do trabalhador.

Objetivos: Verificar a necessidade da atuação do fisioterapeuta nas ações preventivas de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e o uso da ginástica laboral como forma de prevenção.

Relevância do Estudo: Este estudo é relevante no sentido de mostrar aos profissionais da saúde e também empresários, a necessidade da atuação do fisioterapeuta, não só na recuperação, mas também na prevenção dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão literária, utilizando as principais fontes eletrônicas, tais como Google acadêmico, Scielo, Pubmed entre outras.

Resultados e discussões: Devido aos prejuízos sociais e financeiros que as doenças relacionadas ao trabalho ocasionam, a estratégia mais viável de evitar o seu surgimento é a prevenção e o exercício físico no local de trabalho, conhecido como ginástica laboral, intervenções educativas, e-mails coletivos, aconselhamentos individuais ou coletivos são exemplos dessas intervenções preventivas (SERRA; PIMENTA; QUEMELO, 2014). A ginástica laboral pode ser vista para além da atividade física, enquanto prática voltada à

saúde e ao lazer, mas principalmente como mais um instrumento utilizado pelo capital, para que o trabalhador se sinta melhor fisicamente e psicologicamente e, se sentindo melhor, seja um trabalhador produtivo em potencial, pois tem como objetivo principal, aumentar a resistência à fadiga central e periférica, promover o bem-estar geral, melhorar a qualidade de vida, combater o sedentarismo e diminuir o estresse ocupacional dos trabalhadores, já para as empresas, os principais objetivos são, diminuir os acidentes de trabalho, reduzir o absenteísmo e a rotatividade, aumentar a produtividade, melhorar a qualidade total, prevenir e reabilitar as doenças ocupacionais como tendinites e DORT (DELANI et al., 2013; REZENDE, 2017). Os estudos verificados nessa pesquisa de revisão bibliográfica mostram que as Dort são as principais responsáveis pela incapacitação, baixa produtividade, absenteísmo e conseqüentemente a qualidade de vida do profissional (MELO et al., 2017), e que uma das principais formas de se combater tal problema é a introdução da ginástica laboral no ambiente de trabalho, através da atuação do fisioterapeuta, evitando que esse tipo de doença acometa os trabalhadores, evitando os afastamentos, aumentando a produção, conseqüentemente o lucro das empresas, melhorando o convívio psicossocial do profissional e sua qualidade de vida (SERRA; PIMENTA; QUEMELO, 2014; DELANI et al., 2013; REZENDE, 2017), indo ao encontro da hipótese desta pesquisa que a prática de tal atividade física é capaz de prevenir a Dort, evitando assim o absenteísmo, melhorando também a produtividade e a qualidade de vida do trabalhador.

Conclusão: Diante do que foi verificado na presente pesquisa, podemos concluir que a atuação do fisioterapeuta no ambiente de trabalho se faz cada vez mais necessário, principalmente na prevenção dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e que a utilização da ginástica laboral se torna uma importante aliada nessa prevenção.

Referências

DELANI, D.; EVANGELISTA, R. A.; PINHO, S.; SILVA, A. C. **Ginástica Laboral: melhoria na qualidade de vida do trabalhador** 2013.

MAIA, F. E. S. Fisioterapia do trabalho, uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador: uma revisão de literatura. **Rev. Urutágua**, n.30, p. 124-132, mai.-out., 2014.

MELO, B. F.; SOUZA, A. C. A. G.; FERRITE, S.; BERNARDES, K. O. Atuação do fisioterapeuta nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: indicadores das notificações dos Dort. **Fisioter. Pesqui.** v.24, n.2, p.136-142, 2017.

REZENDE, J. A. **GINÁSTICA LABORAL: uma análise do ambiente de trabalho enquanto espaço de saúde e produtividade no setor sucroenergético Microrregião Geográfica de Ituiutaba (MG)**. 2017. 130f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Faculdade de Ciências Integradas do Pontal, Universidade Federal de Uberlândia, Ituiutaba, 2017.

SERRA, M. V. G. B.; PIMENTA, L. C.; QUEMELO, P. R. V. Efeitos da ginástica laboral na saúde do trabalhador.. **Rev. Pesqui. Fisioter.** v.4, n.3, p.197-205, dez., 2014.

TSUCHIYA, H. Z. C.; MENDONÇA, C. S. L.; CESAR, A. C. G. Associação entre características pessoais, organização do trabalho e presença de dor em funcionários de uma indústria moveleira. **Fisioter. Pesq.** v.16, n.4, p.294-298, out./dez. 2009.

Fisioterapia na Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

Tatiane Cristina Martins¹; Francielle Peres Brasil¹; Vera Ariete¹; Ana Paula Akashi²

¹ Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB tatipof@hotmail.com

² Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
ap.akashi@bol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: esclerose lateral amiotrófica, neurônio motor, fisioterapia.

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa que acomete tanto o neurônio motor superior quanto o inferior, caracterizada pela deterioração progressiva das células do núcleo motor dos nervos cranianos do tronco encefálico, do corno anterior da medula. Não ocorre comprometimento primário das funções sensitivas, vesico-esfincterianas e sexuais como também das funções corticais superiores como inteligência e memória. A doença manifesta-se pela fraqueza muscular, atrofia, fasciculações, hipotonia e câibras musculares características de lesão de neurônio motor inferior, ocorrem também reflexos tendinosos hiperativos, sinal de Babinski, clônus e espasticidade, características do neurônio motor superior, além de disfagia, disartria e sialorréia. No paciente acometido pela doença, existe um declínio funcional de início distal, em especial nos membros superiores, progredindo posteriormente para os demais membros, tronco, musculatura faríngea e insuficiência respiratória. Acredita-se que sua etiologia seja multifatorial, genética e ambiental (BANDEIRA et al., 2010). No Brasil, existem em média 1,5 casos por 100.000 habitantes e evidências apontam um leve excedente de casos no sexo masculino em relação ao sexo feminino, com uma proporção de 1,5:1. A causa de óbito está geralmente relacionada à falência respiratória, disfagia e bronco aspiração e ocorre em torno de 36 meses após o aparecimento dos primeiros sintomas. A fisioterapia tem como objetivo primário manter a independência com mobilidade funcional e a realização das atividades de vida diária, os objetivos secundários incluem minimizar as deficiências através de adaptações; educar o paciente e orientar os familiares; prescrever exercícios apropriados; prevenir as complicações relacionadas à imobilidade e eliminar ou prevenir a dor. Todos estes objetivos, em conjunto, contribuem para uma melhor qualidade de vida para os pacientes com ELA (ORSINI et al., 2009).

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica sobre o tratamento fisioterapêutico na esclerose lateral amiotrófica.

Relevância do Estudo: Devido ao pequeno número de trabalhos relacionados à fisioterapia na esclerose lateral amiotrófica.

Materiais e métodos: Para a realização do presente estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica, que incluiu artigos científicos utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs referentes ao assunto principal. A pesquisa abrangeu a literatura publicada no período de 2000 a 2017.

Resultados e discussões: A Fisioterapia faz parte da equipe multidisciplinar para o suporte dos pacientes com ELA com o propósito de minimizar a progressão de sintomas, promover qualidade de vida e independência funcional. ORSINI et al., (2009) referem aos profissionais de saúde engajados com a reabilitação motora sobre os riscos existentes no tratamento de pacientes com ELA no que diz respeito ao uso excessivo ou à atrofia por desuso, bem como conscientizá-los sobre a importância da busca do equilíbrio. Relatam ainda que, para evitar a perda funcional mais rápida do que o esperado pela história natural da doença, tanto o paciente quanto o terapeuta devem balancear o nível de atividades. Podem ser prescritos exercícios de amplitude de movimento ativo e alongamento global, exercícios de fortalecimento dos músculos não afetados com resistência moderada e atividades aeróbicas

em níveis submáximos como natação, caminhada, bicicleta nas fases iniciais da patologia, já na fase avançada, o paciente encontra-se restrito ao leito e requer assistência máxima com as atividades de vida diária, mudança de decúbito frequente para prevenir úlceras de pressão e estase venosa além dos cuidados com a dor contínua. No estudo de Facchinetti et al., (2009) foram feitas comparações entre estudos e descrição de diferentes exercícios cinesioterapêuticos e paliativos para cada fase da ELA. Constataram que um programa de exercícios de fortalecimento pode ser um componente essencial no tratamento variando de acordo com o estágio da doença. Segundo Lima e Veiga (2017) a prática regular de exercícios de carga e intensidade moderadas pode resultar em melhora do déficit motor, da capacidade funcional e da qualidade de vida. Existem poucos estudos experimentais no campo da fisioterapia com o objetivo de encontrar novos tratamentos e a análise desses métodos, principalmente estudos longitudinais com um número satisfatório de pacientes. Assim, são necessários mais estudos por fisioterapeutas visando a uma abordagem baseada em evidências.

Conclusão: Pode-se concluir que a fisioterapia em pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica é um importante recurso de tratamento contribuindo para retardar os danos motores da doença.

Referências

BANDEIRA, F. M.; QUADROS, N. N. C. L; ALMEIDA, K. J. Q; CALDEIRA, R. M. Avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) em Brasília. **Revista de Neurociência**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 133-138, 2010.

FACCHINETTI, L. D; ORSINI, M; LIMA, M.A.S.D. Os riscos do exercício excessivo na Esclerose Lateral Amiotrófica: atualização de literatura. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 33-38, 2009.

FERREIRA, T. B.; SILVA, N. P. O; MARTINS, L. J. N. S; BRITO, M. A. M; CAVALCANTI, F. A. C. Fisioterapia motora na Esclerose Lateral Amiotrófica: estudo descritivo de quatro protocolos de intervenção. **Revista de Neurociência**, Rio Grande do Norte, v. 21, n. 4, p. 609-616, 2015.

LIMA, A. O. A; VEIGA, I. N. Intervenção fisioterápica na Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista Eletrônica Atualiza Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 5, p. 20-28, 2017.

ORSINI, M; FREITAS, M. R. G; MELLO, M. P; ANTONIOLI, R. S; REIS, J. P. B; et.al. Reabilitação física na Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista Neurociência**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 30-36, 2009.

EFICÁCIA DAS TERAPIAS MANUAIS NA DTM

Iasmim Feliciano Castilho¹; Amanda Gabriela Constantino¹; Ana Julia Aparecida Alves¹;
Nayara Fernanda Celestino Próspero¹; Elaine Camargo²;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – mim__16@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
elaineccostaesilva@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: terapia manual, tratamento DTM, disfunção temporomandibular, disfunção craniomandibular.

Introdução: A articulação temporomandibular (ATM) é capaz de realizar movimentos como elevação, depressão, protrusão e retração da mandíbula, além de movimentos de lateralidade, é considerada um dos elementos do sistema estomatognático e constitui um elo entre a mandíbula um osso impar (na qual se implantam os dentes inferiores) e o osso temporal que é par e constitui a caixa craniana. A postura, a mastigação, a fonação, deglutição e a respiração dependem do correto funcionamento da ATM juntamente com os diversos componentes do sistema estomatognático (BASSI et al., 2011).

O mal funcionamento da ATM pode causar diversas disfunções musculoesqueléticas, entre elas, as disfunções craniomandibulares (DCM) que é definida como uma condição patológica que afeta a articulação têporomandibular, os músculos da mastigação e os componentes adjacentes. A maior causa de dor na DCM é musculoesquelética, envolvendo a região cervical e a musculatura da mastigação. Os sintomas clássicos da DCM são os ruídos na articulação da mandíbula, limitação dos movimentos e/ou desvios dos movimentos da mandíbula, dor à nível articular temporomandibular e/ou músculos mastigatórios e na região cervical (SILVA et al., 2011).

Não é possível reconhecer um único fator etiológico desencadeante de DTM, pois sua causa envolve a associação de fatores psicológicos, estruturais e posturais, que desequilibram a oclusão dentária (TOSATO et al., 2007).

A fisioterapia é uma alternativa de tratamento para reabilitação dos indivíduos com DTM. As repercussões e os benefícios de seus recursos e procedimentos podem minimizar os sinais e sintomas dos pacientes acometidos por essa patologia e assim contribuir para melhora da qualidade de vida, com o objetivo de reestabelecer a função normal da ATM e estruturas associadas. Modalidades terapêuticas como a acupuntura, cinesioterapia, eletroterapia e termoterapia, massoterapia podem promover analgesia e relaxamento da musculatura, coordenação muscular, recuperar a amplitude de movimento além de correção de posturas viciosas (BASSI et al., 2011).

Objetivos: A presente revisão de literatura tem por objetivo de verificar se terapias manuais são eficazes no tratamento de disfunções temporomandibulares.

Relevância do Estudo: Demonstrar através de estudo que as terapias manuais consistem em um método eficaz, barato e importante para o tratamento DTM.

Materiais e métodos: Foi realizada revisão de literatura em bases de dados científicos como PubMed, Scielo e Google Acadêmicos, as palavras-chave utilizadas foram terapias manuais, tratamento DTM. Artigos publicados a partir de 2007.

Resultados e discussões: A queixa principal de pacientes com disfunção têporomandibular é a dor muscular, que está associada a uma tensão muscular, encontrada com maior freqüência em locais como face, mandíbula, região auricular, têporas ou nuca. A terapia manual tem como objetivos estimular a propriocepção, produzir elasticidade e fibras aderidas, estimular o liquido sinovial e diminuir a dor (PAIVA et al., 2015).

A terapia manual contém diversos exercícios fisioterapêuticos, como por exemplo: alongamentos, exercícios isotônicos, liberação miofacial, técnicas de relaxamento, mobilização articular, massagens, exercícios isométricos resistidos, entre outros. A escolha da fisioterapia para o tratamento de DTM é simples e pouco invasiva, e mostra efeitos positivos em longo prazo. A terapia fisioterapêutica permite aliviar a dor, restaurar a função normal e melhorar a coordenação da atividade muscular (SANTOS et al., 2016).

Conclusão: Com base nos estudos encontrados conclui-se que as terapias manuais, feitas corretamente, são eficazes, de baixo custo e de grande importância no tratamento de disfunções temporomandibulares. E se associado a outras técnicas não invasivas ajudam a potencializar o tratamento, obter maior resultado no controle da dor e reabilitar para sua função normal.

Referências

BASSI, A. F. B.; MORIMOTO, R. S.; COSTA, A. C. S. Disfunção temporomandibular: uma abordagem fisioterapêutica. **III ENCONTRO CIENTÍFICO E SIMPÓSIO DE EDUCAÇÃO UNISALESIANO**, Lins, 2011.

SILVA, G. R.; MARTINS, P. R.; GOMES, K. A.; MAMBRO, T. R. D.; ABREU, N. S. O efeito de técnicas de terapias manuais nas disfunções craniomandibular. **Rev Bras Cien Med Saúde**, Juiz de Fora, v.1, n. 1, p. 17-22, 2011.

TOSATO, J. P.; GONZALEZ, D. A. B.; CARIA, P. H. F. Efeito da massoterapia e da estimulação elétrica nervosa transcutânea na dor e atividade eletromiográfica de pacientes com disfunção temporomandibular. **Rev Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 14, n. 2, 2007.

PAIVA, A. C. B. O.; SOUZA, R. A. Efeito da terapia manual em pacientes com disfunção craniomandibular: revisão bibliográfica. **Rev Amazônia: Science & Health**, Tocantins, v. 3, n. 1, p. 33-36, 2015.

SANTOS, L. F. S.; PEREIRA, M. C. A. A efetividade da terapia manual no tratamento de disfunções temporomandibulares (dtm): uma revisão da literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 49, p. 72-77, 2016.

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR EM CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

Vanessa Ferreira Maciel¹; Fabiana de Paula Teixeira²; Carolina Tarcinalli Souza³;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
van.maciel2010@hotmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
fabianafabidepaula@gmail.com;

³Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
caroltar@msn.com;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Fisioterapia; Desenvolvimento Neuropsicomotor; Microcefalia

Introdução: A definição mais comum de microcefalia é “Perímetro Cefálico maior que dois desvios padrão (DP) abaixo da média em comparação com crianças pareadas por idade e gênero” (HARRIS, 2013). É uma condição de saúde na qual o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. Várias são as causas dessa malformação congênita, como agentes químicos e biológicos. Dentre os agentes biológicos, destaca-se a infecção por Zika vírus (BRASIL, 2016). Geralmente o cérebro é especialmente plástico após a conclusão da migração neuronal durante os processos de crescimento e formação de sinapses estão altamente ativo, isso quer dizer que uma elevada plasticidade pode ser esperada até 6 a 8 meses após o nascimento do bebê a termo. Este período é essencial para uma recuperação funcional mais próxima possível do normal, indicando que o quanto antes é a intervenção, melhor o prognóstico. Quando iniciados antes do 9º mês de vida, os programas terapêuticos apresentam maiores ganhos nas habilidades motoras e pessoais comparados a programas iniciados mais tardiamente (KOLB et al., 2001). A Fisioterapia representa um papel importante na vida da criança com microcefalia, pois atua de forma preventiva e interventiva por meio da estimulação precoce; da prescrição de equipamentos auxiliares quando preciso; da integração sensorial; da terapia lúdica; da tecnologia assistida; da orientação familiar e; por fim no que se diz respeito às orientações para que a inclusão escolar aconteça (TECKLIN, 2002).

Objetivos: Revisar na literatura o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças com microcefalia.

Relevância do Estudo: O desenvolvimento neuropsicomotor atípico merece uma atenção especial, pois suas habilidades motoras e ou cognitivas poderão estar prejudicadas fazendo-se assim a necessidade de estímulos apropriados para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites, Scielo, Bireme, pubmed, sem limitação de data com palavras-chave como: fisioterapia, desenvolvimento neuropsicomotor e microcefalia.

Resultados e discussões: O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é um processo sequencial, contínuo e que tem relação com a idade cronológica, pelo qual se adquire habilidades motoras, que progridem de movimentos simples e desorganizados para habilidades motoras altamente organizadas e complexas, porém o contrário ao desenvolvimento sequencial e contínuo a criança apresentará alterações no desenvolvimento neuropsicomotor necessitando assim da estimulação (MARINHO et al., 2016). Para Norbert et al., (2016) a estimulação necessita de diversos movimentos, que favoreçam adequação de tônus e força muscular resultando na consciência do próprio corpo e inibição de movimentos estereotipados. Atividades de estimulação sensorial tátil com objetos de diferentes cores, texturas, ruídos são de fácil execução e os apoios familiares são de suma importância para o desenvolvimento. Corroborando com este estudo uma revisão de literatura narrativa sobre a importância da estimulação precoce em crianças com

microcefalia, os autores concluíram que na maioria dos casos de microcefalia, esta vem acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral e que cada paciente poderá ter comprometimentos diferentes, podendo a criança apresentar atraso no DNPM, déficits auditivos, físicos, intelectuais, cognitivos e ou visuais. (FLOR; GUERREIRO; DOS ANJOS, 2017).

Conclusão: A estimulação precoce promove um melhor ganho de habilidades, minimizando os atrasos cognitivos, visuais, auditivos e motores.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde: Brasília, 2016.

FLOR, C.J.D.R.V.; GUERREIRO, C. F.; DOS ANJOS, J.L.M. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças com microcefalia associado ao zika vírus. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n. 3, 2017.

HARRIS, S. R. Congenital idiopathic microcephaly in an infant: congruence of head size with developmental motor delay. **Dev. Neurorehabil.**, v.6, n. 2, p.129–32, 2013.

KOLB, K.; GIBB, R. Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain. **J Can Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 20, n. 4, p.265–276, 2001.

MARINHO, F.; ARAÚJO, V.; PORTO, D.; FERREIRA, H.; COELHO, M.R.S.; LECCA, R.C.R. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 25, n. 4, p.701-712, 2016.

NORBERT, A.A.F.; CEOLIN, T.; CHRISTO, V.; STRASSBURGER, S.Z.; BONAMIGO, E.C.B. **A importância da estimulação precoce na microcefalia.** Salão do Conhecimento. 2016.

RELAÇÃO DA POSTURA CERVICAL COM A OCLUSÃO DENTÁRIA EM CRIANÇAS RESPIRADORAS ORAIS

Dandara Regina Marin Neves¹; Ana Caroline Garcia¹; Juliana Correia¹; Lorena de Oliveira;
Elaine Camargo²;

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – dandara.fisio@gmail.com;

³Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
elaineccostaesilva@gmail.com.br.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: MÁ OCLUSÃO; POSTURA CERVICAL; RESPIRADOR ORAL;

Introdução: O equilíbrio do corpo bem como os movimentos da cabeça é originado pelo posicionamento do crânio sobre a região cervical determinando assim a postura do indivíduo (ALDANA *et al.*, 2011). Devido à íntima relação existente entre os músculos da cabeça e região cervical com o sistema estomatognático, iniciaram-se estudos que visavam confirmar que alterações posturais da cabeça e restante do corpo poderiam levar a um processo de desvantagem biomecânica da ATM, levando a um quadro de disfunção temporomandibular. (AMANTÉA *et al.*, 2004). O respirador oral é aquele indivíduo que respira predominantemente pela boca por um período de pelo menos 6 meses, a partir de qualquer idade, independentemente da causa. Na criança, as causas mais frequentes incluem a hipertrofia de amígdalas palatinas; a presença de pólipos nasais, de vegetações adenoideas e de desvios de septo nasal; as rinites de uma forma geral; a rinosinusite; a presença de cavidade nasal estreita; a atresia congênita de coanas ou, simplesmente, por hábito (COSTA *et al.*, 2005). Alguns autores concordam que a respiração oral pode dar origem a alterações dento maxilares (musculares e esqueléticas), como protrusão e apinhamento dentário, má oclusões dentárias. Porém ainda existe controversas quanto a má oclusão dentária relacionada ao paciente respirador oral, já que a respiração oral completa não provocaria má oclusão, pois a musculatura se encontraria flácida, não funcional e, por consequência, não lesiva. Ao contrário, a respiração oral parcial provocaria a má oclusão dentária, por necessitar de ação muscular potente, de forma anormal (MOTTA *et al.*, 2009). Portanto para compensar o peso do crânio e manter a cabeça alinhada, torna-se necessário o equilíbrio entre as forças musculares anteriores e posteriores à coluna cervical, sendo que os músculos mais fortes, na região posterior, apoiam-se na cintura escapular. Dessa maneira, ao se avaliar a posição da cabeça, é importante observá-la em relação ao pescoço e ao corpo e sua associação ou não com má oclusão dentária, assim como a situação da ATM (AMANTÉA *et al.*, 2004). Em estudos as crianças foram avaliadas por médicos otorrinolaringologistas e médica alergista, sendo submetidas à nasofibroscopia e a testes alérgicos cutâneos de sensibilidade imediata, teste do espelho e o teste de água. Em seguida as crianças foram submetidas a exame clínico ortodôntico, sendo classificadas como portadoras de má oclusão classe I, II e III ou normais (COSTA *et al.*, 2005). Os portadores de má oclusão classe I possuem um perfil facial reto e bom posicionamento da maxila e mandíbula. As más oclusões da classe II caracterizam-se pelo fato de o primeiro molar inferior situar-se distalmente ao primeiro molar superior. Na má oclusão classe II divisão 1ª, os portadores frequentemente apresentam problemas de desequilíbrio da musculatura facial e perfil facial convexo, decorrente do distanciamento vestibulo-lingual entre os incisivos superiores e inferiores. Na má oclusão classe II divisão 2ª, os portadores apresentam musculatura equilibrada ou com suave alteração. A má oclusão classe III é caracterizada pela mesioclusão do primeiro molar inferior e os portadores, em geral, apresentam uma musculatura desequilibrada e o perfil facial côncavo (ROSA *et al.*, 2008).

Objetivos: Revisar na literatura o relacionamento entre a má oclusão e alterações cervicais em crianças.

Relevância do Estudo: O presente estudo foi possível observar correlação entre respiração oral e alteração postural da cabeça e pescoço em crianças nas diferentes classes oclusais. As crianças com respiração oral mudam a postura da cabeça, provavelmente, para adaptar a angulação da faringe para facilitar a entrada de ar pela boca, na tentativa de obter um melhor fluxo aéreo superior.

Materiais e métodos: Revisão de literatura nos acervos bibliográficos como Bireme, Lilacs, PubMed, em artigos publicados em revistas científicas a partir de 2004.

Resultados e discussões: Os dados obtidos por Motta et al., (2009) mostraram que quando avaliado o ângulo cervical em relação às classes oclusais, as crianças portadoras de má oclusão classe II apresentaram uma posição mais anteriorizada da cabeça, diferindo das crianças portadoras de má oclusão classe I, confirmando que essas mantêm a posição da cabeça em equilíbrio. O autor também alerta para a discussão da avaliação multidisciplinar do respirador oral precocemente, pois, tanto a condição de respirador oral quanto a da alteração postural da cabeça, podem comprometer o desenvolvimento adequado do complexo craniofacial.

Conclusão: As pesquisas permitiram concluir que existe relação entre respiração oral, a postura da cabeça e pescoço e oclusão classe II de Angle nas crianças. Em sujeitos com respiração oral, a anteriorização da cabeça foi predominante.

Referências

AMANTÉA, D. V.; NOVAES, A. P.; CAMPOLONGO, G. D.; BARROS, T. P. A importância da avaliação postural no paciente com disfunção da articulação temporomandibular. **Rev. Acta Ortop Bras.**, v. 12, n. 3, p. 155-159, 2004.

ALDANA, A. P.; BÁEZ, J. R.; SANDOVAL, C. C.; BERGARA, C. N.; CAUVI, D. L.; REGUERA, A. F. Asociación entre maloclusiones y posición de la cabeza y cuello. **Rev. Int. J. Odontostomat.**, v. 5, n. 2, p. 119-125, 2011.

COSTA, J. R.; PEREIRA, S. R. A.; MITRI, G.; MOTTA, J. C.; PIGNATARI, S. S. N.; WECKX, L. L. M. Relação da oclusão dentária com a postura de cabeça e coluna cervical em crianças respiradoras orais. **Rev. Paul Pediatría**, v. 23, n. 2, p. 88-93, 2005.

MOTTA, L. J.; MARTINS, M. D.; FERNANDES, K. P. S.; FERRARI, R. A. M.; GONZALEZ, D. A. B.; BUSSADORI, S. K. Relação da postura cervical e oclusão dentária em crianças respiradoras orais. **Rev. CEFAC**, v. 11, n. 3, p. 298-304, 2009.

ROSA, L. P.; MORAES, L. C.; MORAES, M. E. L.; FILHO, E. M.; CASTILHO, J. C. M. Avaliação da postural corporal associada às maloclusões de classe II e classe III. **Rev. Odonto Ciênc.**, v.23, n. 1, p. 20-25, 2008.

A importância de exercícios físicos para indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II

Edilaine Henrique Vilela¹; Camila Gimenes²;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
edilainevilela91@gmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
professoracamilagimenes@gmail.com.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Glicemia, Exercícios, Treinamento físico.

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença endócrina caracterizada por distúrbios metabólicos, incluindo elevada glicemia em jejum e altas concentrações de glicose sanguínea após as refeições. O DM tipo 2 (DM2) é o mais comum (90 à 95% dos casos), acontece geralmente após os 40 anos e está associado com história familiar de DM (Diretrizes SBD, 2015-2016). O tratamento e controle adequado do DM podem evitar ou retardar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, retinopatias, neuropatias autonômicas e periféricas, nefropatias, doença cerebrovascular, hipertensão, entre outras (ARSA et al., 2009). Complicações vasculares são causas de morte em até 80% dos indivíduos com DM e 75% das mortes são devidas à doença arterial coronariana (SIXT et al., 2004). Existem evidências consistentes dos efeitos benéficos do exercício na prevenção e no tratamento do DM, atuando sobre o controle glicêmico e reduzindo o risco cardiovascular (Diretrizes SBD, 2015-2016), melhorando a flexibilidade, a agilidade e o equilíbrio (MENDES et al., 2011). O tratamento do DM visa à manutenção do controle metabólico com a terapia medicamentosa e não medicamentosa, relacionada à mudanças de comportamento, baseada na orientação nutricional e na prática regular de exercício físico (GOMES VILAS-BOAS et al., 2011).

Objetivos: Descrever, por meio de uma revisão na literatura, a importância dos exercícios físicos para indivíduos com DM2.

Relevância do Estudo: Visto que a incidência do DM é crescente, estudos sobre o tema são importantes a fim de reestruturar ações preventivas e educativas amenizando os gastos gerados com seu tratamento, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos e reduzindo taxas de mortalidade consequentes às suas complicações.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura baseada na contextualização do tema “exercícios físicos para indivíduos com Diabetes Mellitus tipo II” buscamos bancos de dados Scielo e Bireme, com utilização de referências publicadas do ano 2000 até o ano atual.

Resultados e discussões: O exercício físico promove maior capitalização das fibras musculares e melhor função mitocondrial, melhorando a sensibilidade dos tecidos à insulina. Sabe-se que após uma sessão de exercício (24 a 72 horas) ocorre maior sensibilidade à insulina, aumentando a captação da glicose nos músculos e nos adipócitos e reduzindo a glicemia sanguínea. Assim, o exercício facilita o metabolismo glicídico e sua eficiência, melhorando a regulação glicêmica, observada na redução das concentrações basal e pós-prandial de insulina, e também pela redução da hemoglobina glicada nos diabéticos fisicamente ativos (Diretrizes SBD, 2015-2016), além de reduzir a pressão arterial, melhorar a aptidão cardiovascular, tonicidade e flexibilidade articular (MOLENA-FERNADES et al., 2005). O exercício físico é determinante para o processo de mobilização da gordura corporal pois gasta com eficiência o que se consome de calorias em uma alimentação diária (ARSA et al., 2009).

Antes de iniciar um programa de exercícios, o paciente com DM deve ser submetido a uma avaliação médica detalhada com métodos diagnósticos adequados, analisando

cuidadosamente a presença de complicações micro e macrovasculares. A identificação dessas condições permitirá a elaboração de uma prescrição individualizada de exercícios que objetiva minimizar o risco para o paciente (SCHNEIDER et al., 2000).

A prescrição de exercício deve incluir recomendações sobre o tipo, modo, duração, intensidade, frequência e progressão. Por outro lado, também deve orientar sobre situações específicas, como a prevenção e controle das hipoglicemias e a adaptação da realização do exercício a comorbidades associadas, como por exemplo, o pé diabético (MENDES et al., 2011). A recomendação mais atual para diabéticos é de 150 minutos de exercícios de moderada intensidade por semana ou 75 minutos de exercícios de alta intensidade por semana ou uma combinação de ambos. Recomenda-se atividade moderada e considera-se a possibilidade de aumento da intensidade para benefício adicional no controle glicêmico (Diretrizes SBD, 2015-2016). No exercício aeróbio, o modo mais recomendado é a marcha, por apresentar várias vantagens: é acessível à população, é econômica, não tem contraindicações importantes, tem baixo impacto articular, baixo risco cardiovascular e permite variar a intensidade (MENDES et al., 2011).

Conclusão: O paciente com DM2 tem grandes benefícios com a prática regular de exercício físico principalmente quanto à redução do peso corporal ou manutenção de um peso ideal, diminuição da resistência à insulina, melhora do controle glicêmico, o que, por sua vez, pode reduzir o risco de complicações.

Referências

ARSA, G. et al. Diabetes Mellitus tipo 2: Aspectos fisiológicos, genéticos e formas de exercício físico para seu controle. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.11, n.1, p.103-11, 2004.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech. [et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

GOMES VILAS-BOAS, L.C. et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto Enfermagem**, v.20, n.2, p.272-9, 2011.

MENDES, R. et al. Programa de exercício na Diabetes tipo 2. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 6, n. 2, p.62-70, 2011.

MOLENA-FERANDES, C. A. et al. A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.

SCHNEIDER, S. H.; RUDERMAN, N. B. Diabetes mellitus e exercício. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.6, n.1, 2000.

SIXT, S.; KORFF, N.; SCHULER, G. Opções terapêuticas atuais para diabetes mellitus tipo 2 e doença arterial coronariana: prevenção secundária intensiva focada no treinamento físico versus revascularização percutânea ou cirúrgica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.10, n.3, p. 220-23, 2004.

CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DA FISIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA – REVISÃO DE LITERATURA

Nathály dos Santos Almeida¹; Giovana Abade Samogim¹; Cintia Zacaib²; Fernanda Piculo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – nathaly.sa96@gmail.com;

²Professoras do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Câncer de mama; fisioterapia; tratamento; qualidade de vida.

Introdução: O câncer da mama é o tipo de neoplasia que mais acomete as mulheres em todo o mundo (NGOMANE; MEIRELLES; MENDONÇA, 2014). A idade é o principal fator de risco e o número de casos aumenta de forma acelerada após os 50 anos (SILVA *et al.*, 2014). Dentre as estratégias de prevenção primária, a educação em saúde que visa aumentar o nível de informação efetivo para prevenção e manejo de condições socioambientais é possível e deve ser assumida pelos profissionais de saúde, de modo a elevar a qualidade de vida dessas pacientes (ARÊDES *et al.*, 2015). A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que um indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Na reabilitação funcional pós mastectomia destaca-se a fisioterapia. Para que a intervenção fisioterapêutica seja eficaz, é necessário conhecer o impacto das alterações geradas pela mastectomia (SILVA *et al.*, 2014).

Objetivos: Mostrar a importância da fisioterapia no tratamento do câncer de mama, que enfatiza na melhora da qualidade de vida e capacidade funcional.

Relevância do Estudo: Estudos ressaltam a importância da fisioterapia em todas as fases do tratamento do câncer de mama, sendo um dos principais agentes preventivos de complicações após a mastectomia.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: SCIELO, LILACS e MEDLINE. Foram utilizados nas buscas as palavras-chaves: câncer de mama, fisioterapia, tratamento e qualidade de vida. Os artigos utilizados para o estudo foram de setembro de 2013 à junho de 2015.

Resultados e discussões: A mama representa um símbolo de feminilidade e faz parte da sexualidade da mulher, portanto, o diagnóstico e tratamento da doença podem ser vivenciados como um momento de angústia, sofrimento e ansiedade (RETT *et al.*, 2013). O carcinoma mamário consiste na formação de um tumor maligno a partir da multiplicação acelerada de células anormais, podendo apresentar-se através de inúmeras formas clínicas e morfológicas. É relativamente raro antes dos 35 anos, entretanto, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (ARÊDES *et al.*, 2015). Sabe-se que algumas complicações podem aparecer como resultado do tratamento do câncer de mama, como linfedema, dor, parestesia, diminuição da força muscular, diminuição da amplitude de movimento do ombro e são consideradas as mais difíceis consequências do tratamento, pois interferem na qualidade de vida destas mulheres (NGOMANE; MEIRELLES; MENDONÇA, 2014). Atualmente, a abordagem fisioterapêutica é a primeira escolha para a reabilitação, sendo indispensável para prevenção e tratamento das complicações físico-funcionais. Estudos aleatorizados e controlados têm demonstrado importante melhora da amplitude de movimento e do desempenho funcional do ombro, após a realização dos exercícios ativos e com amplitude livre (RETT *et al.*, 2013). As opções de tratamento incluem a exérese do nódulo com radiação ou a mastectomia. Estes procedimentos são agressivos, pois acarretam em consequências físicas e emocionais desfavoráveis à vida da mulher, tais como: lesões musculares, hemorragias, complicações cicatriciais, alterações na

sensibilidade, fibroses, alterações posturais, algias, diminuição ou perda total da amplitude de movimento e da força muscular, comprometimento da capacidade respiratória, perda ou redução da capacidade funcional e linfedema do braço homolateral (SILVA *et al.*, 2014). A cirurgia, na maioria das vezes, é indispensável e pode ser complementada com a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (RETT *et al.*, 2013). Conhecer o impacto que o tratamento cirúrgico causa em relação à força muscular e diminuição da funcionalidade do membro superior afetado permite definir as estratégias de atuação do fisioterapeuta no decorrer da reabilitação (SILVA *et al.*, 2014). Tais disfunções podem gerar prejuízos na realização das atividades laborais, domésticas, nas relações familiares e sociais, o que pode interferir negativamente na funcionalidade e qualidade de vida (RETT *et al.*, 2013). As orientações domiciliares são parte integrante de um programa de tratamento fisioterapêutico e devem ser incluídas no protocolo de tratamento. Um programa fisioterapêutico iniciado precocemente reduz o risco do aparecimento de complicações, além de diminuir o tempo de recuperação, possibilitando que a mulher retorne mais rapidamente as suas atividades cotidianas, ocupacionais e desportivas (NGOMANE; MEIRELLES; MENDONÇA, 2014). A melhora da amplitude movimento e a diminuição de dor no membro homolateral podem encorajar o retorno precoce das atividades cotidianas e reintegração à sociedade (RETT *et al.*, 2013). A fisioterapia atua no tratamento do câncer de mama minimizando ou prevenindo as sequelas, favorecendo o retorno às atividades de vida diária e melhor qualidade de vida (NGOMANE; MEIRELLES; MENDONÇA, 2014). Uma vez que a mulher tem menor restrição na movimentação do braço e menor queixa de dor, ela consegue executar suas atividades do cotidiano com mais funcionalidade. Além disso, ao longo do tempo, as mulheres vão retomando suas atividades sociais e laborais, reinserindo-se na sociedade, o que contribui consideravelmente para a qualidade de vida (RETT *et al.*, 2013).

Conclusão: Concluímos que a fisioterapia é de suma importância para prevenção de sequelas e tratamento do câncer de mama, visto que melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida das mulheres acometidas.

Referências

ARÊDES, T, B.; MARCHI, R.; CARNAZ, L.; SIMEÃO, S, F, A, P.; GATTI, M, A, N.; VITTA, A.; CONTI, M, M, S. Nível de informação e qualidade de vida em mulheres após o câncer de mama. **SALUSVITA**, v. 34, n. 2, p. 291-306, 2015.

NGOMANE, A, Y.; MEIRELLES, M, C, C, C.; MENDONÇA, A, C. Orientações domiciliares para mulheres em tratamento do câncer de mama. **Cons. Saúde**, v. 13, n. 2, p. 196-202, 2014.

RETT, M, T.; MENDONÇA, A, C, R.; SANTOS, R, M, V, P.; JESUS, G, K, S.; PRADO, V, M.; DESANTANA, J, M. Fisioterapia no pós-operatório do câncer de mama: um enfoque na qualidade de vida. **Cons. Saúde**, v. 12, n. 3, p. 392-397, 2013.

SILVA, S, H.; KOETZ, L, C, E.; SEHNEM, E.; GRAVE, M, T, Q. Qualidade de vida pós mastectomia e sua relação com a força muscular de membros superiores. **Fisioter. Pesq.**, v. 21, n. 2, p. 180-185, 2014.

A FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS DOENÇAS OSTEOMUSCULARES – REVISÃO DE LITERATURA

Nathály dos Santos Almeida¹; Giovana Abade Samogim¹; Rodrigo Cristiano Bazoni Junior¹;
Esp. Rubens Boschetto Melo²;

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – nathaly.sa96@gmail.com;

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
acupuntura.bauru@gmail.com;

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Ergonomia do Trabalho; LER/DORT; Ergonomia Hospitalar; Fisioterapia Preventiva;

Introdução: A ocorrência de afecções osteomusculares vem aumentando nos trabalhadores dos vários setores da economia no Brasil e em outros países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento. Os distúrbios osteomusculares são considerados um preocupante problema de saúde, com repercussões para o trabalhador e sua família e, conseqüentemente, para a sociedade (SOUZA *et al.*, 2015). A chamada fisioterapia preventiva ou comunitária recebe atenção especial: quais valores, condutas, programas e estratégias devem ser cultivados e difundidos, de modo a gerar, no interior das equipes multiprofissionais (FARIA; SANTOS, 2011). Em serviços de saúde preventiva, a participação do usuário e a natureza intangível do serviço torna o processo de produção ainda mais difícil, uma vez que o usuário deve desenvolver atividades que contribuam para sua própria satisfação. Identificar os critérios competitivos de serviços de saúde preventiva pode contribuir para o desenho de uma estratégia de operações que possa lidar com os desafios adicionais trazidos por esse tipo de serviço (TOMASZEWSKI; LACERDA; TEIXEIRA, 2016).

Objetivos: Relatar os tipos de tratamento e prevenção para doenças osteomusculares.

Relevância do Estudo: Estudos ressaltam a importância da fisioterapia nos trabalhadores, de forma com que previna as doenças osteomusculares geradas pelo esforço ou trabalho repetitivo.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: SCIELO, LILACS e MEDLINE. Foram utilizados nas buscas palavras-chaves como: Ergonomia do Trabalho, LER/DORT, Ergonomia Hospitalar e Fisioterapia Preventiva. Os artigos utilizados para estudo são de dezembro de 2011 a setembro de 2016.

Resultados e discussões: As profissões do cuidar e do curar em geral contam com tais processos para a recuperação do paciente, no entanto os caminhos da humanização do cuidar hoje defendida e difundida nos hospitais públicos e nos programas de saúde da família passam por outro tipo de aprendizagem, particularmente relevante no cuidado: o reforço da memória, o movimento consciente, pensado, elaborado, funcional; a atitude reflexiva por parte do paciente e do profissional; a construção de uma matriz comunicativa e interativa (FARIA; SANTOS, 2011). Os esforços repetitivos, trabalho estático, ritmos intensos de trabalho, péssima condição biomecânica do posto de trabalho e posturas inadequadas estão presentes na maioria das atividades profissionais. Essas condições de trabalho são causas para o aparecimento ou agravamento de lesões, principalmente no sistema musculoesquelético (VASCONCELOS *et al.*, 2016). Tais distúrbios são responsáveis pela grande maioria dos afastamentos do trabalho, bem como pelos altos custos com indenizações, tratamentos e outros processos de reintegração ocupacional, tanto no Brasil como em outros países industrializados (SOUZA *et al.*, 2015). Os termos Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho (DORT) são usados para determinar as afecções que podem lesionar tendões,

sinóvias, músculos, nervos, fâscias e ligamentos, de forma isolada ou associada, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo principalmente membros superiores, região escapular e pescoço. Decorrente de uma origem ocupacional ela pode ser ocasionada de forma combinada ou não por uso repetido e forçado de grupos musculares e da manutenção de posturas inadequadas (VASCONCELOS *et al.*, 2016). Tarefas repetitivas, força elevada e posturas prolongadas são citadas como os principais fatores de risco, tornando a saúde dos trabalhadores vulnerável às lesões musculoesqueléticas. As doenças osteomusculares são consideradas um dos mais preocupantes problemas de saúde para quase todos os trabalhadores, pois podem levar a diferentes graus de incapacidade funcional. Porém, uma classe de trabalhadores muito estudada e frequentemente acometida pelos distúrbios osteomusculares é aquela responsável pelo trabalho hospitalar (SOUZA *et al.*, 2015). As aplicações das análises ergonômicas e posturais nos postos de trabalho são muito úteis para a solução de problemas estruturais, por exemplo, a queda de produtividade, afastamento por auxílio-doença e aumento dos acidentes de trabalho. A má postura pode ser corrigida por meio de treinamentos específicos com a finalidade de adoção de posturas mais seguras, saudáveis e confortáveis. A abordagem fisioterapêutica no trabalho está em ascensão principalmente pela descoberta da importância do investimento na área preventiva e no combate aos distúrbios osteomusculares (VASCONCELOS *et al.*, 2016). O conceito de capacidade para o trabalho pode ser definido como quão bem está ou estará um trabalhador neste momento ou num futuro próximo, e quão capacitado está para executar seu trabalho em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais. Sendo assim, a manutenção dessa capacidade engloba condições adequadas de saúde e trabalho, tanto nas relações interpessoais como no próprio ambiente. E isso se reflete em melhores condições de vida dentro e fora do trabalho, bem como em uma maior produtividade e um período de aposentadoria mais proveitoso (SOUZA *et al.*, 2015).

Conclusão: Concluímos que a prevenção e o tratamento fisioterapêutico para as doenças osteomusculares ou esforços repetitivos se mostraram eficazes.

Referências

FARIA, L.; SANTOS, L, A, C.; As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar. **História, Ciências, Saúde**, v. 18, n. 1, p. 227-240, 2011.

SOUZA, D, B, O.; MARTINS, L, V.; MARCOLINO, A, M.; BARBOSA, R, I.; TAMANINI, G.; FONSECA, M, C, R.; Capacidade para o trabalho e sintomas osteomusculares em trabalhadores de um hospital público. **Fisioter Pesq.**, v. 22, n. 2, p. 182-190, 2015.

TOMASZEWSKI, L, A.; LACERDA, D, P.; TEIXEIRA, R.; Estratégia de operações em serviços de saúde preventiva: análise dos critérios competitivos e recomendações operacionais. **Gest. Prod.**, v. 23, n. 2, p. 381-396, 2016.

VASCONCELOS, T, B.; CARDOSO, A, R, N, R.; CARNEIRO, F, R.; DINIZ, M, F.; MONTENEGRO, C, M.; NOGUEIRA, A, N, C.; BASTOS, V, P, D.; Análise ergonômica e postural dos citologistas de um hospital na cidade de fortaleza (CE). **Saúde e Pesquisa**, v. 9, n. 2, p. 333-341, 2016.

RELAÇÃO ENTRE OS PRINCIPAIS TRATAMENTOS PARA DOENÇA DE SCHEUERMANN – REVISÃO DE LITERATURA

Augusto Louzada Rochi¹; Nathály dos Santos Almeida¹; Giovana Abade Samogim¹; Dr. Reinaldo Monteiro Marques²;

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – augustorochi@gmail.com;

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – reinaldomm@uol.com.br;

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Doença de Scheuermann; Fisioterapia; Tratamento.

Introdução: A Hipercifose de Scheuermann é a causa mais comum de dorsalgia em adolescentes, com predominância em indivíduos do gênero masculino. Tem início entre 10 a 12 anos de idade e caracteriza-se pelo distúrbio da região anterior da placa de crescimento do corpo vertebral, levando a deformidade em hipercifose (RAFAEL *et al.*, 2014). Na cifose de scheuermann eventualmente é necessário o tratamento cirúrgico, mas alguns pontos ainda permanecem em debate no momento da indicação dos procedimentos (RODRIGO; MÁRCIO; BRUNO, 2008). O diagnóstico é feito através de radiografias em perfil, sendo considerado positivo quando ao menos três vértebras adjacentes apresentarem um acunhamento anterior maior do que 5 graus. A escoliose e diminuição do espaço articular intervertebral podem também ser encontradas como alterações radiológicas (RAFAEL *et al.*, 2014).

Objetivos: Relatar os tipos de tratamento e a eficácia deles na doença de scheuermann.

Relevância do Estudo: Estudos ressaltam a importância do procedimento cirúrgico na doença de scheuermann, no entanto ainda não existe um consenso de qual seria a melhor forma de tratamento.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: SCIELO, LILACS e MEDLINE. Foram utilizados nas buscas palavras-chaves como: Doença de scheuermann, fisioterapia, tratamento. Os artigos utilizados para estudo são de janeiro de 2008 a março de 2014.

Resultados e discussões: A cifose de scheuermann deveria ser uma cifose incluindo três vértebras adjacentes centrais com acunhamento de cinco ou mais graus. Entretanto, essa definição foi questionada pela observação de formas atípicas da doença de scheuermann (hipercifose torácica, rígida sem acunhamento vertebral e alterações vertebrais sem acunhamento) (RODRIGO; MÁRCIO; BRUNO, 2008). A cifose de scheuermann é uma patologia estrutural da coluna torácica ou toracolombar, que acomete 0,4 a 8,3% da população geral, sendo que existem inúmeras hipóteses diagnósticas (ENGUER *et al.*, 2009). Os principais sinais clínicos são dorsalgia e deformidade, raramente levando a outras complicações. Em casos extremos pode prejudicar a capacidade cardiorrespiratória. Ao exame físico é esperada uma coluna torácica cifótica e rígida, com hipomobilidade durante a extensão. Retrações musculares de isquiotibiais, somadas a fraqueza dos músculos extensores de tronco reforçam a postura do paciente (RAFAEL *et al.*, 2014). Segundo Scheuermann, a cifose resultaria da necrose avascular da apófise anular do corpo vertebral. Schmorl acreditava que a hérnia do disco intravertebral, por meio da placa de crescimento, produzia cifose (ENGUER *et al.*, 2009). A abordagem cirúrgica é indicada para pacientes cujo ângulo de Cobb é maior do que 75 graus ou com evolução rápida da doença que não responde ao tratamento conservador. Apesar disso, o tratamento conservador se torna de extrema importância, mesmo quando a angulação da hipercifose é baixa (entre 45 e 55 graus), devido ao caráter degenerativo das vértebras em deformidade. Este consiste em exercícios de core-training para fortalecimento da coluna

torácica, flexibilidade dos músculos posteriores de coxa e fortalecimento da musculatura extensora de tronco. O uso de brace está indicado quando a cifose for mediana (ângulos entre 55 e 65 graus), e com bom grau de mobilidade da coluna torácica (RAFAEL *et al.*, 2014). Em 1964, estabeleceu-se o critério para o diagnóstico da cifose tipo scheuermann, com presença de acunhamento de 5º ou mais, em três vértebras adjacentes (ENGUER *et al.*, 2009). A decisão de submeter o paciente à cirurgia deve ser avaliada individualmente e após uma discussão entre o cirurgião, o paciente e seus responsáveis. Benefícios do tratamento quanto ao alívio da dor e à melhora da aparência física e autoestima, bem como suas implicações sociais, devem ser ponderados em relação às complicações eventuais (RODRIGO; MÁRCIO; BRUNO, 2008). Existem poucos estudos acerca do tratamento conservador da hipercifose de scheuerman. Com isso permanecem algumas dúvidas em relação ao seguimento da terapia como quais modalidades terapêuticas mais eficientes, o tipo de Brace a ser usado, e prognóstico do tratamento conservador ou pré-cirúrgico (RAFAEL *et al.*, 2014). As indicações cirúrgicas bem como as técnicas operatórias vêm apresentando grandes modificações. Alguns autores indicam cirurgia para os casos de dor refratária ao tratamento conservador. Recomenda-se tratamento cirúrgico na doença de Scheuermann em adultos com cifose maior do que ou igual a 75°, com quadro de dor persistente apesar do tratamento conservador, e naqueles com deformidades que influenciam a aparência estética do paciente (RODRIGO; MÁRCIO; BRUNO, 2008). O comprometimento da qualidade de vida desses pacientes está relacionado principalmente a fatores estéticos e a diminuição da capacidade funcional. As dificuldades da prática de atividades esportivas e da aceitação da imagem corporal dificultam sua interação social e isso ocorre numa idade crítica na qual são construídos os traços da personalidade do paciente. A fisioterapia consiste em ganho de mobilidade da coluna vertebral, exercícios de fortalecimento da musculatura extensora de tronco e alongamento dos isquiotibiais, peitoral menor e flexores de quadril (RAFAEL *et al.*, 2014). Em 1984, Yves Cotrel e Jean Dubousset propuseram a correção da cifose utilizando múltiplos ganchos. Atualmente, sedimentou-se a ideia da fixação segmentar incluindo as três colunas por meio de parafusos transpediculares (ENGUER *et al.*, 2009). A evolução da técnica e dos materiais de implante, em especial o sistema de parafusos pediculares, permitiu, além de maior correção da cifose, diminuição do número de complicações (RODRIGO; MÁRCIO; BRUNO, 2008).

Conclusão: Concluimos que o procedimento cirúrgico para a cifose scheuermann é de suma importância, porém deve ser analisado o tipo de cirurgia a ser feita, a qualidade de vida do paciente e a aceitação para tal.

Referências

ENGUER, B, G.; SEBASTIÃO, V, S.; ROBERTO, G, G.; RAMON, T, S.; EDUARDO, B, G.; LILIANE, F, G.; JULIANA, F, G.; Correção da cifose de scheuermann: estudo comparativo da fixação híbrida com ganchos e parafusos versus fixação apenas com parafusos. **COLUNA/COLUMNNA**, v. 8, n. 4, p. 357-362, 2009.

RAFAEL, T, D.; FELIPE, S.; GABRIEL, P, L, A.; MICHEL, K.; HÉLCIO, G.; Fisioterapia no tratamento conservador em dolescentes portador de doença de scheuermann – relato de caso. **MTP&RehabJournal**, v. 12, p. 301-316, 2014.

RODRIGO, D, M.; MÁRCIO, F.; BRUNO, P, C, F.; Parafusos pediculares no tratamento da cifose de scheuermann: resultados e complicações. **Rev Bras Ortop**, v. 43, n. 2, p. 23-30, 2008.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS MASCULINAS

Dara Ribeiro Bueno de Paula¹; Fernanda Piculo²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
dara.ribeiro95@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fer_piculo@yahoo.com.br.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: disfunção erétil, sexualidade, tratamento, fisioterapia.

Introdução: A disfunção erétil (DE) é definida como a incapacidade persistente para obter ou conservar uma ereção peniana suficiente para o desempenho sexual satisfatório (SCHIAVINI; DAMIÃO, 2010). É a condição clínica mais comum de disfunção sexual que acomete homens após os 40 anos, com estimativa de mais de 100 milhões de homens no mundo. A DE não constitui uma doença, mas sim uma manifestação sintomatológica de patologias isoladas ou associadas (SARRIS et al., 2016). Por muito tempo acreditava-se que a única causa desta disfunção eram os fatores psicológicos. Entretanto, já se sabe que a DE pode originar-se por inúmeras alterações vasculares, como desequilíbrio entre contração e relaxamento da musculatura lisa do corpo cavernoso. O tratamento da DE pode ser cirúrgico ou conservador, sendo este medicamentoso e/ou fisioterapêutico (FERNANDES; FRIGO, 2015). A partir do conhecimento da etiologia, a fisioterapia pode traçar objetivos e condutas para o tratamento deste paciente, visto que é a intervenção mais indicada por ser conservadora, modificável, não invasiva, não farmacológica e não cirúrgica no tratamento da disfunção sexual masculina (COHEN; GONZALEZ; GOLDSTEIN, 2016).

Objetivos: O objetivo deste estudo foi demonstrar, por meio de revisão de literatura, a importância da fisioterapia nas disfunções sexuais masculinas, com ênfase na disfunção erétil.

Relevância do Estudo: Levando em consideração os poucos estudos existentes sobre a atuação fisioterapêutica na disfunção erétil e o impacto desta condição na população masculina, verificou-se a necessidade de enfatizar a relação biológica entre a função do assoalho pélvico e a função sexual masculina e ampliar o conhecimento sobre a gama de recursos disponíveis no tratamento fisioterapêutico.

Materiais e métodos: A pesquisa foi realizada por bases eletrônicas de dados como PubMed, Scielo, Bireme e Portal Capes. Os critérios de inclusão foram artigos com até 10 anos de publicação, dissertações de mestrado e doutorado, livros e periódicos da área.

Resultados e discussões: Uma ereção normal depende do relaxamento do músculo liso do corpo cavernoso, do aumento do fluxo arterial peniano e da restrição do fluxo venoso de saída. Uma série de fatores interferem negativamente nesse mecanismo e estão associados à DE, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, dislipidemia, doenças neurológicas, distúrbios hormonais, uso crônico de alguns medicamentos e distúrbios psicológicos (SARRIS et al., 2016). A fisioterapia constitui um tratamento complementar que vem aperfeiçoando seus conhecimentos na área, pois utiliza técnicas não invasivas como a cinesioterapia, eletroestimulação, tratamento comportamental, podendo estas serem utilizadas de forma individual ou combinadas, melhorando assim o aporte sanguíneo da região do pênis e auxiliando na ereção (SANTOS FILHO et al., 2011). Em um estudo, foram avaliados e tratados 42 homens com DE que aceitaram participar de um programa de reeducação do assoalho pélvico, com média de idade de 46 ± 11 anos. As sessões constituíram de exercícios ativos, biofeedback e eletroestimulação dos músculos perineais. Foi realizado o tratamento durante quatro meses, uma vez por semana; 47% dos

participantes recuperaram a ereção normal, 24% relataram melhora e 12% não apresentaram alteração na ereção sexual (FERNANDES; FRIGO, 2015). A reeducação neuromuscular é uma parte importante da recuperação, pois promove o relaxamento do músculo elevador do ânus. A reeducação neuromuscular é a reeducação consciente guiada da ativação e desativação muscular e coordenação de estratégias motoras em grupos musculares relacionados para realizar uma tarefa funcional, e é um componente dos tratamentos da fisioterapia em muitas especialidades, incluindo a saúde pélvica. Um exemplo de tarefa funcional relacionada com o assoalho pélvico seria o relaxamento do puborretal e do esfíncter anal externo, em conjunto com a contração moderada da parede abdominal e a descida do diafragma respiratório para aumentar a pressão intra-abdominal enquanto mantém a via aérea aberta. Essa ação coordenada dos músculos facilita a evacuação dos intestinos de forma a proteger o assoalho pélvico do estresse e da tensão (COHEN; GONZALEZ; GOLDSTEIN, 2016). A prática de exercícios físicos e uma dieta balanceada são modificações essenciais na vida do indivíduo, pois melhoram o condicionamento cardiovascular e a qualidade de vida, associando com outros tratamentos. A fisioterapia está em crescente estudo nessa área, mas já se pode constatar que ela contribui para a melhora da DE (FERNANDES; FRIGO, 2015).

Conclusão: Em resumo, o papel do assoalho pélvico na disfunção sexual masculina e a importância da fisioterapia pélvica estão apenas começando a ser reconhecidos pela comunidade da medicina sexual. Ainda há poucos estudos que investigam a importância da fisioterapia na DE, impondo a necessidade de mais pesquisas. Espera-se que esta revisão crie subsídios para novos estudos sobre a temática, acrescentando qualidade de vida aos homens com DE.

Referências

COHEN, D.; GONZALEZ, J.; GOLDSTEIN, I. The role of pelvic floor muscles in male sexual dysfunction and pelvic pain. **Sex Med Rev**, v. 4, [s.n], p. 53-62, 2016.

FERNANDES, L.; FRIGO L. F. Características dos pacientes do sexo masculino com disfunção erétil do município de Santa Maria/RS. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 2, p 123-128, 2015.

SANTOS FILHO, S. D.; MEYER, P. F.; RONZIO, A. O.; BERNARDO FILHO, M. A saúde sexual e os direitos sexuais: abordagens de interesse multi-profissional. **Fisioterapia Ser**, v. 6, n. 2, p. 25-8, 2011.

SARRIS, A. B.; NAKAMURA, M. C.; FERNANDES, L. G. R.; STAICHAK, R. L.; PUPULIM, A. F.; SOBREIRO, B. P. Fisiopatologia, avaliação e tratamento da disfunção erétil: artigo de revisão. **Revista Medicina**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 18- 29, 2016.

SCHIAVINI, J. L.; DAMIÃO, R. Abordagem da disfunção erétil. **Rev Hosp Univ Pedro Ernesto**, v. 9, [s.n], p. 48-59, 2010.

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ATRAVÉS DA AURICULOTERAPIA

Lorena de Oliveira¹; Rubens Boschetto Melo²;

¹Aluna de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
lore.naoliveira@outlook.com;

²Professor do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
acupuntura.bauru@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: hipertensão, alternativo, auriculoterapia, tratamento.

Introdução: A hipertensão arterial (HA) é uma mal que acomete cada vez mais cedo a vida dos indivíduos, sendo uma das causas mais comuns para uma visita ao médico e o fator de risco tratável mais reconhecido para um infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca, dissecação da aorta, insuficiência renal crônica e doença vascular periférica. A Pressão Arterial (PA) é a força exercida pelo sangue sobre as paredes dos vasos sanguíneos. Está relacionada com o trabalho do coração e tem por finalidade promover uma boa perfusão dos tecidos e com isso permitir as trocas metabólicas. A elevação da pressão arterial, mesmo quando moderada, pode resultar em menor expectativa de vida. Trata-se de doença silenciosa que, muitas vezes, apesar de ser diagnosticada tardiamente, seu tratamento, geralmente, é através de medicações e de difícil retrocesso. Assim, o paciente fica totalmente dependente de dosagens medicamentosas cada vez mais altas para manter a pressão em níveis aceitáveis (SOUSA; TRINDADE; PEREIRA, 2014). A auriculoterapia é uma técnica que por meio da qual pode-se diagnosticar e tratar diversas doenças utilizando pontos de reação que se encontram no pavilhão auricular. De acordo com a Medicina Tradicional Chinesa – MTC – a orelha é um dos vários microssistemas do corpo humano, possuindo mais de 200 pontos biologicamente ativos podendo tratar numerosas enfermidades funcionais e orgânicas, entre elas a hipertensão (GUILLEN; MUÑIZ, 2004). Esse tratamento alternativo possui uma base distinta da medicina ocidental convencional, onde considera o ser humano como ser integral, sem barreiras entre corpo, mente e espírito (KUREBAYASHI et al., 2012). Quando os pontos auriculares são estimulados, provocam uma reação do sistema neurovegetativo sobre o órgão ou zona afetada que ajudará a reestabelecer o equilíbrio homeostático danificado (MOLERIO et al., 2013).

Objetivos: O objetivo primordial do estudo é apresentar a importância da auriculoterapia como um método alternativo para o tratamento da hipertensão através de uma revisão bibliográfica.

Relevância do Estudo: O presente estudo é consideravelmente importante para informar a população sobre um método alternativo para o tratamento da hipertensão arterial com princípios da Medicina tradicional Chinesa.

Materiais e métodos: O estudo foi construído através artigos científicos já existentes. A abordagem metodológica utilizada foi explicativa, devido ao embasamento científico utilizado. Pois se trata de pesquisa bibliográfica e exploratória e consulta em referências da área.

Resultados e discussões: A hipertensão é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25 % dos óbitos por doença arterial coronariana (SANTOS; MAZAGÃO; AZEVEDO, 2013). Estima-se que cerca de um bilhão de pessoas no mundo são afetadas por essa doença. Só nos Estados Unidos um a cada quatro adultos maiores de 18 anos é hipertenso (MOLERIO et al., 2013). De acordo com Santos, Mazagão, Azevedo (2013) as IV diretrizes brasileiras de hipertensão, para a pressão ser considerada normal,

em qualquer idade acima dos 18 anos, deve estar abaixo de 130/85 mmHg e PA ótima 120/80 mmHg, sendo atribuída como hipertensão arterial 140/90 mmHg ou valores maiores. Com base em estudos, sabe-se que a auriculoterapia é capaz de reduzir significativamente os níveis pressóricos de pacientes hipertensos, no qual o tempo de terapia necessário e o prognóstico do paciente são características individuais. As vantagens da auriculoterapia consistem em ser uma técnica fácil de aprender, possui um uso amplo, há resposta rápida, tem um manejo simples e poucas reações secundárias (GUILLEN, MUÑIZ, 2004). Conforme a Medicina Tradicional Chinesa a Hipertensão Arterial ocorre devido a desequilíbrios energéticos em alguns Zang Fu (Órgãos e Visceras), onde os principais órgãos causadores são o Fígado e o Rim. Esse tipo de tratamento é utilizado para a melhora imediata de diversos desconfortos e atua como tratamento adjuvante da HA. Sua eficácia é baseada em um grupo de células pluripotentes que possuem informações do corpo todo e que são ativadas quando um ponto reflexo no pavilhão auricular for estimulado. Esses pontos ativados levam as informações até o Sistema Nervoso Central fazendo com que ele libere endorfina. O Sistema Circulatório é responsável em levar a endorfina até o órgão estimulado, tendo assim o benefício esperado (SANTOS; MAZAGÃO; AZEVEDO, 2013).

Conclusão: Com base nas pesquisas encontradas, conclui-se que a auriculoterapia é um método eficiente tanto no tratamento sistêmico quanto na estabilização dos sintomas da Hipertensão Arterial, consequentemente reduzindo os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovascular, principalmente em suas complicações (Acidente Vascular Encefálico- AVE, infarto agudo do miocárdio- IAM, entre outros). É de suma importância a informação sobre a auriculoterapia para a população, fazendo com que a mesma tenha outras opções, não medicamentosas, para o acompanhamento e tratamento da HA, proporcionando uma forma mais saudável de tratamento através do conhecimento e da realização de novas pesquisas dos profissionais da área.

Referências

GUILLEN, M. M.; MUÑIZ, Y. R. Control de hipertensos con fitoterapia y auriculoterapia. **Rev Cubana Enfermería**, v.20, n.1, 2004.

KUREBAYASHI, L. F. S.; GNATTA, J. R.; BORGES, T. P.; BELISSE, G.; COCA, S.; MINAMI, A.; SOUZA, T. M.; SILVA, M. J. P. Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de Enfermagem. **Rev Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, 2012.

MOLERIO, I. C. A.; MEDINA, B. B.; LEÓN, T. G.; SÁEZ, M. A.; MILÁN, J. Y. E.; VILLAR, M. J. G. Efectividad de la auriculoterapia en pacientes hipertensos ligeros y moderados. **Acta Médica del Centro**, v. 7, n. 2, 2013.

SANTOS, K.; MAZAGÃO, P.; AZEVEDO, M. V. G. T. A utilização da auriculoterapia como recurso terapêutico na hipertensão arterial sistêmica. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 10, n.18, 2013.

SOUSA, E. M. D.; TRINDADE, A. K. F.; PEREIRA, I. C. Auriculoterapia: terapia milenar e eficiente no tratamento de enfermidades. **Rev Conceitos**, v. 1, n. 20, 2014.

PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES PRATICANTES DE KARATÊ OU MUSCULAÇÃO

Natália Munhoz Alves da Silva¹; Fernanda Piculo²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
nattaliemunhoz@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: incontinência urinária de esforço, assoalho pélvico, musculação, karatê, fisioterapia.

Introdução: A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2002). É uma das novas “epidemias” do século XXI, sendo mais frequente no sexo feminino. Existem diversos fatores de risco que levam ao desenvolvimento de IU em mulheres, como gestação, parto vaginal, estilos de vida (atividade física, tabagismo) e idade. No entanto, existem evidências de que durante atividades físicas estressantes, a ocorrência de incontinência urinária de esforço (IUE) seja comum entre mulheres jovens e fisicamente ativas, mesmo na ausência de fatores de risco conhecidos, o que leva inúmeras delas a abandonar a prática de atividades físicas para evitar perder urina durante o exercício (DEDICAÇÃO et al., 2009). Entre as modalidades esportivas, a musculação tem sido uma das mais procuradas. É um método de treinamento cujo principal meio são os pesos e a principal capacidade motora treinada é a força muscular. Promove sensação de bem-estar, socialização, melhora da saúde e da estética, já que pode estar relacionada com perda de gordura e aumento da massa corporal (LIZ; ANDRADE, 2016). Por sua vez, o Karatê se tornou um esporte praticado em todo o mundo e tem sido cada vez mais procurado pelas mulheres. É uma modalidade que pode alcançar o objetivo feminino de forma criativa, esquivando o hábito formal das aulas de ginástica e ainda proporcionando ao praticante a aquisição de conhecimentos técnicos (NAKAYAMA, 2011). Entretanto, Barros et al., (2007) evidencia que as atividades esportivas de impacto e exaustão podem afetar o mecanismo de continência em mulheres, atletas ou não, pela alteração da quantidade de força transmitida para o assoalho pélvico. Para prevenir a IUE, destaca-se a importância da fisioterapia que atua no fortalecimento e conscientização do assoalho pélvico durante as práticas.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi demonstrar a relação de duas modalidades de exercício de alto impacto, Karatê e Musculação, com a incontinência urinária de esforço.

Relevância do Estudo: Além de ser tema pouco explorado na literatura científica, não existem estudos que investiguem a perda de urina na modalidade karatê e nem que associem as duas práticas, karatê e musculação, em relação à IU. Este estudo ainda traz um alerta aos leitores, em especial mulheres, atletas e treinadores praticantes de atividade física em geral sobre a incidência de IUE e seu impacto físico, social e psicológico.

Materiais e métodos: Trata-se de estudo transversal descritivo realizado com 19 mulheres do município de Bauru-SP e região praticantes de musculação ou karatê, entre 20 e 50 anos de idade. A coleta dos dados procedeu-se nas academias do referido município e com atletas da Seleção Paulista e Brasileira de Karatê. Foram coletadas informações sócio demográficas, dados antropométricos, condições de saúde, comorbidades, prática de atividade física e aplicado questionário específico para IU, validado e traduzido: ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short form*). Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

Resultados e discussões: O grupo musculação foi constituído por 10 mulheres, média de 32 anos e IMC de 25,4 kg/m². O grupo Karatê foi composto por 9 mulheres, média de 36 anos e IMC de 27,3 kg/m². Ambos os grupos apresentaram predominância de mulheres solteiras, etnia branca, sem hábitos diários, uso de medicamentos ou patologias associadas. Quanto à frequência da modalidade esportiva, quase 90% das atletas do karatê praticam 3 vezes por semana há mais de 1 ano, enquanto que no grupo musculação, apenas 60% praticam há mais de 1 ano. De maneira geral, 52% das mulheres tinham conhecimento sobre os músculos do assoalho pélvico e a prevalência de IUE foi de 10% no grupo musculação e 67% no grupo karatê. O escore geral do questionário ICIQ-SF apresentou média 9 na musculação e 10 no karatê, evidenciando maior gravidade e impacto da IU neste grupo. Segundo Ferreira (2015), em um estudo realizado em academias de Juiz de Fora (MG), foi constatado incidência de 15,2% de IU em mulheres fisicamente ativas, o que está de acordo com o presente estudo. Em relação ao Karatê, não foram encontrados estudos específicos sobre a prevalência de IU nesta modalidade. A literatura mostra que as atividades esportivas de impacto afetam o mecanismo de continência em mulheres: a força de transmissão do choque que ocorre entre os pés e o chão e que é transferido para o assoalho pélvico, pode causar danos e/ou fadiga nessa musculatura, além de gerar uma pressão intra-abdominal excessiva, que não será transmitida de forma homogênea à uretra e bexiga. Assim, destaca-se o papel essencial da fisioterapia para a profilaxia e tratamento da IUE (BARROS et al., 2007).

Conclusão: A prevalência de IUE, bem como sua gravidade e impacto na qualidade de vida das mulheres foi maior no grupo de atletas do karatê em relação ao grupo de mulheres praticantes de musculação, indicando maior impacto do Karatê no assoalho pélvico. Assim, este estudo evidencia a necessidade de estudos que tragam conhecimento e alerta sobre o impacto de modalidades esportivas de alto impacto, como o karatê, no assoalho pélvico, de modo a influenciar as mulheres sintomáticas a procurarem tratamento e as não sintomáticas, buscarem a prevenção.

Referências

- ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization Sub-committee of the International Continence Society. **Am J Obstet Gynecol**, v. 187, p. 116–26, 2002.
- BARROS, J. D.; LUCENA, A. C. T.; ANSELMO, C. W. S. F. Incontinência Urinária de esforço em atletas do sexo feminino: uma revisão da literatura. **An. Fac. Med. Univ. Fed. Pernamb.**; v. 52, n. 2, p. 173-180, 2007.
- DEDICAÇÃO, A. C.; HADDAD, M.; SALDANHA, M. E. S.; DRIUSSO, P. Comparação da qualidade de vida nos diferentes tipos de incontinência urinária feminina. **Rev. Bras. Fisioterapia**, v. 13, n. 2, p. 16-22, 2009.
- FERREIRA, D. F. **Prevalência de incontinência urinária em mulheres praticantes de atividades físicas regulares em academias de musculação em Juiz de Fora**. 2015, 55 f. Dissertação (Mestrado em Saúde)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.
- LIZ, C. M.; ANDRADE, A. Análise qualitativa dos motivos de adesão e desistência da musculação em academias. **Rev. Bras. Ciência do Esporte**, v. 38, n. 3, p. 267-274, 2016.
- NAKAYAMA, M. Karatê dinâmico. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2011.

ATROFIA MUSCULAR ESPINHAL

Amanda da Silva Augusto¹; Ana Beatriz Napolitano²; Inara Olivia Munhoz de Souza³; Juliana Moraes Palmeira⁴; Larissa Quirino Reiser Gamba⁵; Ana Paula Roquensel Battochio⁶

¹ Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - amanda-silva02@live.com;

² Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -ana-bia86@hotmail.com;

³ Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – munhozinara@gmail.com;

⁴ Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru –

FIBjuliana.morais.palmeira@hotmail.com;

⁵ Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lqreiserg@hotmail.com;

⁶ Professora do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: Atrofia muscular espinhal, motoneurônio, terapia, gene SMN1, proteína SMN, spinraza, nusinersen.

Introdução: Segundo Murrell (2017) e Bowerman (2017), a Atrofia Muscular Espinhal (AME), é caracterizada por uma doença genética, autossômica recessiva, de desordem neuromuscular caracterizada pela perda e degeneração de neurônios motores, causada pela mutação do gene SMN1, resultando em perda progressiva de músculos voluntários. A incidência de pacientes com AME é de 1 em cada 8000 nascimentos, e os principais sinais e sintomas incluem: hipotonia, paralisia, arreflexia, amiotrofia e miofasciculação (MILLECAMPS et al., 2010). A classificação clínica da AME ocorre pela idade de início e máxima função motora adquirida, sendo assim dividida em: 1) severa (tipo I, AME aguda ou doença de Werdnig-Hoffmann); 2) intermediária (tipo II ou AME crônica); 3) branda (tipo III, AME juvenil ou doença de Kugelberg-Welander) e 4) tipo IV (AME adulta) (BOWERMAN et al., 2017). O nusinersen do primeiro medicamento desenvolvido para o tratamento da AME, que teve aprovação e regulamentação em Dezembro 2016 nos EUA, e a autorização de comercialização na Europa, em Junho de 2017, proporcionarão assim um suporte terapêutico correto e precoce (WAN; DREYFUSS, 2017).

Objetivos: Descrever o mecanismo de ação do nusinersen na AME.

Relevância do Estudo: Relatar as perspectivas futuras, para o tratamento da atrofia muscular espinhal, proporcionando informações desta doença e sua forma de tratamento para os e profissionais da área da saúde.

Materiais e métodos: As informações foram coletadas a partir de artigos científicos publicados nas duas últimas décadas, pesquisados nas bases de dados SciELO, PubMed, MEDLINE. Foram: Spinal muscular atrophy; nusinersen; neuromuscular disease; Motor neuron.

Resultados e discussões: O Nusinersen é um antisense (antisense oligonucleotide – ASO) que aumenta a proporção de inclusão de *exon 7* em transição do ácido ribonucleico mensageiro (ARNm) do gene de sobrevivência do neurônio motor (SMN) pela ligação em um local de silenciamento de *splicing* intrônico (ISS-NI) que se encontra no *intron 7* do ácido ribonucleico pré-mensageiro (ARNpré-m) do SM2. O deslocamento destes fatores leva a retenção do *exon 7* no ARNm do SMN2 e desta forma, quando o ARNm do SMN2 é produzido, o mesmo pode ser traduzido numa proteína funcional de SMN de extensão total (MAHARSHI, 2017). O *splicing* consiste na retirada dos *íntrons* de um RNA precursor, formando um mRNA maduro funcional. Essa exclusão dos *íntrons* do mRNA é muito importante e requer extrema precisão das enzimas presentes no processo. A falta ou acréscimo de nucleotídeos em *éxons* pode acarretar em uma alteração na fase de leitura e produção de uma proteína completamente diferente da original (SWOBODA et al., 2009). Essas descobertas levaram a aprovação dos americanos e europeus do nusinersen para

uso de pacientes com AME de todas as idades (VAN BLITTERSWIJK et al., 2010). Em estudos experimentais, o nusinersen, demonstrou aumentados níveis de proteína SMN no SNC de camundongos sem causar eventos adversos significativos. Estudos clínicos em pacientes com AME, demonstraram melhorias significativas em várias medidas que inibem a função motora e progressão para desenvolvimento de movimentos que normalmente não são observados em pacientes com AME, havendo extensão significativa na expectativa de vida (GREGORETTI et al., 2013). Nunca na história da AME houve medicamento que pudesse parar a degeneração da doença, bem como oferecer melhor qualidade e expectativa de vida. No Brasil, o medicamento foi regularizado pela ANVISA, porém está sendo estudada a forma de distribuição (WAN; DREYFUSS, 2017).

Conclusão: O medicamento nusinersen age a nível celular e molecular, melhorando os efeitos causados pela degeneração da atrofia muscular espinhal.

Referências

BOWERMAN, M.; BECKER, C.G.; YAÑEZ-, MUÑOZ, R.J.; NING, K.; WOOD, M.J.A.; GILLINGWATER, T.H.; TALBOT, K. Therapeutic strategies for spinal muscular atrophy: SMN and beyond. **DisModelMech.**, v. 10, n. 8, 2017.

GREGORETTI, C.; OTTONELLO, G.; CHIARINITESTA, M.B.; MASTELLA, C.; RAVÀ, L.; BIGNAMINI, E.; VELJKOVIC, A.; CRUTERA R. Survival of patients with spinal muscular atrophy type 1. **Pediatrics.**, v.131, n.5, 2013.

MAHARSHI, V.; HASAN, S. Nusinersen: The First Option Beyond Supportive Care For Spinal Muscular Atrophy. **ClinDrugInvestig**, v. 37, n. 9, 2017.

MILLECAMPS, S.; SALACHAS, F.; CAZENEUVE, C. et al. SOD1, ANG, VAPB, TARDBP, and FUS mutations in familial amyotrophic lateral sclerosis genotype-phenotype correlations. **JMedGenet.**, v.47, n.8, 2010.

MURRELL DV, LOTZE TE, FARBER HJ, CRAWFORD CA, WIEMANN CM. The Experience of Families With Children With Spinal Muscular Atrophy Type I Across Health Care Systems. **JChildNeurol.**, v.32, n. 11, 2017.

SWOBODA KJ, SCOTT CB, REYNA SP, PRIOR TW, LASALLE B, SORENSON SI, et al. Phase II open label study of valproic acid in spinal muscular atrophy. **PLoSOne**, v. 4, n. 5, 2009.

VANBLITTERSWIJKM, VANESA MA, KOPPERSA M, et al. VAPB and C9orf72 mutations in 1 familial amyotrophic lateral sclerosis patient. **NeurobiolAging.**, v. 33, n. 12, 2012.

WAN L; DREYFUSS G. Howard Hughes Medical Institute, Department of Biochemistry, University of Pennsylvania, School of Medicine, Philadelphia, USA. 2017 Jun 29.

O FUNCIONAMENTO E EFEITOS DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL INSTRUMENTAL: REVISÃO LITERATURA.

William Jacomin Redondo Mendes¹; Augusto Louzada Rochi¹; Isabela Suenaga Moço¹;
Vanessa Cristina Keine¹; Reinaldo Monteiro Marques²;

¹Aluno do Curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB -
wmendes.fisio@gmail.com;

²Professor do Curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB -

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: IASTM; Liberação miofascial; Liberação instrumental; Graston.

Introdução: Qualquer impedimento no deslizamento entre as fibras das fáscias podem causar anomalias na tensão e na propriocepção podendo resultar em movimentos não fisiológicos que podem causar inflamação articular e miofascial com alterações funcionais e dor ao longo do tempo (STECCO; SCHLEIP, 2016). Em busca de um melhor funcionamento dessa musculatura, tem se utilizado a Instrument-Assisted Soft Tissue Mobilization (IASTM) que constitui em um tratamento de liberação e mobilização de adesões e restrições dos tecidos moles, aplicado através de uma ferramenta de aço inoxidável, sendo comum a sua utilização nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos (CROTHERS et al., 2016).

Objetivos: Verificar através da literatura quais são os efeitos e a eficácia da aplicação de liberação miofascial instrumental.

Relevância do Estudo: A utilização da técnica de liberação miofascial instrumental é muito recente e clinicamente vem apresentando benefícios para o funcionamento muscular sendo necessário verificar se na literatura apresentam registros desses efeitos.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e SIBUSP. As palavras chaves utilizadas são: IASTM, Liberação miofascial, Liberação instrumental e Graston. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados até Setembro de 2017.

Resultados e discussões: A técnica de IASTM utiliza ferramentas metálicas para localizar e tratar restrições em tecido mole, permitindo ao clínico detectar espessamentos, rigidez, aderências, fibrose, nódulos, depósitos cristalino e tecido cicatricial mais precisamente e obtendo melhor profundidade tecidual com maior transmissão de força do que pode ser produzido manualmente, reduzindo também a compressão e estresse nas mãos do terapeuta. A teoria do funcionamento é com base na justificativa da massagem de fricção profunda da fibra muscular como proposto por Cyriax, produzindo uma resposta inflamatória localizada, proporcionando a ruptura de tecido cicatricial, remodelação do tecido conjuntivo, liberação de adesões, regeneração da síntese de colágeno, liberação das restrições fasciais, ganho de alongamento e alívio da dor (LAUDNER et al., 2014; BAKER et al., 2013; CHEATHAM et al., 2015). Lee, Kim, You (2014) verificaram que a técnica também produz um efeito de inibição de músculos hipertônicos proporcionando maior alongamento de fibras musculares. Os autores realizaram uma análise de eletromiografia para determinar os efeitos de IASTM sobre um paciente com sequelas de AVE, apresentando hipertonicidade em gastrocnêmio e buscando uma facilitação do tibial anterior, onde observou que antes da intervenção o musculo gastrocnêmio se encontrava hiperativo mesmo durante o movimento de dorsiflexão, que era para o mesmo estar relaxado ou inibido. Após 2 minutos da técnica de neuromobilização com IASTM, a atividade desse músculo que anormalmente estava hipertônica diminuiu em 43% e a ativação de tibial anterior aumentou em 150% indicando os efeitos de inibição recíproca induzida por IASTM (LEE; KIM; YOU, 2014). Na prática esportiva esse tipo de tratamento também vem apresentando resultados benéficos. Baker e

colaboradores em 2013 utilizaram a técnica em 03 atletas colegiados apresentando queixas de dor crônica nas extremidades inferiores e limitação nos movimentos do isquiotibiais, sendo que após a aplicação da IASTM com movimentos passivos, apresentou uma melhora significativa no estado do paciente com redução da dor e melhora da função, conseguindo manter a participação dentro da atividade esportiva sem retorno dos sintomas ao longo da temporada competitiva (BAKER et al., 2013). Em 2014 durante um estudo realizado na Illinois State University, nos Estados Unidos, determinaram a eficácia da IASTM em 35 jogadores colegiados de baseball que devido à alta sobrecarga e tensão repetidas na articulação glenoumeral apresentam perda da função de adução horizontal e de rotação interna de ombro. Após uma breve aplicação de mobilização instrumental durante 40 segundos nos músculos deltoide posterior, latíssimo do dorso, redondo menor, redondo maior e infraespinhal, os atletas apresentaram melhoras imediatas na ADM de adução horizontal e de rotação interna após a análise com o inclinômetro e com a comparação com um grupo controle (LAUDNER et al., 2014). Assim como qualquer outra técnica, a utilização da IASTM tem suas limitações, sendo contra indicado em pacientes com distúrbios neoplásicos, infecção renal, medicação anticoagulante, artrite reumatoide, hipertensão descontrolada, fratura, osteomielite ou infecção generalizada devido aos seus efeitos sistêmicos e sua resposta inflamatória local (CROTHERS et al., 2016).

Conclusão: A técnica de liberação miofascial instrumental provoca uma resposta inflamatória local promovendo a melhora no desempenho funcional e auxiliando na reabilitação de lesões. Faz necessária a aplicação de mais estudos com uma amostra maior para estabelecer a base fisiológica da melhora funcional do tratamento.

Referências

BAKER, R. T; NASYPANY, A; SEEGMILLER, J. G; BAKER, J. G. Instrument-Assisted Soft Tissue Mobilization Treatment for Tissue Extensibility Dysfunction. **International Journal of Athletic Therapy & Training**, v.18, n.5, p.16-21, 2013.

CHEATHAM, S. W; LEE, M; CAIN, M; BAKER, R. The efficacy of instrument assisted soft tissue mobilization: a systematic review. **J Can Chiropr Assoc**, v.60, n.3, p. 200-211, 2016.

CROTHERS, A. L; FRENCH, S. D; HEBERT, J. J; WALKER, B. F. Spinal manipulative therapy, Graston technique® and placebo for non-specific thoracic spine pain: a randomised controlled trial. **Chiropractic & Manual Therapies**, v.24,n.16, p.1-9, 2016.

LAUDNER, K; COMPTON, B. D; MCLODA, T. A; WALTERS, C. M. Acute effects of instrument assisted soft tissue mobilization for improving posterior shoulder range of motion in collegiate baseball players. **The International Journal of Sports Physical Therapy**, v.9, n.1, p. 1-7, 2014.

LEE, J. J; KIM, D. H; YOU, S. J. H. Inhibitory effects of instrument-assisted neuromobilization on hyperactive gastrocnemius in a hemiparetic stroke patient. **Bio-Medical Materials and Engineering**, v.24, p. 2389-2394, 2014.

STECCO, C; SCHLEIP, R. A fascia and the fascial system. **J Bodywork Move Ther.**, v.20, n.1, p. 139-140, 2016.

OS EFEITOS DA LEVODOPA EM PACIENTES COM DOENÇA DE PARKINSON

Alana Cristina Rodrigues¹, Jéssica Emília Toledo Campos Parreira¹, Lubriana Harue Himeno¹, Ana Paula Ronquesel Battochio²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –alanaccb402@gmail.com

²Professora de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
biomedicina@fibbauru.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, tratamento, levodopa.

Introdução: A doença de Parkinson (DP) é um transtorno degenerativo progressivo do sistema extrapiramidal, causada pela morte de células da substância negra compacta e outros núcleos pigmentados do tronco encefálico, que produz um esgotamento seletivo do neurotransmissor dopamina, acometendo principalmente o sistema motor e algumas alterações comunicativas (AZEVEDO; CARDOSO, 2009). Sua incidência principal é na população acima de 65 anos, com prevalência de 1 a 2% no mundo e de 3% no Brasil (BELO et al., 2009). Os sinais e sintomas que caracterizam a doença são: tremor de repouso, rigidez muscular, bradicinesia, instabilidade postural e distúrbios da marcha. Outras manifestações importantes incluem alterações na voz, fácies em máscara, disartria, depressão, distúrbios sensoriais e do sono, alterações cognitivas, dores, parestesias e disfagia (PALERMO et al., 2009). Dentre vários fármacos utilizados para o tratamento dos sintomas da DP, esta a levodopa.

Objetivos: Descrever o mecanismo de ação do medicamento levodopa na DP.

Relevância do Estudo: Promover o conhecimento do princípio ativo do levodopa para pacientes com a DP e para esclarecimentos de profissionais da saúde.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado no tema levodopa e doença de Parkinson, em bases de dados como Scielo, Lilacs, Medline e Google Acadêmico, sem limite de data.

Resultados e discussões: A levodopa é um indicador metabólico imediato da dopamina, sua rápida absorção intestinal depende da velocidade de esvaziamento gástrico e do pH. Alguns aminoácidos ingeridos na alimentação podem competir com a droga durante a absorção e transporte do sangue para o cérebro. As concentrações plasmáticas tornam-se máximas dentro de uma ou duas horas após a administração de uma dose oral, a meia vida plasmática ocorre entre uma e três horas, dependendo do organismo (AMINOFF, 2006). Ao entrar no sistema nervoso central (SNC), a droga é transformada em dopamina através da descarboxilação. Este processo ocorre através da ação de um aminoácido aromático, a DOPA descarboxilase, resultando na produção de dopamina e gás carbônico. Quando liberada a dopamina, liga-se a receptores dopaminérgicos específicos e em alguns receptores β -adrenérgicos, sendo removida da fenda sináptica por recaptação para dentro dos terminais nervosos ou células gliais vizinhas por um transportador dependente de Na^+ (monoaminoxidase/MAO e catecol O-metiltransferase/COMT). Na prática, esta droga é usada associada à Carbidopa ou Benserazida, pois se administrada isoladamente ela é descarboxilada pelas enzimas presentes na mucosa intestinal ou em outros tecidos periféricos. Com esta associação pode-se atingir um aumento de 9% na dosagem que chega ao SNC (GERSZT et al., 2014; STANDAERT; YOUNG, 2006). A levodopa corrige o déficit bioquímico causado pela DP, melhorando os sintomas motores globais, além de diminuir a taxa de mortalidade desses pacientes (AZEVEDO; CARDOSO, 2009). Os principais efeitos colaterais no SNC da levodopa incluem: sedação, sintomas psiquiátricos, flutuações motoras e discinesias, devido às variações na absorção e metabolização desse fármaco (REZAK, 2007). Atualmente estudos buscam estratégias que aumentem a

disponibilidade da levodopa, desenvolvendo fórmulas capazes de fornecer e sustentar um fluxo constante e prolongado da droga (ROCHA et al.,2013).

Conclusões: A levodopa é adroga de escolha e mais eficaz na DP por ligar-se a receptores dopaminérgicos específicos, melhorando os sintomas motores globais.

Referências:

AMINOFF, M. J. Tratamento Farmacológico do Parkinsonismo e de Outros Distúrbios do Movimento. In: KATZUNG, B. G. **Farmacologia Básica & Clínica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 375-386.

AZEVEDO, L. L.; CARDOSO, F. Ação da levodopa e sua influência na voz e na fala de indivíduos com doença de Parkinson. **Rev Soc Bras Fonoaudiol.**, v. 14, n. 1, p. 136-141, 2009.

BELO, L. R.; LINS, S. C.; CUNHA, D. A.; LINS, O.; AMORIM, C. F. Eletromiografia de superfície da musculatura supra-hióidea durante a deglutição de idosos sem doenças neurológicas e idosos com parkinson. **Rev CEFAC**, v. 11, n. 2, p. 268-80, 2009.

GERSZT, P. P.; BALTAR, C. R.; SANTOS, A. E.; ODA, A. L. Interferência do tratamento medicamentoso imediato e tardio na doença de Parkinson no gerenciamento da disfagia. **Rev CEFAC**, v. 16, n. 2, p. 604-619, 2014.

PALERMO, S.; BASTO, I. C. C.; MENDES, M. F. X.; TAVARES, E. F.; SANTO, D. C. L.; RIBEIRO, A. F. C. Avaliação e intervenção fonoaudiológica na doença de Parkinson: análise clínica-epidemiológica de 32 pacientes. **Rev Bras Neurol**, v. 45, n. 4, p. 17-24, 2009.

REZAK, M. Current pharmacotherapeutic treatment options in Parkinson's disease. **Disease-a-Month**, v. 53, n. 4, p. 214-22, 2007.

ROCHA, J. F. et al. Effect of opicapone and entacapone on levodopa pharmacokinetics when administered with immediate release 100/25 mg levodopa/carbidopa in healthy subjects. **JournaloftheNeurologicalSciences**, v. 333, n. 0, p. 115-116, 2013.

STANDAERT, D. G.; YOUNG, A. B. Tratamento dos distúrbios degenerativos do sistema nervoso central. In: BRONTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. **Goodman & Gilman – As bases farmacológicas da terapêutica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2006. p. 469-486.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO CÂNCER DE MAMA

Francielle Peres Brasil¹; Larissa Mendes Magalhães¹; Fernanda Piculo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB franciellefpb@gmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
ferpiculo@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: neoplasia da mama, saúde da mulher, fisioterapia.

Introdução: O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, resultante de alterações no código genético (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011). Esta doença representa a principal causa de morte por câncer em mulheres brasileiras, representando um grande problema de saúde pública. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de mama relacionam-se com idade avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, hábitos de vida e influências ambientais (SILVA; RIUL, 2011). Os fatores desencadeantes do câncer podem ser classificados em externos e internos. As causas externas incluem substâncias químicas, irradiação, vírus; e fatores comportamentais, que constituem os fatores de risco ambientais. Já as causas internas como os hormônios, condições imunológicas e mutações genéticas são na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (RODRIGUES; SILVA; CARDOSO, 2016). Dentre os sintomas que aparecem no câncer de mama, o mais comum é o aparecimento de nódulo geralmente indolor, duro e irregular. O edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo e secreção papilar unilateral e espontânea também são sinais que podem estar presentes no câncer de mama. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010). A fisioterapia em oncologia é uma especialidade recente e tem como metas preservar e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico. Atuando no pré e pós-operatório de pacientes mastectomizadas, esta modalidade aborda vários aspectos, desde a preparação do paciente para cirurgia até a reabilitação funcional no pós-cirúrgico, diminuindo o tempo de internação e retorno mais rápido para as atividades de vida diária (FARIA, 2010).

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica a fim de obter dados relativos sobre câncer de mama e tratamento fisioterapêutico.

Relevância do Estudo: Devido ao grande número de pacientes com câncer de mama, foi investigada a prevalência e causas associadas a esta condição clínica, a fim de propor ações de orientação e detecção precoce para fornecer tratamento fisioterapêutico e melhor sobrevida.

Materiais e métodos: Para a realização do presente estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica, que incluiu artigos científicos utilizando as bases de dados Scielo e Lilacs referentes ao assunto principal. A pesquisa abrangeu literatura publicada no período de 2011 a 2016.

Resultados e discussões: O objetivo da fisioterapia no pré-operatório é estabelecer o contato com a paciente, realizar a avaliação cinesiofuncional através da anamnese e do exame físico, orientar para o pós-operatório imediato, indicar a fisioterapia pós-operatória, esclarecer ao paciente sobre os objetivos da fisioterapia e sua importância na fase pré e pós-operatória sobre a cirúrgica indicada, explicar as possíveis complicações e o modo como é realizada. No pós-operatório, primeiramente permitirá a eliminação ou o não surgimento de um problema articular inaceitável, facilitará a integração do lado operado ao

resto do corpo e as atividades cotidianas. Finalmente, irá auxiliar na prevenção de outras complicações comuns na paciente operada de câncer de mama. A partir dessa fase, a fisioterapia entra com o objetivo de restaurar a amplitude articular de movimento, com exercícios de cinesioterapia como alongamento dos músculos da região cervical e da cintura escapular, mobilização passiva em todas as dimensões de ombro, cotovelo e cabeça, exercícios metabólicos de mãos e ombros, exercícios ativo-assistidos e posteriormente exercícios ativo livres, exercícios resistidos isométricos, concêntricos e excêntricos do membro superior (CÔRREA; SILVA; PAULO, 2014). RETT et al., (2012) elaboraram um estudo composto por 39 mulheres mastectomizadas com o objetivo de comparar a intensidade de dor no MS homolateral à cirurgia e caracterizar seu impacto no programa de cinesioterapia. O programa incluiu exercícios de alongamento, exercícios ativo-livres e ativo-assistidos do membro superior. Os autores evidenciaram que a cinesioterapia aumentou significativamente a amplitude de movimento do membro superior e reduziu significativamente a dor no membro homolateral à cirurgia. É evidente que o tratamento fisioterapêutico no pré e no pós-operatório de câncer de mama foi fundamental para prevenção de maiores complicações, como contraturas musculares, diminuição da amplitude de movimento, perda de força muscular e linfedema, além de ser essencial no retorno das atividades básicas de vida diária da mulher, proporcionando maior motivação e auto-estima na vida social, além de melhor qualidade de vida (CÔRREA; SILVA; PAULO, 2014).

Conclusão: Por meio desta revisão de literatura foi possível verificar os benefícios da fisioterapia em pacientes com câncer de mama e evidenciar que esta terapia contribui para melhorar a qualidade de vida das pacientes acometidas, devolvendo-as assim para suas atividades de vida diárias.

Referências

CORRÊA, G. P.; SILVA, L. B.; PAULO, T. M. S. **Tratamento fisioterapêutico no pós-operatório do câncer de mama: revisão bibliográfica.** (Monografia). Pindamonhangaba: Fundação Universitária Vida Cristã, 2014, 65f.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER: **Programa nacional de controle do câncer de mama,** 2010. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11_fae00ee/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 06 de outubro de 2017.

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para o câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, p.1259-1270, 2011.

FARIA, L. As práticas do cuidar da oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **Rev. Hist. Ciênc, Saúde**, Rio de Janeiro, v.17. n.1, p.69-87, 2010.

RETT, et. al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. **Revista Dor**. São Paulo, v.13, n.3, p.201-207, 2012.

RODRIGUES, J. C.; SILVA, L. C. F.; CARDOSO, R. A.; Câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. **Revista Master**, Araguari, v.1, n.1, p.48-56, 2016.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.6, n.6, p.1016-1021, 2011.

PRINCIPAIS ÍNDICES DE PATOLOGIAS NOS PACIENTES DE UTI PEDIÁTRICA – REVISÃO DE LITERATURA

William Jacomin Redondo Mendes¹; Roberta Munhoz Manzano².

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
wmendes.fisio@gmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
roberta_m_m@hotmail.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Epidemiologia; Terapia Respiratória.

Introdução: As Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) foram criadas com o objetivo de promover o cuidado ideal às crianças criticamente enfermas, proporcionando a cura da patologia e favorecendo um desenvolvimento adequado de suas potencialidades. Após a década de 1970, o tratamento intensivo pediátrico apresentou uma grande evolução com a criação de unidades especializadas, no Canadá e nos Estados Unidos, ocorrendo um grande avanço tecnológico, técnico, terapêutico e científico. Diversos fatores colocam as crianças em situação de risco, entre elas estão às doenças respiratórias, estados convulsivos, infecções generalizadas e traumas (BELTRAN, 2010).

Objetivos: Verificar na literatura qual o perfil dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Relevância do Estudo: A UTI pediátrica apresenta uma grande variedade de patologias, sendo necessário conhecer qual perfil de pacientes atendidos para proporcionar melhor conduta durante os atendimentos.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e SIBUSP. As palavras chaves utilizadas são: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; Epidemiologia; Terapia Respiratória. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados até Setembro de 2017.

Resultados e discussões: Nos Estados Unidos, aproximadamente 250.000 crianças de 0 a 18 anos são internadas em uma UTIP apresentando uma heterogeneidade de pacientes, com diferentes estágios de desenvolvimento. Apresenta uma ampla variedade de diagnóstico médico, que inclui a insuficiência respiratória, falência múltipla de órgãos, pós-operatórios, exacerbação de doenças agudas, doenças cardíacas congênitas e traumas. Devido ao alto tempo de internação, o paciente apresenta diminuição da massa e da força muscular e alterações cardiopulmonares onde a intervenção precoce do fisioterapeuta pode auxiliar na reabilitação destes pacientes (WIECZOREK et al., 2015).

Em 2016 foi realizado um estudo descritivo na UTIP do Hospital público Gregorio Marañón, da cidade de Madrid na Espanha, que descreve a distribuição de patologias que foram atendidas no local. Durante o ano de 2015 foram internadas 471 crianças, ficando em média de seis dias nos cuidados da UTIP. Dentre as patologias apresentadas encontra-se 199 com problemas cardiovasculares, 95 com patologias respiratórias, 35 que realizaram cirurgia maxilofacial, 27 com trauma raque medular, 21 em pós operatório de neurocirurgia, 12 que realizaram cirurgias torácicas, 10 com politraumas, 08 com patologias infecciosas e os demais com outras patologias (CARRILLO et al., 2016).

Já na Etiópia, em um estudo retrospectivo realizado no Hospital Especializado da Universidade de Jimma em 2015, foram analisadas 170 crianças que foram admitidas na UTI durante o período de 2009 a 2013, sendo que 59 foram internadas devido a traumas (ferimentos na cabeça, queimaduras e politraumas), 47 com patologias diversas como

Guillain–Barre, tétano, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal, tuberculose e infarto do miocárdio e 16 pacientes com obstrução das vias aéreas (ABEBE et al., 2015).

Em 2012, no Brasil foi realizado um estudo epidemiológico na UTIP do Hospital Israelita Albert Einstein no estado de São Paulo onde as causas respiratórias, anomalias congênitas e envenenamento foram responsáveis por mais da metade das internações. Os principais diagnósticos foram quantificados e as causas respiratórias ocupam as três primeiras posições com broncopneumonia, insuficiência respiratória e bronquite aguda (LANETZKI et al., 2012).

Os grandes levantamentos epidemiológicos são encontrados em poucos estudos realizados em países em desenvolvimento. As crianças que são internadas nas UTIP dos hospitais brasileiros provavelmente apresentam características próprias de um país em desenvolvimento. É de grande importância ter informações sobre o perfil dos pacientes criticamente enfermos, verificando assim qual a necessidade de saúde da população, auxiliando na adequação de posturas gerenciais e previsões de ações terapêuticas importantes para um atendimento atual e melhor fundamentado (CORULLÓN, 2007; EINLOFT et al., 2002).

Conclusão: Atualmente as UTIP são reconhecidas e estão em constante crescimento, no entanto, apresentam grandes diferenças epidemiológicas e com características distintas dos pacientes atendidos. De acordo com os dados coletados em estudos anteriores, as principais patologias apresentadas são problemas respiratórios, cardiovasculares congênitos e traumas, porém apresentam uma grande variação de outras patologias de acordo com a sua localização geográfica.

Referências

ABEBE, T.; GIRMAY, M.; MICHAEL, G.; TESFAYE, M. The epidemiological profile of pediatric patients admitted to the general intensive care unit in na Ethiopian university hospital. **International Journal of General Medicine** v. 8, p. 63-67, 2015.

BELTRAN, V. L. A. **Expectativa média de vida, morbidades e desempenho escolar para idade, de crianças que estiveram internadas na unidade de terapia intensiva pediátrica da Santa Casa de Maringá, após o mínimo de cinco anos de alta da UTI pediátrica.** Dissertação (mestrado), São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010, 95f.

CARRILLO, J.; HERCE, J. L.; BUSTINZA, A.; MENCÍA, S.; SÁNCHEZ, A. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. **Revista española de pediatría**, v. 72, n. 5, p. 274-278, 2016.

CORULLÓN, J. L. **Perfil epidemiológico de uma UTI Pediátrica no sul do Brasil.** Dissertação (mestrado), Porto Alegre, Faculdade de Medicina PUCRS, 2007, 100f.

EINLOFT, P. R.; GARCIA, P. C.; PIVA, J. P.; BRUNO, F.; KIPPER, D. J.; FIORI, R. M. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 728-733, 2002.

LANETZKI, C. S.; OLIVEIRA, C. A. C.; BASS, L. M.; ABRAMOVIC, S; TROSTER, E. J, O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 16-21, 2012.

WIECZORECK, B.; BURKE, C.; AL-HARBI, A.; KUDCHADKAR, S. Early mobilization in the pediatric intensive care unit: a systematic review. **J Pediatr Intensive Care**, v. 4, p. 212–217, 2015.

A INSERÇÃO DO ESPORTE EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR – REVISÃO DE LITERATURA

Augusto Louzada Rochi¹; William Jacomin Redondo Mendes²; Ana Paula Akashi³;

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – augustorochi@gmail.com;

²Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
wmendes.fisio@gmail.com;

³Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
ap.akashi@bol.com.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Lesão medular; paraolimpíadas; esporte adaptado;

Introdução: A lesão medular (LM) é um trauma de repercussão física e social ao paciente, sendo apontada como uma das situações mais incapacitantes que pode acometer o ser humano, pois causa perda de uma série de funções, principalmente a marcha. Estima-se que no Brasil cerca de 11300 pessoas fiquem paraplégicas ou tetraplégicas por ano, com a faixa etária mais acometida de 18 a 40 anos (MEDOLA, ELUI e SANTANA, 2010). A prática desportiva vem sendo inserida pelos pacientes com deficiência, incentivados por diversos objetivos como reintegração, inclusão social, reabilitação ou promoção de uma melhor qualidade de vida (GORLA et al., 2007).

Objetivos: Verificar na literatura os efeitos da inserção no esporte em pacientes com lesão medular.

Relevância do Estudo: O paciente de lesão medular apresenta uma grande alteração de sua rotina diária com grande impacto físico e emocional em sua vida. A inserção no esporte pode ser uma das opções para mudar esse quadro, proporcionando uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e SIBIUSP. As palavras chaves utilizadas foram: lesão medular; paraolimpíadas; esporte adaptado. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados até Setembro de 2017.

Resultados e discussões: O esporte adaptado manifestou-se a partir do término da 2ª Guerra Mundial, especialmente nos países europeus envolvidos na grande batalha devido ao grande número de soldados que sofreram lesões na coluna vertebral, resultando em paraplégicos ou tetraplégicos. Esse cenário influenciou Ludwig Guttmann, neurocirurgião alemão, a introduzir a reabilitação médica e social de veteranos de guerra através de habilidades esportivas, no Centro Nacional de Lesionados Medulares de Stoke Mandeville, Inglaterra, fundado em 1944 pelo próprio cirurgião (MARQUES et al., 2009). A LM leva a uma série de mudanças que podem afetar a execução do exercício, pois os principais movimentos abaixo do nível da lesão podem estar ausentes ou diminuídos, com consequente sedentarismo ampliando o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares. A inatividade física também pode ocasionar a desmineralização óssea, a atrofia dos músculos esqueléticos e cardíaco, diminuição da massa corporal magra, redução do conteúdo de água corporal e volume sanguíneo com aumento da gordura corporal (MEDOLA, ELUI e SANTANA, 2010). A inserção do esporte para esses pacientes apresenta vários benefícios como a melhora do consumo de oxigênio, ganho de capacidade aeróbica, redução do risco de doenças cardiovasculares e de infecções respiratórias, diminuição na incidência de complicações médicas, redução de hospitalizações, aumento da expectativa de vida, melhora da autoestima, satisfação com a vida, integração social, realização de atividades de forma mais ativa, independência, competitividade, melhora na funcionalidade,

na concentração e da coordenação (LABRONICI et al., 2000; SILVA, OLIVEIRA e CONCEIÇÃO, 2005). Silva, Oliveira e Conceição (2005) analisaram os efeitos da natação sobre as habilidades funcionais de 16 pacientes portadores de LM comparados ao grupo controle, observaram melhora da condição física, com benefícios motores sobre as habilidades funcionais dos participantes do grupo experimental segundo a escala de independência funcional. A corrida de fundo é uma das modalidades mais praticadas pelos cadeirantes com LM, e de acordo com a literatura pode se observar que a condição cardiorrespiratória desses atletas apresenta uma melhora do volume de oxigênio consumido e melhor tolerância aeróbia com efeito semelhante às pessoas saudáveis (REIS, RIBEIRO e TOURINHO FILHO, 2015).

Conclusão: Os programas de reabilitação esportiva são benéficos para os pacientes com lesão medular, proporcionando maior independência para a realização de atividades, prevenindo complicações em sua saúde, melhorando a sua interação social e qualidade de vida.

Referências

GORLA, J. I.; ARAÚJO, P. F.; CALEGARI, D. R.; CARMINATO, R. A.; SILVA, A. A. C. A composição corporal em indivíduos com lesão medular praticantes de basquetebol em cadeira de rodas. **Rev. Cienc. Saúde Unipar**, v. 11, n. 1, p. 39-44, 2007.

LABRONICI, R. H. D. D.; CUNHA, M. C. B.; OLIVEIRA, A. S. B.; GABBAI, A. A. Esporte como fator de integração do deficiente físico na sociedade. **Rev. Neuropsiquiatr**, v. 58, n. 4, p. 1092-1099, 2000.

MARQUES, R. F. R.; DUARTE, E.; GUTIERREZ, G. L.; ALMEIDA, J. J. G.; MIRANDA, T. J. Esporte olímpico e paraolímpico: coincidências, divergências e especificidades numa perspectiva contemporânea. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte**, v. 23, n. 4, p. 367-377, 2009.

MEDOLA, F. O.; ELUI, V. M. C.; SANTANA, C. S. A lesão medular e o esporte adaptado em cadeira de rodas. **Rev. Efedportes**, v. 15, n. 143, p. 1-1, 2010.

REIS, R. M.; RIBEIRO, V. B.; TOURINHO FILHO, H. Respostas fisiológicas ao exercício físico em atletas cadeirantes com lesão medular. **Rev. ConScientiae Saúde**, v. 14, n. 1, p. 161-168, 2015.

SILVA, M. C. R.; OLIVEIRA, R. J.; CONCEIÇÃO, M. I. G. Efeitos da natação sobre a independência funcional de pacientes com lesão medular. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 11, n. 4, p. 251-256, 2005.

OS EFEITOS DA ELETROESTIMULAÇÃO NAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES (TENS)

Géssica Borin Lima¹; Franciele de Oliveira Lopes²; Mirella Alana de Souza³; Elaine Camargo⁴;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – gessicaborinl@hotmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lopes96@live.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – mirela_alana@hotmail.com;

⁴Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB elaineccostaesilva@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Dor crônica, eletro estimulação e disfunções temporomandibulares.

Introdução: A Disfunção Temporomandibular (DTM) caracteriza-se por mudanças funcionais e patológicas que afetam a articulação temporomandibular (ATM). Dentre os tratamentos fisioterapêuticos indicados para DTM, destacam-se: exercícios, massagem, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), ultrassom e laser (RODRIGUES et al., 2008). É caracterizada por vários sinais e sintomas, que incluem dores faciais, limitação dos movimentos mandibulares, ruídos articulares, dores de cabeça e dores na região cervical. As DTMs são classificadas em musculares, articulares e musculoarticulares. As musculares atingem apenas os músculos responsáveis pela mastigação e do pescoço; as articulares caracterizam-se por distúrbios dentro da articulação e as musculoarticulares acometem a musculatura e a articulação. Tendo a fisioterapia um papel importante na reabilitação da função dessa articulação e auxiliando no reconhecimento dos componentes envolvidos. A ATM é constituída por várias estruturas internas e externas, como a fossa mandibular do osso temporal, o côndilo da mandíbula, a eminência articular, o disco articular, a cápsula articular, os ligamentos, a membrana sinovial, a vascularização e a inervação temporomandibular, sendo capaz de realizar movimentos complexos, como abertura, fechamento, protrusão, retrusão e lateralidade da mandíbula (ALVES e SILVA, 2010). A estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) é uma das modalidades mais simples dentro do campo da eletroterapia. Trata-se de um recurso não invasivo utilizado no combate a dor em diversos casos clínicos, promoção do relaxamento muscular, melhora da vascularização local e tem efeito significativo sobre o quadro de fadiga e redução da hiperatividade muscular (BERNI, 2015).

Objetivos: Avaliar as alternativas de tratamento em pacientes com disfunções temporomandibulares, tendo como base os efeitos da estimulação elétrica transcutânea (TENS).

Relevância do Estudo: O presente estudo teve o intuito de analisar os benefícios da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) em tratamento para dor e DTM.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Scielo e Bireme. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, revisão de literatura e relatos de casos publicados.

Resultados e discussões: Um estudo realizado por Silva e Mejia (2013) dor é uma disfunção que pode ser causada por trauma, alterações anatômicas, mudanças funcionais e patológicas que afetam a articulação temporomandibular onde tem que ser observada detalhadamente e avaliada com cuidado. A DTM pode causar dificuldades na qualidade de vida de uma pessoa quanto nos músculos da região mandibular, cervical e da musculatura

terem alterações na DTM, podendo ocasionar dores nos dentes na região orofacial. Por isso que é indicado um tratamento medicamentoso e fisioterápico no caso dessas devidas afecções. A TENS é considerada uma modalidade terapêutica relativamente econômica, segura e não invasiva e que pode ser usada para tratar uma variedade de condições dolorosa como por exemplo a DTM (GROSSMANN et al., 2012).

Conclusão: O uso da TENS é uma das possibilidades de tratamento para dor e DTM, o tratamento utilizado neste estudo é considerado eficaz principalmente se for associado a uma equipe multidisciplinar, onde o tratamento será adequado e satisfatório. São necessários estudos controlados em amostras homogêneas de pacientes com DTM, de modo a confirmar os aspectos benéficos dessa modalidade terapêutica.

Referências

ALVES, R. L. B. R.; SILVA, P. F. S. A eficácia dos recursos fisioterapêuticos no ganho da amplitude de abertura bucal em pacientes com disfunções craniomandibulares. **Revista Odontologia UNESP**, v. 39, n. 1, p. 55-61, 2010.

BERNI, K. C. S. Efeito indireto da tens sobre o padrão de ativação dos músculos mastigatórios em mulheres disfônicas. Laboratório de Recursos Terapêuticos da Universidade Metodista de Piracicaba – **UNIMEP**, 2015.

GROSSMANN, E.; TAMBARA, J. S.; GROSSMANN, T. K.; SIQUEIRA, J. T. O uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea na disfunção temporomandibular. **Rev. Dor.**, v. 13, n. 3, p. 271-276, 2012.

RODRIGUES, B. D.; ALMEIDA, A. F. N.; BERNI, K. C. S.; PEDRONI, C. R.; GONÇALVES, R. N.; BÉZIN, F. Utilização de diferentes estimulações para o tratamento da dor em mulheres com disfunção temporomandibular. **Rev Bras Fisioterapia.**, v. 12, n. 6, p. 476-481, 2008.

SILVA, D. F.; MEJIA, D. P. M. **Uso do tens na dor da disfunção temporomandibular na fisioterapia.** Monografia (Pós-graduação) Goiânia: Pós-Graduação em Traumatologia Ortopédica - Faculdade Ávila, 2013, 12 f.

TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE ATRAVÉS DA DMARD

Eduarda Trevisanuto Lucatto¹; Eliel Henrique Marcelino¹; Igor Almeida¹; Ana Paula Battochio².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lucatto19@gmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – apbattochio@ig.com.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: artrite reumatoide, DMARDs, leflunomida.

Introdução: A artrite reumatoide (AR) é uma patologia inflamatória crônica sistêmica multifatorial caracterizada pela hipertrofia de tecido e transformação funcional das células. Normalmente possui sintomas sistêmicos como cansaço, dor, inchaço, rigidez articular, mal-estar e limitação das atividades diárias (LAPCEVIC et al., 2017). Alguns sinais inflamatórios como dor e edema são apresentados em todas as articulações, com exceção dos quadris e de ombros. A realização dos movimentos em articulações com artrite reumatóide aumenta o processo inflamatório, no entanto alguns pacientes não apresentam sinais e sintomas característicos. É uma doença que acomete 0,5% a 1% da população, sendo que mulheres com 40 a 50 anos são as que apresentam a maior incidência (SILVA et al., 2013). As DMARDs (Droga Antirreumática Modificadora de Doença) formam um grupo de agentes que realizam atividades anti-inflamatórias e imunossupressora, utilizados no tratamento de patologias reumáticas crônicas, com o objetivo de prevenir e controlar a progressão. Este grupo é composto de agentes que se diferenciam entre si através da estrutura química, modo, tempo de ação e farmacocinética (UEHBE, PIMENTA e GIORGI, 2006).

Objetivos: Demonstrar os benefícios da droga Leflunomida na artrite reumatoide.

Relevância do Estudo: Este estudo é de suma importância para agentes da saúde, pois foi verificado através da literatura a eficácia da Droga Antirreumática Modificadora de Doença (DMARD) na artrite reumatóide.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica através de banco de dados na internet tais como Google Acadêmico, Scielo e Bireme. Os estudos foram baseados em revisão de literatura, artigos originais e relatos de casos, utilizando as palavras chaves: artrite reumatoide, leflunomida.

Resultados e discussões: Iniciando o tratamento com DMARDs assim que diagnosticado, reduz a destruição articular, aumentando a taxa de remissão e controlando a inflamação (JUNIOR et al., 2008; PINTO, MIGUEL e REZENDE, 2006). A Leflunomida é uma droga anti-reumática modificadora de doença, recente, age diminuindo a síntese das pirimidinas ao inibir a enzima mitocondrial diidroorotato desidrogenase, evitando a rápida proliferação dos linfócitos. A Leflunomida se diferencia das outras DMARDs por conta da sua rapidez de ação, comprovada em vários pacientes a melhora no primeiro mês de tratamento (SILVA et al., 2013). É contra-indicado para pacientes com insuficiência renal, doenças crônicas do fígado, também para mulheres em idade fértil que não utilizem anticoncepcionais e que estejam amamentando ou gestante (LAURINDO et al., 2004). Em casos que ocorra a gravidez, a Leflunomida é eliminada com a utilização de colestiramina na dosagem de 8 gramas três vezes ao dia, no período de 11 dias (MOTA et al., 2012). A Leflunomida é absorvida no trato gastrointestinal, e a biotransformação acontece certamente no fígado na parede gastrointestinal, onde é transformada em Metabólito 1. O tempo máximo de concentração de Metabólito 1 é de 6-12 horas, sendo a eliminação renal e intestinal. Deve-se ser prescrita na dose de 20 mg/dia, porém pode-se prescrever dose de 20 mg em dias alternados. Os efeitos colaterais incluem vômitos, náuseas, dor abdominal e diarreia (MOTA et al., 2012).

Conclusão: Esta droga é de grande procura, pois ela diminui significativamente a progressão da doença e se diferencia das outras DMARDs por conta de obter um resultado rápido, sendo assim, já obtiveram melhora no primeiro mês de tratamento, devido a diminuição da síntese das pirimidinas ao inibir a enzima mitocondrial.

Referências

COSTA, J. P.; BECK, S. T. Avanços no diagnóstico e tratamento da artrite reumatoide. **Revista Saúde (Santa Maria)** V. 37, n. 1, p. 65-76, jan./ jun. 2011.

JUNIOR, V. A. M.; AGUIAR, F. A.; BALERONI, C. C.; NOVAES, G. S. Análise temporal entre início dos sintomas, avaliação reumatológica e tratamento com drogas modificadoras de doença em pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, V. 10, n. 2, p. 12-15, 2008.

LAPCEVIC, M.; VUKOVIC, M.; GVOZDENOVIC, B. S.; MIOLJEVIC, V.; MARJANOVIC, S. Influência de fatores socioeconômicos e de tratamento sobre a fadiga, ansiedade e depressão autorrelatadas em pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** V. 57, p. 81-92, 2017.

LAURINDO, I. M. M.; XIMENES, A.C.; LIMA, F. A. C.; PINHEIRO, G. R. C.; BATISTELLA, L. R.; BERTOLO, M. B.; ALENCAR, P.; XAVIER, R. M.; GIORGI, R. D. N.; CICONELLI, R. M.; RADOMINSKI, S. C. Artrite reumatoide: diagnóstico e tratamento(*). **Rev. Bras. Reumatol.** V. 44, n. 6, p; 435-42, São Paulo Nov./Dec. 2004.

MOTA, L. M. H.; CRUZ, B. A.; BRENOL, C. V.; PEREIRA, I. A.; FRONZA, L. S. R.; BERTOLO, M. B.; FREITAS, M. V. C.; SILVA, N. A.; JÚNIOR, P. L.; GIORGI, R. D. N.; LIMA, R. A. C.; PINHEIRO, G. R. C. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** V. 52, n. 2, p. 135-174, São Paulo Mar./Apr. 2012.

PINTO, M. R. C.; MIGUEL, R. C. C.; REZENDE, G. G. Tratamento da Artrite Reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.** V. 46, n. 3, p. 219-223, mai./jun., 2006.

SILVA, R. G.; VANUCCI, A. B.; LATORRE, L. C.; ZERBINI, C. A. F. Artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Medicina** V. 60, n. 8, p. 574-76, Ago. 2013.

UEHBE, A. I.; PIMENTA, M. E.; GIORGI, R. D. P. N. DMARDS (fármacos anti-artrite reumatoide modificadores da doença ou drogas antirreumáticas modificadoras da doença). **Revista Temas de Reumatologia Clínica** V. 7, n. 2, p. 57-61, 2006.

O USO DE ELETROESTIMULAÇÃO NO TRATAMENTO DE OSTEOARTROSE

Daniela de Oliveira Ferreira¹, Bianca Caroline Marmol¹, Franciele Correa Ferreira¹, Sarah Passos Silva¹, Thayná Garcia¹, Reinaldo Monteiro Marques².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – bi.marmol@gmail.com

²Professor de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Osteoartrose, Eletroterapia, Tratamento, TENS.

Introdução: Osteoartrose (OA), processo degenerativo crônico do osso e da articulação, conhecida como artrose ou osteoartrite. É a doença reumática mais frequente, aumenta significativamente com a idade, afetando 20% da população aos 45 anos e prevalece em indivíduos com mais de 65 anos de idade. Era classificada como uma doença progressiva, sem perspectivas de tratamento, natural do processo de envelhecimento, mas atualmente, é possível modificar o curso evolutivo, tanto em relação ao tratamento imediato, quanto ao seu prognóstico. É a causa mais frequente de dor do sistema músculo-esquelético. Considerada como uma doença crônica, multifatorial, que leva a uma incapacidade funcional progressiva, ocorre por insuficiência da cartilagem, ocasionada por um desequilíbrio entre a formação e a destruição dos seus principais elementos, associada a várias condições como, sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da cartilagem ou fatores genéticos, de natureza traumática, inflamatória ou metabólica (COIMBRA et al., 2004). Ao realizar exames específicos, classifica-se a OA em dois subtipos clínicos, típica e atípica. Para os dois tipos, o tratamento é basicamente igual, tendo como objetivo aliviar a dor, diminuir a rigidez articular, manutenção da função, minimização do impacto da doença na qualidade de vida do paciente e retardar o processo degenerativo da articulação (PORTER, 2005). Os tratamentos fisioterapêuticos dispõem da mobilização passiva e ativa, alongamentos, exercícios isométricos, isotônicos, recursos de calor para alívio da dor, aumentar a extensibilidade do tecido e diminuir a rigidez articular e frio indicado em casos de inflamação e espasmos musculares. Já os recursos da eletroterapia mais utilizados são a TENS, eletroestimulação pulsada de baixa frequência, o ultrassom, ondas curtas, micro-ondas e a corrente galvânica (KISNER e LYNN, 2004).

Objetivo: Analisar os benefícios da eletroterapia em paciente com osteoartrose, para melhoria de qualidade de vida, discutindo a melhor intervenção fisioterapêutica.

Relevância do Estudo: Demonstrar os tratamentos eletroterapêuticos utilizados nos pacientes com osteoartrose e disponibilizar informações para fisioterapeutas.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de artigos referente aos efeitos fisioterapêuticos na osteoartrose, adaptando o tratamento com TENS para preservar a articulação, presentes em bancos de dados como Scielo, CAPES e LILACS.

Resultados e discussões: A OA tem uma pequena capacidade destrutiva, não leva ao acometimento sistêmico, seus principais sintomas são dor e rigidez articular que está associada com a inflamação da capsula articular, prejudicando a estabilidade muscular, refletindo a uma redução da amplitude de movimento e incapacidade funcional. A fisioterapia atua para combater a dor e diminuir os impactos já causados pela patologia, proporcionando analgesia e alívio ao paciente (PORTER, 2005). Várias pesquisas demonstraram que a estimulação elétrica pode modular a dor, por isso se recomenda a TENS no tratamento de paciente com OA, especialmente em um tratamento de curto prazo (CHEING e LUK, 2005). A TENS trabalha com quatro níveis de intensidades de estímulos: subsensório, sensório, motor e nociceptivo, sendo o nível sensório mais eficaz, que é definido como a estimulação acima do limiar sensitivo e abaixo do limiar motor, é indicado

para dor aguda, mas é também utilizado em condições crônicas (CHARLES e FRANKLIN, 2011). O tratamento aplicando a TENS, segue com um total de 10 sessões, sendo 30 minutos cada, no nível sensorio, caracterizado por correntes de baixa frequência, 80Hz e largura de pulso de 140µ segundos, serão pulsos de baixa amplitude e curta duração para o controle da dor. A TENS é aplicada no local da lesão, ativa as fibras aferentes primárias, essa informação é transmitida para a medula espinhal e o resultado é a inibição tanto no local como nas vias descendentes inibitórias que mediam a redução da hiperalgesia pela TENS. O efeito positivo da TENS relaciona-se com um número repetitivo de sessões. A frequência, a intensidade e o local são fundamentais para alcançar ótimos efeitos durante e após a estimulação TENS (CHESTERTON et al., 2003). A influência da TENS sobre a amplitude de movimento, ou seja, atividades funcionais, mostra melhora significativa depois do seu uso. A dor que é um dos principais fatores que impedem o movimento é reduzida significativamente. Além disso, há possibilidade de prevenir essa patologia, como cuidar da alimentação, manter um peso adequado, pessoas obesas têm maior risco de desenvolver a OA, pois com a sobrecarga as articulações danificam ainda mais, consumir bastante cálcio, praticar atividades físicas como, ioga, Pilates, natação, exercícios aeróbicos e alongamentos (NICE, 2008).

Conclusão: Os resultados sugerem que a TENS pode ser uma terapia associada ao tratamento do paciente com OA, aplicada a nível sensorio contribui para melhora funcional, redução da ingestão de medicamentos para dor, diminuindo custos com a medicação, qualidade de vida aceitável, mantendo sua mobilidade e independência, estando livre da dor por um longo período. Para atingir esses objetivos a atuação do fisioterapeuta é essencial, este deve buscar formas de intervenção como utilização da TENS e principalmente exercícios de fortalecimento e alongamento muscular, assim o paciente mostrará uma melhora significativa.

Referências

CHARLES, R. M.; FRANKLIN, S. S. Estudo da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) nível sensorio para efeito de analgesia em pacientes com osteoartrose de joelho. **Fisioter. Mov. - Curitiba**; V. 24, p. 04, 2011.

CHEING, G. L.; LUK, M. L. Transcutaneous electrical nerve stimulation for neuropathic pain. **J Hand Surg Br.** V. 30, n. 1, p. 50-55, 2005.

CHESTERTON, L. S.; FOSTER, N. E.; WRIGHT, C. C.; BAXTER, G. D.; BARLAS, P. Effects of TENS frequency, intensity and stimulation site parameter manipulation on pressure pain thresholds in healthy human subjects. **Pain.** V. 106, n. 1/2, p. 73-80, 2003.

COIMBRA, I. B.; PASTOR, E. H.; GREVE, J. M. D.; PUCCINELLI, M. L. C.; FULLER, R.; CAVALCANTI, F. S.; MACIEL, F. M. B.; HONDA, E. Osteoartrite (artrose): tratamento. **Rev. Bras. Reumatol.** - São Paulo Nov./Dec. V. 44, p. 6, 2004.

KISNER, C.; LYNN, A. C. **Exercícios Terapêuticos Fundamentais.** Editora Manole 4a edição. 2004.

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence. Osteoarthritis. The care and management of osteoarthritis in adults. **London: NICE Clinical Guideline**; p. 59, 2008.

PORTER, S. B. Fisioterapia de tity 13a edição Editora: **Elsevier** Rio de Janeiro, 2005.

OS BENEFÍCIOS DA IMPLANTAÇÃO DA GINÁSTICA LABORAL NO AMBIENTE DE TRABALHO

Stefany C. G. do Nascimento¹, Amanda G. Constantino¹, Iasmim Castilho¹, Ana Julia Ap. Alves¹, Rubens B. Melo².

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – stefany_cristina96@hotmail.com

²Professor de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – acupuntura.bauru@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Ergonomia, Ginástica Laboral, LER e DORT, Saúde do Trabalhador.

Introdução: O desenvolvimento da ergonomia no Brasil foi muito influenciado pela Ergonomia da Atividade, praticada nos países de língua francesa. A perspectiva sustentada pela Ergonomia da Atividade, que foi desenvolvida nos meados dos anos 60, e difundida a partir dos anos 70 por Alain Wisner, mostra que é preciso compreender o trabalho para transformá-lo (DANIELLOU, 2004). A incompreensão do trabalho atualmente afeta diretamente a rotina das pessoas, que normalmente se deparam com um aumento da carga horária de trabalho e diminuição do tempo de lazer, acarretando em um excesso de trabalho, que atualmente é a principal causadora de LER e DORT (LAUX et al., 2016).

Objetivos: Apresentar as possíveis melhorias obtidas em ambientes de trabalho com a implantação da Ginástica Laboral.

Relevância do Estudo: A implantação da ginástica laboral no ambiente de trabalho apresenta grandes benefícios, tanto para a saúde do trabalhador quanto para a produção da empresa onde é implantada.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão de literatura, com artigos selecionados das bases de dados SCIELO e Google Acadêmico, com os seguintes descritores: ginástica laboral, ergonomia, LER e DORT no qual 10 artigos foram recuperados e destes 03 foram utilizados. Também foi utilizado um livro específico da área de ergonomia, pertencente à biblioteca da Faculdades Integradas de Bauru - FIB.

Resultados e discussões: A Ginástica Laboral é uma atividade física de curta duração, realizada no ambiente de trabalho, onde são aplicados exercícios de alongamento e relaxamento das estruturas recrutadas durante a jornada de trabalho, nos dias de hoje pode ser considerada um método eficaz na prevenção e tratamento de LER e DORT, além de outras doenças ocupacionais, pois visa à melhoria na qualidade de vida dos funcionários e o rendimento das empresas onde são implantadas (SANTOS et al., 2007). Quando implantada, os funcionários praticantes da Ginástica Laboral são beneficiados tanto fisiologicamente, quanto psicologicamente e socialmente, desta forma a empresa também é beneficiada com um aumento em seu rendimento e produtividade. Entre os benefícios obtidos através da GL estão a diminuição de doenças ocupacionais, redução de casos de dores musculares, inflamações e traumas, melhora na postura corporal entre outros, os funcionários apresentam uma elevação na autoestima, equilíbrio dos aspectos positivos e negativos dentro do ambiente de trabalho, além de diminuir a ansiedade, uma melhoria em todos estes aspectos ligados com a saúde dos funcionários, automaticamente acarreta de forma social um trabalho em equipe mais empenhado e conseqüentemente um aumento na produtividade, melhorando a imagem da empresa (LOPES; NOGUEIRA e MARTINE, 2008). Pesquisas realizadas apresentaram resultados satisfatórios, que foram apontados por alguns autores após realizar estudos em diversas empresas. Na empresa Siemens por exemplo, houve uma diminuição de 60% do volume de queixas de dores corporais; em duas empresas alimentícias localizadas no Sul do país, apresentaram um aumento na produção

de 27% e após 12 semanas, uma redução de 40% dos casos de acidentes de trabalho; uma empresa em Gravataí-RS, após três meses de GL apresentou diminuição de 46% dos acidentes de trabalho e de 54% da procura ambulatorial, entre outras empresas que apresentaram melhora na qualidade de vida dos funcionários e um aumento no rendimento (SAMPAIO e OLIVEIRA, 2008).

Conclusão: A implantação da Ginástica Laboral nas empresas fornece uma grande melhoria à saúde do trabalhador e conseqüentemente uma diminuição nos casos de afastamento do trabalho por LER, DORT entre outras doenças ocupacionais. Para a empresa trará um gasto com as despesas em relação à GL, mas terá um retorno maior em questão financeira e de produtividade.

Referências

DANIELLOU, F.A **ergonomia em busca dos seus princípios: Debates epistemológicos**. 1ªed. São Paulo, Edgard Blücher LTDA. 2004.

LAUX, R. C.; PAGLIARI, P.; EFFTING JUNIOR, J. V.; CORAZZA, S. T. Programa de Ginástica Laboral e a Redução de Atestados Médicos. **Ciênc. Trab.**V. 18, n. 56, p 130-133, 2016.

LOPES, T. C. E.; NOGUEIRA, E. J, MARTINEZ, M. R. L. Influência da ginástica laboral em funcionários que trabalham com telemarketing. **Efdeportes: Revista Digital**. Buenos Aires, 2008. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd124/ginastica-laboral-emfuncionarios-que-trabalham-com-telemarketing.htm>>. Acesso em: 05 de mai de 2017.

SAMPAIO, A. A; OLIVEIRA, J.R.C. A ginástica laboral na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida no trabalho. **Caderno de Educação Física**. 2008, p 71-79. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/cadernoedfisica/article/view/1649>>. Acesso em: 13 de mai de 2017.

SANTOS, A. F.; ODA, J. Y.; NUNES, A. P. M.; GONÇALVES, L.; GARNÉS, F. L. S. Benefícios da ginástica laboral na prevenção dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 2, p. 99-113. 2007.

PARALISIA DE BELL EM CRIANÇAS

Bruna Pimentel da Rocha¹; Rodrigo Cristiano Bazoni Junior¹, Karoline Tobo Rodrighero¹;
Ketilly Christini Correa Campos¹; Carolina Tarcinalli Souza²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
brunapimentel.rocha@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
caroltar@msn.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Paralisia de Bell, Paralisia Facial Idiopática, Reabilitação

Introdução: A paralisia facial periférica (PFP) é uma lesão do neurônio motor inferior, que acomete o nervo facial em todo o seu trajeto ou parte dele, sendo que a Paralisia de Bell (PB) é a sua forma mais comum e de etiologia desconhecida (GOULART et al., 2002; LIMA e CUNHA, 2011).

A paralisia de Bell torna-se mais frequente em pessoas com história familiar da doença (predisposição genética), durante o terceiro trimestre da gravidez e na primeira semana após o parto e nas infecções respiratórias, como gripes e resfriados (LIMA, FAGUNDES e LIMA, 2016). Entretanto algumas infecções devido aos mais diversos patógenos como: o vírus da Herpes Zoster Ótico (HZO) podem resultar na reativação do vírus, causando paralisia facial (CORREIA et al., 2010).

Objetivos: Realizar um levantamento da literatura sobre o efeito da fisioterapia na paralisia de Bell em crianças.

Relevância do Estudo: A paralisia de Bell por se tratar de uma afecção que paralisa a face e comprometendo a expressão facial, a mesma resulta no déficit da função motor e prejuízo no convívio social.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Bireme, Scielo, Lilacs e Pubmed. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados sem limitação de data. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Paralisia de Bell, Paralisia Facial Idiopática, Reabilitação.

Resultados e discussões: Pereira et al. (2011) realizaram uma pesquisa de metanálise sobre o tratamento fisioterapêutico e verificaram melhora na funcionalidade facial nos pacientes com paralisia de Bell, promovendo a simetria da face, controlando e reduzindo as sincinésias. O mesmo se verificou no presente estudo, em que o acompanhamento fisioterapêutico associou-se significativamente ao aumento da taxa de recuperação.

Corroborando com pesquisa, Garanhani et al. (2007), realizaram um estudo retrospectivo, onde analisaram 23 prontuários durante quatro anos. Foi identificado o predomínio do sexo feminino e a média de idade foi de 32,3 anos (DP±16,5); 14 casos idiopáticos e cinco traumáticas; 12, com comprometimento motor total e 11, parcial; nos 12 casos com avaliação final, sete evoluíram para recuperação parcial e cinco para total. A fisioterapia utilizada foi cinesioterapia e orientações ao final concluindo a evolução da recuperação.

Conclusão: A qualidade de vida dos pacientes pode ser afetada negativamente em decorrência de incapacidades físicas, psicológicas e sociais. Assim várias técnicas fisioterápicas foram propostas para o tratamento da PFP.

Referências

CORREIA, T.; SAMPAIO, M. J.; ALMEIDA, R.; GARRIDO, C. Paralisia facial periférica diagnóstico, tratamento e orientação. **Revista do hospital de crianças Maria Pia**, v. 19, n. 3, p. 155-160, 2010.

GARANHANI, M. R.; CARDOSO, J. R.; CAPELLI, A. M. G.; RIBEIRO, M. C. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* V. 73, n. 1, p. 112-115, 2007.

GOULART, F.; VASCONCELOS, K. S. S.; SOUZA, M. R. V.; PONTES, P. B. A utilização do biofeedback no tratamento fisioterápico da paralisia facial periférica Physica therapy for facial paralysis using the biofeedback. **Acta Fisiátrica**, v. 9, n. 3, p. 134-140, 2002.

LIMA, F. S.; FAGUNDES, D. S.; LIMA, R. R. O. Facilitação neuromuscular proprioceptiva na reabilitação da paralisia facial periférica: um estudo de caso. **Revista Científica FAEMA**, v. 7, n. 1, 2016.

LIMA, N. M. F. V.; CUNHA, E. R. L. Efeitos da eletroterapia na paralisia facial de bel: revisão de literatura, **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 173-182, 2011.

PEREIRA, L. M.; OBARA, K.; DIAS, J. M.; MENACHO, M. O.; LAVADO, E. L.; CARDOSO, J. R. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. **Clin Rehabil.**, v. 25, n. 7, p. 649-58, 2011.

IMPORTÂNCIA DO FORTALECIMENTO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL E O PÓS PARTO

Franciele de Oliveira Lopes¹; Géssica Borin Lima²; Mirella Alana de Souza³; Fernanda Piculo⁴;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lopes96@live.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - gessicaborinl@hotmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – mirela_alana@hotmail.com;

⁴Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Assoalho pélvico, gestação, fisioterapia, fatores de risco.

Introdução: O assoalho pélvico (AP) forma a porção inferior da cavidade abdomino-pélvica e sua força refere-se ao grau de contração voluntária máxima, com recrutamento do maior número de fibras possíveis (FRANCESCHET, SACOMORI e CARDOSO, 2009). É composto por músculos que estão interligados à estruturas ósseas, faciais e fibromusculares. Os músculos do assoalho pélvico (MAP) são compostos principalmente por fibras do tipo I ou tônicas, de contração lenta, responsáveis pela manutenção do suporte dos órgãos pélvicos no repouso, colaborando no mecanismo de fechamento uretral. As fibras musculares que desempenham respostas rápidas estão em menor número e são chamadas fásicas ou tipo II. Estas colaboram com a continência uretral diante de aumentos súbitos de pressão intra-abdominal (FREDERICE, 2010). A gravidez e a via de parto são fatores de risco para alteração da força muscular do AP. O incremento do peso corporal materno e o peso do útero gravídico aumentam a pressão sobre os MAP na gestação. O aumento do índice de massa corpórea (IMC), a multiparidade, o parto vaginal e a episiotomia são fatores que diminuem a força dos músculos do AP. No trabalho de parto e no parto, o músculo elevador do ânus pode ser lesado por dois mecanismos: por injúria direta, causada pela lesão mecânica ou decorrente da distensão do próprio músculo, e por injúria indireta, causada pela lesão do nervo que o supre. Quando o músculo é estirado em mais da metade de seu comprimento total, pode sofrer lesão grave. (BARBOSA et al., 2005). O estiramento acentuado dos elementos de sustentação do AP durante o período expulsivo aumenta a probabilidade de danos a estas estruturas (SCARPA et al., 2006). Por isso destaca-se a importância da fisioterapia pélvica durante a gestação, pois os exercícios perineais são benéficos por acarretar fortalecimento dos elementos de sustentação do AP e por melhorar a resistência uretral, permitindo uma recuperação melhor e muito mais rápida no pós-parto (BARACHO, 2012).

Objetivos: O estudo teve como objetivo demonstrar a importância do fortalecimento do assoalho pélvico como intervenção preventiva no período gestacional e após o parto, evidenciando as possíveis consequências para esta musculatura.

Relevância do Estudo: Este estudo traz um alerta aos leitores, em especial mulheres, gestantes e profissionais da saúde sobre a importância de se fortalecer os MAP, seus benefícios e consequências, além de incentivar o trabalho preventivo com a fisioterapia.

Materiais e métodos: A pesquisa foi realizada com base de dados na internet utilizando os sites de busca Pubmed, Scielo, Bireme e artigos relacionados. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, revisão de literatura, dissertações e relatos de casos publicados. A pesquisa abrangeu literatura publicada no período de 2005 a 2017.

Resultados e discussões: Estudo realizado por Faria e Pedrosa (2012) revela que o trabalho com exercícios de fortalecimento dos MAP aumentam a circulação sanguínea local, promove um equilíbrio dos mecanismos de sustentação e suspensão dos órgãos pélvicos, além de ajudar a gestante a obter consciência dos graus de contração e relaxamento dos MAP. Tais efeitos contribuem para o relaxamento do AP durante o parto, melhorando a autoestima e conseqüentemente a qualidade de vida das mulheres. Um AP saudável e tonificado tem maiores chances de se reparar rapidamente após o parto, bem como o tônus muscular adequado e a capacidade de relaxar esses músculos podem ajudar a evitar a episiotomia (MOURA e MARSAL, 2015). Desta forma, a cinesioterapia deve ser realizada durante o período gestacional, com contrações voluntárias da musculatura do AP, no intuito de manter essa estrutura fortalecida e saudável para sustentar o útero, diminuir as lesões causadas pelo parto e proporcionar uma recuperação mais rápida no puerpério. Os exercícios de fortalecimento promovem hipertrofia devido ao aumento no tamanho das fibras musculares, aumento na síntese protéica, diminuição da degradação de proteínas e maior eficiência de recrutamento de fibras musculares pelos mecanismos de neurofacilitação. Tais exercícios não possuem contra-indicações, podendo ser realizados em casa de forma rápida e simples. (MOURA e MARSAL, 2015). Vale considerar que exercícios dos MAP previnem o desencadeamento de sintomas urinários na gestação e após o parto. A implementação de uma intervenção preventiva na gestação, como um programa intensivo de exercícios da musculatura do AP ajuda manter a função satisfatória do mecanismo da continência e também a função sexual da mulher (SCARPA et al., 2006).

Conclusão: O treino dos MAP deve ser padronizado e estudado em associação a outras terapias adjuvantes, com a finalidade de prevenção e tratamento da fraqueza desses músculos durante a gestação e após o parto, através de uma reeducação perineal. Desta forma, fica evidente a necessidade do fortalecimento dos MAP durante a gestação, pois esta estrutura é responsável pela sustentação das vísceras e do útero gravídico e deve estar com a capacidade tônica adequada para alcançar um parto saudável, evitando lesões mais graves do assoalho pélvico, facilitando assim a recuperação no pós parto.

Referências

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BARBOSA, A. M. P.; CARVALHO, L. R.; MARTINS, A. M. V. C.; CALDERON, I. M. P.; RUDGE, M. V. C. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. **Rev Bras Ginecol Obstet**. v. 27, n. 11, p. 677-82, 2005.

FARIA, K.; PEDROSA, L. A. K. Avaliação de qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. **Ver Eletr Enf**, v. 14, n. 2, p. 366-373, 2012.

FRANCESCHET, J.; SACOMORI, C.; CARDOSO, F. L. Força dos músculos do assoalho pélvico e função sexual em gestantes. **Rev Bras Fisioter**. v. 13, n. 5, p. 383-389, 2009.

FREDERICE, C. P. **Assoalho pélvico e sintomas urinários na gestação e após o parto**. Dissertação (Mestrado) Campinas: Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2010.

MOURA, J. F. A. L.; MARSAL, A. S. Cinesioterapia para o fortalecimento do assoalho pélvico no período Gestacional. **Revista Visão Universitária**, v. 3, n.1, p.186-201, 2015.

SCARPA, K. P.; HERRMANN, V.; PALMA, P. C. R.; RICETTO, C. L. Z; MORAIS, S. Prevalência de sintomas urinários no terceiro trimestre da gestação. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 3, p. 153-156, 2006.

A INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NO EQUILÍBRIO DO PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON

Maria Carolina dos Santos Silva¹; Maysa Aparecida de Moura¹; Rogerio Eduardo Santos Tioosi Castello Branco¹; Suzie Hellen de Lima Gonçalves Lopes Ferreira¹; Ana Paula Akashi²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB- maria.carolinafisio@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -ap.akashi@bol.com.br.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Doença de Parkinson, Equilíbrio, Fisioterapia.

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade degenerativa do Sistema Nervoso Central com grande prevalência na população idosa (ABE et al., 2004). Sua condição debilitante e progressiva é preocupante devido à perda motora, que leva à deterioração da qualidade de vida (QV) dos pacientes e nos estágios mais avançados, à exclusão social. Sua etiopatogenia ocorre devido à degeneração progressiva de neurônios da parte compacta da substância negra mesencefálica, onde é produzida a dopamina (CHRISTOFOLETTI et al., 2010). Os principais sinais clínicos motores são tremor de repouso, bradicinesia, rigidez muscular e instabilidade postural, que aparecem de forma insidiosa e assimétrica, variando entre os pacientes e sua cura ainda é inexistente (BERTOLDI, SILVA e FAGANELLO-NAVEGA, 2013; ABE et al., 2004). Com o envelhecimento a progressão da DP, o organismo sofre diversas alterações fisiológicas, os indivíduos apresentam distúrbios no equilíbrio, na postura, na marcha, predispondo as quedas (BERTOLDI, SILVA e FAGANELLO-NAVEGA, 2013) além de prejuízos na execução das atividades de vida diária e mobilidade (SOUZA et al., 2007; SOARES e SACHELLI, 2008; CHRISTOFOLETTI et al., 2010). O tratamento é baseado na sintomatologia e no retardo da progressão da doença, sendo a fisioterapia um fator indispensável no tratamento da DP, visto que intervém diretamente nos sinais motores da doença e indiretamente em sintomas como depressão, comunicação e socialização (BERTOLDI, SILVA e FAGANELLO-NAVEGA, 2013).

Objetivos: Avaliar os efeitos do tratamento fisioterapêutico visando o aumento de força, no equilíbrio e na qualidade de vida do indivíduo acometido pela doença de Parkinson.

Relevância do Estudo: Este estudo é relevante para mostrar aos profissionais da saúde e familiares de parkinsonianos a necessidade da intervenção fisioterapêutica no equilíbrio desses indivíduos.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa de revisão de literatura, sendo consultadas as principais bases de dados eletrônicas: Scielo, Bireme, Lilacs, PubMed e Google acadêmico.

Resultados e discussões: Pacientes com DP apresentam uma inadequada interação dos sistemas responsáveis pelo equilíbrio corporal; sistemas vestibulares, visuais e proprioceptivos, fazendo com que desloquem seu centro de gravidade para frente, não sendo capazes de realizar movimentos compensatórios para se reequilibrar, levando-os a quedas (ABE et al., 2004). Estudos mostram que a intervenção fisioterapêutica por meio de uma avaliação criteriosa e um plano terapêutico com exercícios elaborados globalmente, proporcionaram melhora no equilíbrio, agilidade, postura, hipertonia, força e consequentemente na QV do paciente com DP (BRAGA et al., 2002; CHRISTOFOLETTI et al., 2010; BERTOLDI, SILVA e FAGANELLO-NAVEGA, 2013). Entre os estudos citados podemos mostrar o de Bertoldi, Silva e Faganello-Navega (2013) com o objetivo de verificar o efeito do fortalecimento muscular no equilíbrio, mobilidade funcional e QV de indivíduos com DP e verificar a correlação entre fortalecimento muscular e QV, para isso realizaram

exercícios para os seguintes grupos musculares: flexores do joelho, quadríceps, adutores do quadril, abdutores do quadril, peitorais, bíceps braquial e tríceps, sendo realizado duas vezes por semana, por 12 semanas, com sessões de uma hora de duração e para cada grupo muscular foram realizadas 3 séries de 10 repetições com exercícios em cadeia cinética aberta. Os autores concluíram que o programa de fortalecimento muscular foi efetivo em melhorar a força, o equilíbrio e a QV de indivíduos com DP. Outro estudo é o de Braga et al. (2002) que tinha o objetivo de mostrar os benefícios do exercício aeróbio, treinamento resistido e alongamento na reabilitação e profilaxia da força, flexibilidade e aspectos fundamentais para a integridade física do DP, sendo avaliado um indivíduo de 74 anos, masculino, branco, com diagnóstico à oito anos. Na avaliação física e postural foram constatados entre outras coisas uma báscula de bacia, encurtamento relevante de ísquostibiais, joanete nos dois pés, bradicinesia, sialorréia e festinação na marcha, gerando-lhe desequilíbrio e, conseqüentemente, inúmeras quedas semanais. Foram 26 sessões de 1h30min 2 vezes por semana de caminhada de 500 m (parte aeróbia); Agachamento com apoio na barra, Panturrilha com apoio na barra, Sentar e levantar da cadeira, Elevação alternada da perna apoiando o pé no step (objetivo de melhorar a marcha festinante)(Trabalho resistido-MMII); Rosca bilateral (sentado), Tríceps francês (deitado), Pullover (deitado), Paravertebrais em decúbito ventral (Trabalho resistido-MMSS) todos com 2 séries de 8 a 10 repetições; Alongamentos com ênfase na musculatura cervical, dorsal (quadrado lombar direito), lombar, flexores dos braços e posteriores de perna e coxa. Concluiu-se que o fortalecimento muscular trouxe uma melhor QV ao DP, pois conhecendo todos os sintomas e limitações que a doença desenvolveu em seu organismo direcionou-se o treinamento adequadamente, retardando sua progressão.

Conclusão: Pode-se concluir baseado nos estudos anteriores que a fisioterapia promove melhoria significativa no equilíbrio, força, mobilidade funcional, diminuindo a incidência de quedas, aumentando a independência nas atividades de vida diária e melhorando qualidade de vida dos indivíduos com DP, fazendo-se necessária uma atividade física regular e bem direcionada pelo fisioterapeuta.

Referência

ABE, P. T.; VITORINO, D. F. M.; GUIMARÃES, L. H. C. T.; CEREDA, R. A.; MILAGRE, V. L. Análise do equilíbrio nos pacientes com doença de Parkinson grau leve e moderado através da fotogrametria. **Rev. Neurociênc.** v. 12, n. 2, p. 73-76, 2004.

BERTOLDI, F. C.; SILVA, J. A. M. G.; FAGANELLO-NAVEGA, F. R. Influência do fortalecimento muscular no equilíbrio e qualidade de vida em indivíduos com doença de Parkinson. **Fisioter. Pesq.** v. 20, n. 2, p. 117-122, 2013.

BRAGA, A.; XAVIER, A. L. I. L.; MACHADO, R. P. O.; MARQUES, M. B. **Benefícios do treinamento resistido na reabilitação da marcha e equilíbrio nos portadores da Doença de Parkinson.** Monografia (Especialização em fisiologia e avaliação morfo-funcional), Universidade Gama Filho, 2002, 9 f.

CHRISTOFOLETTI, G.; FREITAS, R. T.; CANDIDO, E. R.; CARDOSO, C. S. Eficácia de tratamento fisioterapêutico no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com doença de Parkinson. **Fisioter. Pesq.**, v. 17, n. 3, p. 259-263, 2010.

SOARES, M. A.; SACHELLI, T. Efeitos da cinesioterapia no equilíbrio de idosos. **Rev Neurociênc.**, v. 16, n. 2, p. 97-100, 2008.

SOUZA, R. G.; BORGES, V.; SILVA, S. M.; FERRAZ, H. B. Quality of life scale in Parkinson's disease PDQ 39 - (Brazilian Portuguese version) to assess patients with and without levodopa motor fluctuation. **Arq. Neuropsiquiatr.** v. 65, n. 3B, p. 787-791, 2007.

ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL: REVISÃO DE LITERATURA

Nayara Nunes dos Santos¹; Karoline Tobo Rodrighero¹; Vanessa Ferreira Maciel¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
nayara.santos.n@gmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Artroplastia Total de Quadril, Fisioterapia, Reabilitação.

Introdução: A artroplastia total do quadril (ATQ - substituição da superfície articular da cabeça do fêmur e do acetábulo) é um procedimento cirúrgico de reconstrução do quadril para o alívio de dor e melhora da função física, é indicada para pacientes com dor debilitante resultante de degeneração articular (DI NUBILA et al., 2011). As próteses são fixadas ao osso através de mecanismos de compressão (press-fit), parafusos ou cimento acrílico. As superfícies de contato entre os componentes acetabular e o componente da cabeça femoral podem ser de polietileno/metal, metal/metal, polietileno/cerâmica e cerâmica/cerâmica. As diferenças de resistência de cada elemento e o desgaste das superfícies de contato definem as curvas de sobrevida das próteses. Os materiais mais modernos têm curvas de estimativa de sobrevida ao redor de 20 anos. A abordagem cirúrgica para a colocação da prótese pode ser anterior, posterior ou ântero-lateral (EINSTEIN, 2009). O tratamento, inicialmente, baseia-se em exercícios terapêuticos, treinamento de transferências e de marcha e instruções sobre AVD. Conforme o paciente alcança um nível adequado de função e se libera das restrições cirúrgicas, há a orientação para a instauração de uma rotina de exercícios e atividades que dêem sustentação musculoesquelética e condicionamento cardiovascular que é determinante dos resultados e da qualidade de vida em longo prazo (BARBOSA e FERRARI, 2017).

Objetivos: Revisar na literatura abordagens fisioterapêuticas para reabilitação no pós-operatório de artroplastia total de quadril.

Relevância do Estudo: Verificar abordagem fisioterapêutica na reabilitação funcional no pós-operatório de artroplastia total de quadril analisando utilização de protocolo de ATQ.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Bireme, Google Acadêmico, Scielo, Lilacs. As palavras-chave utilizadas na busca foram: artroplastia de quadril, fisioterapia, luxação de quadril, qualidade de vida, reabilitação. A data de publicação dos artigos não foi utilizada como critério de exclusão.

Resultados e discussões: A artroplastia é uma intervenção razoavelmente segura que pode levar a um alívio considerável da dor e diminuir a incapacidade, pois permite que uma nova articulação funcione normalmente. O uso desses procedimentos tem aumentado em razão dos bons resultados alcançados (LENZA et al., 2013). Esse procedimento pode apresentar complicações pós-operatórias, sendo as mais comuns, a curto prazo, a luxação da prótese, o risco de infecção e a trombose venosa profunda (TVP). A incidência da doença tromboembólica vem diminuindo nos últimos anos e isso provavelmente reflete o sucesso da profilaxia clínica que inclui métodos farmacológicos e fisioterapêutico e dos avanços das técnicas cirúrgicas e anestésicas, facilitando a mobilização precoce e permitindo uma reabilitação pós-operatória mais rápida. A mobilização precoce através do tratamento fisioterapêutico deve ser incentivada nas primeiras 48 horas do pós-operatório, uma medida simples que deve ser estimulada por reduzir o risco de TVP, permitir o retorno mais rápido à comunidade e minimizar o tempo de permanência hospitalar contribuindo para a diminuição das complicações pós-operatórias. A Fisioterapia é um importante componente nos cuidados de pacientes submetidos à ATQ, seus objetivos na fase hospitalar são diminuir

o risco de TVP, aumentar a mobilidade e orientar os pacientes sobre os exercícios e precauções na preparação da marcha. É geralmente recomendado que o tratamento fisioterapêutico compreenda um programa de exercícios, com mobilização diária e treino de marcha durante a fase hospitalar diminuindo o custo total de cuidados durante essa fase, pois acelera o tempo de reabilitação e diminui o período de internação (UMPIERRES, 2012). De acordo com protocolo gerenciado de ATQ do Hospital Israelita Albert Einstein de 2009, a fisioterapia motora deve orientar quanto aos riscos de posturas inadequadas como adução além da linha média e flexão de quadril maior que 90°: deve realizar posicionamento adequado ao leito: realizar mobilização precoce; alongamento de tríceps sural; exercícios ativos de artelhos (flexão/extensão); exercícios ativos/resistidos de tornozelo (dorsiflexão/planti-flexão, inversão/eversão); exercícios isométricos de coxofemoral (adutores/abdutores, flexores/extensores); exercícios passivos e ativo-assistidos para ganho de amplitude de movimento, respeitando sempre a tolerância do paciente; estimular sedestação; ortostatismo com andador/muletas, sem carga; treino de transferência; deambulação assistida com carga parcial (mínima) e treino de marcha com andador. E ainda fornecer orientações fisioterapêuticas para atividades de vida diária e prática. A liberação para atividades funcionais e atividades físicas de baixo impacto após 3 meses. Indicações de atividades esportivas: são recomendados esportes de baixo impacto, tais como natação, caminhada, ciclismo (EINSTEIN, 2009). Os objetivos do protocolo fisioterapêutico de maneira geral são: ganhos de força, mobilidade do membro operado, melhora da marcha, e retorno conforme evolução para suas atividades de vida diárias (UMPIERRES, 2012).

Conclusão: A inserção do Fisioterapeuta no Protocolo Assistencial de Artroplastia Total de Quadril é de grande importância devido às aptidões desse profissional nas áreas de prevenção e reabilitação, atuando juntamente com a equipe multidisciplinar na avaliação funcional e reabilitação dos pacientes submetidos à ATQ. O acompanhamento do fisioterapeuta torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico funcional, objetivando alívio da dor, favorecendo a reabilitação precoce, a reintegração dos pacientes nas suas atividades de vida diária e oferecendo uma melhor qualidade de vida através da reinserção no convívio social.

Referências

EINSTEIN, A. Hospital Israelita. **Protocolo Gerenciado Artroplastia Total do Quadril.** Versão eletrônica atualizada em Janeiro, 2009.

BARBOSA, G. C.; FERRARI, P. Fisioterapia no pós-operatório de artroplastia total de quadril. **Revista UNIABEU.** v. 10, n. 25, p. 228-244, 2017.

DI NUBILA, M. F. S.; MATARAZZO, C. G.; ALBERS, A. D. L.; GOBBI, F. C. M. Avaliação de resultados subjetivos de pacientes submetidos a artroplastia total de quadril pelo questionário WOMAC. **Rev Einstein.** v. 9, n. 3, Pt 1, p. 313-318, 2011.

LENZA, M.; FERRAZ, S. B.; VIOLA, D. C. M.; GARCIA FILHO, R. J.; CENDOROGLO NETO, M.; FERRETTI, M. Epidemiologia da artroplastia total de quadril e de joelho: estudo transversal. **Rev Albert Einstein.** v. 11, n. 2, p. 197-202, 2013.

UMPIERRES, C. S. A. **Reabilitação após artroplastia total do quadril.** Dissertação (mestrado) Porto Alegre: Universidade Federal Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, 2012, 94f.

TRATAMENTO DE FIBRO EDEMA GELÓIDE COM DRENAGEM LINFÁTICA – REVISÃO DE LITERATURA

Amanda Fontana Brito de Souza Chantres¹; Isabela Suenaga Moço¹ Marcela Guerra Damico¹; Lívia Martins²; Cintia Zacaib Silva³.

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – amandafbsc@gmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - liviamartinsfisio@hotmail.com

³Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Fibro-edema-gelóide; Fisioterapia; Drenagem Linfática Manual.

Introdução: A drenagem linfática manual (DLM) é uma técnica especializada aplicada, que tem como finalidade drenar o excesso de líquido de uma área estagnada, eliminar resíduos metabólicos, toxinas do corpo e reduzir o excesso de fluídos. É realizada de forma leve e com manobras rítmicas, lentas e suaves, no sentido dos vasos linfáticos e linfonodos, por meio de uma distinta e específica técnica desenvolvida por Vodder em 1936 (BRANDÃO et al., 2010). O Fibro-edema-gelóide (FEG) é um distúrbio estético que afeta a grande maioria das mulheres e além de ser incômodo aos olhos, causa problemas funcionais e até mesmo emocionais, como a perda da autoestima restringindo muitas vezes as atividades e o convívio da pessoa com a sociedade. Ele possui uma etiologia multifatorial, porém qualquer que seja sua causa ocorre uma alteração circulatória, o que favorece o tratamento específico com recursos fisioterápicos (PIERI e BRONGHOLI, 2003). Fases do FEG segundo SANTOS (2012) a classificação do fibro edema gelóide pode ser dividida em três ou quatro graus: 1º Grau– é visível somente à palpação ou sob contração muscular voluntária, não tem fibrose e tem aspecto de "casca de laranja". 2º Grau– é visível em algumas regiões e apresenta fibroses sem predominância. É também visível quando ocorre incidência de luz lateralmente, nesse caso as margens são facilmente delimitadas. Pode ocorrer alteração de sensibilidade. 3º Grau– há fibrose com predominância, aspecto de "casca de nozes", o paciente apresenta sensibilidade à dor aumentada. 4º Grau– Na quarta fase da celulite, devido a uma grande proliferação de fibras, há infiltração em todo o tecido, dando-lhe uma consistência rígida, esclerótica. Formam-se nódulos de pequeno e de grande tamanho. O tecido endurece e retrai-se, comprimindo ainda mais as células e alterando o seu funcionamento assim como o dos vasos sanguíneos, vasos linfáticos e nervosos. A drenagem linfática manual é considerada uma terapia adequada para o tratamento do fibro-edema-gelóide, que é caracterizado por uma alteração metabólica, que provoca acúmulo de líquido no interstício, causando alterações na pele e edema (BRANDÃO et al., 2010).

Objetivos: Mostrar a eficácia da drenagem linfática manual no tratamento do FEG, que enfatizam na melhora da qualidade de vida e capacidade funcional.

Relevância do Estudo: A DLM na FEG auxilia a evacuação de líquidos ricos em proteínas e toxinas que tornam o tecido cutâneo edemaciado e com aderências teciduais, assim, normalizando o Ph intersticial e favorecendo a nutrição e oxigenação tissular.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: SCIELO, LILACS e GOOGLE ACADÊMICO. Foram utilizados nas buscas palavras-chaves como: Fibro edema gelóide; Fisioterapia; Drenagem Linfática Manual; Tratamento.

Resultados e discussões: Nesse estudo utilizou-se a técnica de DLM, no tratamento de 10 mulheres sedentárias com fibro edema gelóide, entre os graus I ao III. Para classificação do grau do FEG foi realizado avaliação clínica de cada paciente (BRANDÃO et al., 2010). A

drenagem linfática consiste em manobras específicas, por meio de uma pressão leve, suave, que segue o trajeto do sistema linfático, assim melhorando as funções alteradas pela FEG. A DL tem influência como medida preventiva e auxiliando em outros tratamentos (HUSCHER et al., 2015). Dentre os estudos revisados, observou-se que a DLM vem mostrando resultados eficazes na FEG, tanto visualmente na área tratada como na satisfação das pacientes que se submetem a esses procedimentos. Durante as sessões foi possível visualizar uma melhora clínica no aspecto de pele das pacientes, dado este confirmado por meio da análise qualitativa das fotografias e pela análise visual das pacientes realizada no início e no fim do tratamento (BRANDÃO et al., 2010). Os métodos utilizados possibilitaram a obtenção de resultados satisfatórios, tanto visuais quanto perimétricos, podendo ser adotados como rotina segura. Além da melhora do aspecto da pele e da redução da perimetria, relataram melhora na sensação de peso e cansaço nos membros inferiores (PIERI e BRONGHOLI, 2003). Acredita-se que se associado a este tratamento houvesse a prática de atividade física, reeducação e/ou controle alimentar por meio de uma dieta apropriada, bem como a utilização de outros recursos como a endermologia, o resultado seria mais imediato no tratamento dessa doença (SILVA, SILVA e SOUZA, 2012).

Conclusão: Concluímos que a Drenagem Linfática Manual é eficaz no tratamento da fibro-edema-gelóide, além de ser um método simples, de baixo custo, não necessita de aparelhagem e não é um procedimento invasivo que exige apenas conhecimento do sistema linfático e a prática do Fisioterapeuta para o sucesso do tratamento. Os resultados observados em estudos científicos, mostraram que a drenagem linfática manual é eficaz. Onde observa-se uma melhora clínica e visual no aspecto da pele, além dos efeitos psicológicos. Pois os resultados interferem diretamente na autoestima das pacientes atendidas com diagnóstico de FEG.

Referências

BRANDÃO, D. S. M.; ALMEIDA, A. F.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, R. G. C. Q.; ARAUJO, R. C.; PITANGUI, A. C. R. Avaliação da técnica de drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide em mulheres. **Conscientize Saúde**, Petrolina- PE, v. 9, n. 4, p. 618-624, 2010.

HUSCHER, M. L. B. M.; LESSMANN, J. M.; FERENS, C. HUSCHER, M. L. B. M.; LESSMANN, J. M.; FERENS, C. Análise da intervenção fisioterapêutica com o uso de ultrassom e drenagem linfática manual no Fibro Edema Gelóide – uma revisão. **Cinergis**, Joinville-SC, v. 16, n. 1, p. 57-60, 2015.

PIERI, P. P.; BRONGHOLI, K. **A utilização de drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide**. Monografia (Graduação) Santa Catarina: Faculdade UNISUL, 2003.

SANTOS, D. B. F. **A influência da massagem modeladora no tratamento do fibro edema gelóide**. Monografia (Pós-graduação) Manaus: Pós-graduação de fisioterapia dermatofuncional, Faculdade Ávila, 2012.

SILVA, N. B.; SILVA, S. R.; SOUZA, L. Análise da drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide e na redução de medidas. **Saúde**, Batatais, v. 1, n. 1, p. 59-77, junho, 2012.

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO PÓS OPERATÓRIO DE ABDOMINOPLASTIA E LIPOASPIRAÇÃO - REVISÃO DE LITERATURA

Giovana Abade Samogim¹; Nathály dos Santos Almeida²; Isabela Suenaga Moço³; Livia Martins⁴ Cintia Zacaib Silva⁵;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – gihsamogim@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – nathaly.sa96@gmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – isa_belasm@hotmail.com;

⁴Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – liviamartinsfisio@hotmail.com;

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cintiazacaib@uol.com.br;

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Fisioterapia; Lipoaspiração; Abdominoplastia.

Introdução: A abdominoplastia é a correção cirúrgica da parede abdominal e a lipoaspiração é um procedimento cirúrgico para a redução da gordura corporal. Essas cirurgias podem resultar em complicações, como a fibrose (SANTOS, CANDIDO e SILVA, 2013). A fisioterapia dermatofuncional tem sido amplamente recomendada pelos cirurgiões plásticos como procedimento de tratamento do pós-operatório para as cirurgias, especialmente nos casos de abdominoplastias associadas à lipoaspiração, tendo contribuído com técnicas e recursos, como o ultrassom, drenagem linfática manual, crioterapia, laser, eletroterapia e a endermologia sobre as consequências da manipulação cirúrgica, objetivando minimizar as lesões decorrentes do trauma cirúrgico e acelerar a recuperação do paciente com complicações decorrentes de lipoaspiração (FLORES, BRUM e CARVALHO, 2011). O tratamento fisioterapêutico no pós-cirúrgico não só possibilita uma redução das prováveis complicações como, também, possibilita o retorno mais rápido do paciente ao exercício das suas atividades de vida diária (SILVA et al., 2014). A fisioterapia dermatofuncional atua na prevenção, promoção e recuperação do sistema tegumentar (FLORES, BRUM e CARVALHO, 2011).

Objetivos: Mostrar os benefícios do tratamento fisioterapêutico no pós-cirúrgico imediato de abdominoplastia e lipoaspiração.

Relevância do Estudo: Estudos ressaltam a importância da fisioterapia no tratamento pós-cirúrgico de abdominoplastia e lipoaspiração, sendo um dos principais agentes preventivos de complicações após a cirurgia plástica.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: LILACS, SCIELO e MEDLINE. Foram utilizados nas buscas palavras-chaves como: Fisioterapia, lipoaspiração, abdominoplastia. Os artigos utilizados para estudo são de setembro de 2011 a setembro de 2014.

Resultados e discussões: A abdominoplastia ou dermolipectomia consiste numa correção estética e funcional da parede abdominal, devido alterações por flacidez da musculatura, excesso de emagrecimento, gestações sucessivas, diástase abdominal, extenso depósito de tecido gorduroso na parede abdominal e hérnias (SANTOS, CANDIDO e SILVA, 2013). O tratamento fisioterapêutico planejado é amplamente variável e depende das características apresentadas na avaliação, do tipo de cirurgia realizada e do tempo de pós-operatório. Quanto aos recursos utilizados por esta especialidade no pós-operatório de abdominoplastia, baseado nos dados desta pesquisa, notou-se que a DLM e o ultrassom de 3 MHz foram os recursos utilizados por todos os pacientes. Estudos afirmam que a DLM utilizada no pós-operatório em mulheres submetidas à cirurgia plástica de tronco diminuiu o edema, a dor e a ingestão de medicamentos (analgésicos) (FLORES, BRUM e CARVALHO,

2011). Em relação ao ultrassom, está vinculada diretamente ao processo de cicatrização, visto que seu objetivo de utilização precoce é promover uma melhora tanto na circulação sanguínea quanto na linfática, possibilitando assim uma melhor nutrição celular. No caso de aderências e fibroses instaladas, o ultrassom pode ser utilizado como coadjuvante na diminuição dessas sequelas e no aumento da elasticidade do tecido conjuntivo. O uso da radiofrequência no pós-operatório está ligado ao tratamento das fibroses tanto recente como tardia, podendo ser aplicada precocemente desde que a sensibilidade térmica do paciente seja perfeitamente mensurável e que o edema não seja acentuado (SILVA et al., 2014). Para a efetividade do tratamento é necessário que o fisioterapeuta tenha o conhecimento das fases do reparo tecidual, e a observação de suas características clínicas, e não de datas específicas, pois os pacientes de cirurgia plástica apresentam grande variação de evolução no pós-operatório (SILVA et al., 2012). A lipoaspiração logo se destacou entre os demais procedimentos cirúrgicos, pois extrai uma grande quantidade de gordura, através de uma pequena incisão na pele, tornando-se um procedimento revolucionário. O tratamento fisioterapêutico planejado no pós-operatório é amplamente variável e depende das características apresentadas na avaliação, do tipo de cirurgia realizada e do tempo de pós-operatório. Protocolos de tratamento com início mais precoce vêm sendo utilizados na tentativa de reduzir as complicações. Dentre os recursos utilizados nestes protocolos, podemos citar os recursos manuais (drenagem linfática manual - DLM e massagem manual), cinesioterapia, ultrassom, endermologia, laser terapêutico, os eletroterápicos como: estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), radiofrequência, entre outros (MEYER et al., 2011).

Conclusão: Os autores concluíram que a fisioterapia dermatofuncional no pós-operatório de abdominoplastia e lipoaspiração é de extrema importância prevenindo, diminuindo as complicações no pós-operatório imediato.

Referências

- FLORES, A.; BRUM, K, O.; CARVALHO, R, M. Análise descritiva do encaminhamento médico a tratamentos fisioterapêuticos dermato-funcionais nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias plásticas cosméticas. **O Mundo da Saúde.**, v. 35, n. 4, p. 408-414, 2011.
- MEYER, P, F.; RÉGIS, A, J, M.; ARAÚJO, H, G.; ZAYAN, R, A.; AFONSO, Y, A. Protocolo fisioterapêutico para o pós-operatório de lipoaspiração. **Revista Terapia Manual.**, v. 45, n. 9, p. 564-568, 2011.
- SANTOS, L, P.; CANDIDO, R, C, P, G.; SILVA, K, C, C. Fisioterapia dermatofuncional no pós-operatório de abdominoplastia: revisão de literatura. **Revista Amazônia.**, v. 1, n. 2, p. 44-55, 2013.
- SILVA, R, M, V.; MARTINS, A, L, M, S.; MACIEL, S, L, C, F.; RESENDE, R, A, R, C.; MEYER, P, F. Protocolo fisioterapêutico para o pós-operatório de abdominoplastia. **Revista Terapia Manual.**, v. 49, n. 10, p. 294-299, 2012.
- SILVA, R, M, V.; SANTIAGO, L, T.; FONSECA, W, T.; FERREIRA, A, L, M.; LOPES, K, L, D.; MEYER, P, F. Avaliação da fibrose cicatricial no pós-operatório de lipoaspiração e/ou abdominoplastia. **Revista Científica Catussaba.**, v. 3, n. 2, p. 19-28, 2014.

MOBILIZAÇÃO NEURAL E GANHO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO– REVISÃO DE LITERATURA

Amanda Fontana Brito de Souza Chantres¹; Marcela Guerra Damico¹; Rodrigo Cristiano Bazoni Jr¹; Reinaldo Monteiro Marques²;

¹Alunade Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB – amandafbsc@gmail.com;

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
- reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Mobilização Neural; Ganho de ADM; Tratamento Fisioterapêutico.

Introdução: A flexibilidade e o alongamento são qualidades essenciais para um bom desempenho físico, tanto para realizar atividades da vida diária, quanto esportiva. O sedentarismo é definido como a falta ou a grande diminuição da atividade física, o que provoca o desuso e a regressão dos sistemas funcionais. No caso da musculatura esquelética, essa regressão pode estar associada à atrofia das fibras musculares e perda de flexibilidade (SANTOS e DOMINGUES, 2008). Todas as alterações musculares causam comprometimento da biomecânica do movimento humano afetando também a funcionalidade (CAMARA et al., 2016). O comprometimento da amplitude de movimento (ADM) pode trazer repercussões diretas na quantidade e na qualidade das tarefas cotidianas realizadas pelo segmento corporal comprometido (BARBOSA e LEAL, 2015). Na técnica de mobilização neural, parte-se do princípio de que, se houver comprometimento da mecânica/fisiologia do sistema nervoso (movimento, elasticidade, condução, fluxo axoplasmático), podem ocorrer outras disfunções no próprio sistema nervoso ou nas estruturas musculoesqueléticas que recebem inervação (SANTOS e DOMINGUES, 2008). A Mobilização Neural (MN) é uma técnica que tem como objetivo restaurar o movimento e a elasticidade do sistema nervoso, o que promove o retorno às suas funções normais e a redução do quadro sintomático (VASCONCELOS, LINS e DANTAS, 2011).

Objetivos: Avaliar o efeito imediato da mobilização neural (MN) sobre o ganho de amplitude de movimento (ADM) em indivíduos neurologicamente assintomáticos.

Relevância do Estudo: A importância da mobilização neural com o objetivo de restaurar o movimento e a flexibilidade.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: SCIELO, LILACSe GOOGLE ACADÊMICO. Foram utilizados nas buscas palavras-chaves como: Mobilização Neural; Ganho de ADM; Tratamento Fisioterapêutico.

Resultados e discussões: Em um estudo foram verificados os efeitos imediatos da MN do nervo mediano sobre o ganho de amplitude de movimento de extensão do cotovelo em 60 indivíduos neurologicamente assintomáticos e observou-se que obteve ganho médio de 11,04°. Em uma pesquisa em que se compararam os efeitos da mobilização neural em relação à liberação miofascial seguida de alongamento muscular passivo na amplitude de movimento de quadril, os resultados mostraram valores estatisticamente significativos para melhoria ADM obtida com mobilização neural adquirindo ganho médio de 8,37°. Estudiosos verificaram a influência da mobilização na posição de elevação da perna estendida, avaliando o ganho de ADM de flexão de quadril em dez indivíduos do sexo feminino, sedentários e neurologicamente assintomáticos, eles identificaram que obteve ganho médio de 22,5° na amplitude de flexão do quadril da amostra e concluíram que essa técnica foi eficaz (BARBOSA e LEAL, 2015). A capacidade dos músculos de contrair e relaxar com o mínimo de resistência em todas as suas amplitudes de movimento depende, além dos impulsos motores provenientes do sistema nervoso, de três fatores: a elasticidade e a completa extensibilidade dos músculos, amplitude completa das articulações e um sistema nervoso

livremente móvel e extensível (VASCONCELOS, LINS e DANTAS,2011). São diversas as formas de aplicação da mobilização neural, podendo ser dividida em mobilização direta, na qual os nervos periféricos e/ou a medula são colocados em tensão e movimentos oscilatórios e/ou movimentos brevemente mantidos que são aplicados a eles através das articulações que compõem o trajeto do trato neural; e mobilização indireta, em que os nervos periféricos e/ou a medula são colocados em tensão e movimentos oscilatórios que são aplicados às estruturas adjacentes ao tecido neural comprometido (BARBOSA e LEAL, 2015).

Conclusão: Os estudos mostraram que a mobilização neural demonstrou ser uma técnica eficaz para o ganho de amplitude de movimento de flexão do quadril em indivíduos assintomáticos, e tanto a mobilização direta quanto a indireta apresentaram aumento significativo na amplitude de movimento, quando comparado o antes e o após a aplicação das técnicas. Salienta-se que os resultados mostraram-se satisfatórios; contudo, foram avaliados somente os efeitos imediatos da técnica, por esse motivo, sugere-se o desenvolvimento de estudos em que se avaliem os efeitos da mobilização neural a longo prazo.

Referências:

BARBOSA, A. P. B.; LEAL, S. S. Análise da eficácia da mobilização neural do nervo isquiático sobre ganho de ADM. **ConScientiae Saúde**, v. 14, n. 3, p.463-469, 2015.

CAMARA, D. T.; CARDOSO, J. H. P.; DAMASCENO, S. D. O.; KLEBIS, L. O.; SILVA, E. A. L. S.; FARIA, C. R. S.; SALINI, M. C. R.; MORENO, A. C. R.; CAMARGO, R. C. T. Avaliação da eficácia da mobilização neural na flexibilidade dos músculos isquiotibiais em mulheres sedentárias de 19 a 22 anos. **Colloquium Vitae**, v. 8, n. Especial, Jul-Dez, p. 97-101,2016.

SANTOS, C. F.; DOMINGUES, C. A. Avaliação pré e pós-mobilização neural para ganho de ADM em flexão do quadril por meio do alongamento dos isquiotibiais. **ConScientiae Saúde**, v. 7, n. 4, p.487-495, 2008.

VASCONCELOS, D. A.; LINS, L. C. R. F.; DANTAS, E. H.M. Avaliação da mobilização neural sobre o ganho de amplitude de movimento. **Fisiot.Mov**, Curitiba, v.24, n.4, p.665-672, 2011.

O USO DE MEMANTINA NA DOENÇA DE ALZHEIMER MODERADA A GRAVE

Thayná Garcia¹ Bianca Caroline Marmol¹, Daniela de Oliveira Ferreira¹, Franciele Correa Ferreira¹, Sarah Passos Silva¹, Ana Paula Battochio²

Alunos de Fisioterapia¹ – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – thayna.ta98@gmail.com
Professora de Fisioterapia² – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – biomedicina@fibbauru.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Memantina, Doença De Alzheimer, Tratamento.

Introdução: A Doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se por um desajuste progressivo da memória, é uma patologia neurodegenerativa associada a idade que afeta as funções cognitivas e o funcionamento do indivíduo no espaço social e ocupacional. Ocorre diminuição na aquisição de informações, com piora gradativa até que não haja mais capacidade para novos aprendizados. Conseqüentemente o indivíduo torna-se incapaz de desempenhar atividades da vida diária, resultando até na dependência de um cuidador (ABRAZ, 2017). A idade é um grande fator, aumentando os riscos para idosos, afeta 10% de indivíduos com idade superior a 65 anos e 40% acima de 80 anos. Segundo a Alzheimer's Association (2017), em 2050, estima-se que mais de 1/4 da população mundial será idosa, predominando assim a doença em massa. Diferentes mecanismos de neurodegeneração se destacam em distintas regiões cerebrais, que são acometidas de acordo com a idade e dos fatores de riscos presentes a cada paciente. As vias neurais pertencentes ao sistema colinérgico e seus acoplamentos são preferencialmente atingidas na DA. As alterações decorrem, desde o início da doença, em estruturas do lobo temporal medial, incluindo o hipocampo e o giro para-hipocampal, consideradas estruturas primordiais para os processos de memória. Com a evolução da doença, o processo degenerativo se espalha para o neocórtex de associação, atingindo áreas cerebrais responsáveis por outros processos cognitivos. Conseqüentemente à progressão do processo patogênico, ocorre a conversão do comprometimento cognitivo leve para os estágios iniciais da demência, e já na DA moderada e avançada, intensificam-se as perdas neuronais e manifestam-se disfunções sinápticas e neuroquímicas, afetando, sobretudo, os sistemas colinérgico, serotoninérgico e glutamatérgico. Tal disfunção agride predominantemente o nível pré-sináptico, com relativa preservação da neurotransmissão pós-sináptica, que é o percurso partindo do hipocampo em direção às demais estruturas temporais, límbicas e neocorticais (REISBERG et al., 2003). Na doença avançada, observa-se as dificuldades de atenção, perda significativa da linguagem, da capacidade de desempenhar tarefas e de nomear pessoas e objetos. Alterações psíquicas e comportamentais, como o grau de lucidez, agressividade, hiperatividade, psicose, transtornos do humor, do sono e depressivos também são observadas. São apontados como sintomas secundários, apatia, lentidão de marcha e do discurso, dificuldade de concentração, perda de peso e insônia, atributos presentes em até 75% dos casos, em algum estágio da evolução da demência, necessitando de intervenções farmacológicas que adicionam a disponibilidade sináptica de acetilcolina (FORLENZA, 2005).

Objetivo: Descrever o mecanismo de ação da Memantina e sua eficácia na fase moderada e grave da Doença de Alzheimer.

Relevância do Estudo: Demonstrar a ação do princípio ativo da Memantina para pacientes com doença de Alzheimer e disponibilizar informações para profissionais da área da saúde.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de artigos baseado na contextualização do tema Tratamento farmacológico da Doença de Alzheimer em bancos de dados como Scielo e Google Acadêmico.

Resultados e discussões: No tratamento farmacológico, encontram-se inúmeras substâncias psicoativas recomendadas para preservar ou revigorar a cognição. Os efeitos

das drogas aprovadas para o tratamento da DA consiste ao retardo da evolução natural da doença, proporcionando uma mera e temporária melhora do estado funcional do paciente. Essa doença interrompe as sinapses entre os neurônios, prejudicando a transmissão da informação no sistema nervoso (SN). O argumento para o uso da Memantina como tratamento na DA, situa-se nos efeitos sobre a neurotransmissão glutamatérgica que, assim como a colinérgica, encontra-se alterada. O mecanismo de ação da memantina é antagonista do receptor de NMDA (N-metil-D-aspartato), que funciona através da regulação da atividade de glutamato, mensageiro químico envolvido na aprendizagem e na memória. Esta droga protege os neurônios contra o excesso de glutamato, que é responsável pela entrada excessiva de íons de cálcio na célula neuronal. Ela bloqueia parcialmente os receptores NMDA para evitar o dano causado. O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório cerebral, encontrado nas regiões do córtex temporal e do hipocampo. As regiões corticais e subcorticais que contêm neurônios e receptores glutamatérgico sofrem perdas estruturais e funcionais na evolução da DA (ROGAWSKI e WENK, 2003; LI et al., 1997). A memantina é absorvida no trato gastrointestinal, o que disponibiliza aumento sérico. A dose inicial é de 5 mg/dia e a dose máxima é de 20 mg/dia. A eliminação é sobretudo renal, tendo uma reabsorção tubular (JARVIS e FIGGITT, 2003). A droga é adaptada, sendo um oponente não-competitivo de receptores NMDA, permitindo sua ativação fisiológica durante os processos de formação da memória, porém bloqueando a abertura dos canais e sua ativação patológica (PARSONS et al., 1993).

Conclusão: O uso dessa droga é eficaz para o retardo da evolução da Doença de Alzheimer, ocorre a disponibilidade sináptica de acetilcolina, proporcionando ao paciente estabilidade do quadro e qualidade de vida durante o tratamento.

Referências

ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer, **O que é Alzheimer**. Disponível em: <<http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer>>. Acesso em 06 de setembro de 2017.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION, **Ajuda sobre Alzheimer e demência no Brasil**. Disponível em: <http://alz.org/br/demencia-alzheimer-brasil.aspx?clid=EAlalQobChMI44G7kuSQ1glVBwSRCh2vCw4xEAAAYASAAEglixFD_BwE> Acesso em 06 de setembro de 2017.

FORLENZA, O. V. Pharmacological Treatment of Alzheimer's Disease; **Rev. Psiqu. Clín.** V. 32, n. 3, p. 137-148, 2005.

JARVIS, B.; FIGGITT, D. P. Memantine. **Drugs Aging**, V. 20, n. 6, p. 465-476, 2003.

LI, S.; MALLORY, M.; ALFORD, M.; TANAKA, S.; MASLIAH, E. Glutamate transporter alterations in Alzheimer disease are possibly associated with abnormal APP expression. **J Neuropathol Exp Neurol**; V. 56, n. 8, p. 901-911, 1997.

PARSONS, C. G.; GRUNER, R.; ROZENTAL, J.; MILLAR, J.; LODGE, D. Patch clamp studies on the kinetics and selectivity of N-methyl-D-aspartate receptor antagonism by memantine (1-mino-3,5-dimethyladamantan). *Neuropharmacology*, V. 32, n. 12, p. 1337-50, 1993.

REISBERG, B.; DOODY, R.; STOFFLER, A.; SCHMITT, F.; FERRIS, S.; MOBIUS, H. J.; MEMANTINE STUDY GROUP. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. **N Engl J Med**, V. 348, N. 14, p. 1333-1341, 2003.

ROGAWSKI, M. A.; WENK, G. L. The neuropharmacological basis for the use of memantine in the treatment of Alzheimer's disease. **CNS Drug Rev**, V. 9, n. 3, p. 275-308, 2003.

FISIOTERAPIA DERMATOFUNCIONAL NO TRATAMENTO DA FLACIDEZ TISSULAR – REVISÃO DE LITERATURA

Nathály dos Santos Almeida¹; Giovana Abade Samogim²; Isabela Suenaga Moço³; Lívia Martins⁴; Cintia Zacaib Silva⁵

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – gihsamogim@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – nathaly.sa96@gmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – isa_belasm@hotmail.com;

⁴Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – liviamartinsfisio@hotmail.com;

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cintiazacaib@uol.com.br;

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Flacidez tissular; Flacidez cutânea; Linhas de expressão.

Introdução: O termo flacidez refere-se à qualidade ou estado de flácido, ou seja, mole, frouxo, lânguido. A flacidez tem relação com a diminuição do tônus muscular, estando o músculo pouco consistente. Esta situação pode apresentar-se de duas formas distintas: a flacidez muscular e tissular. É muito comum que os dois tipos apareçam associados, piorando o aspecto das partes do corpo afetadas (ITANO et al., 2015). A fisioterapia dermatofuncional é uma área inovadora, que vem acabando com o empirismo dos tratamentos estéticos, amplamente utilizados, uma vez que atua na comprovação científica dos métodos e técnicas abordados para o tratamento de diversas alterações cutâneas (ESTRELA et al., 2014). Pode-se classificar a flacidez estética não como uma patologia distinta, mas sim como uma sequela de vários episódios ocorridos ao longo da vida, como a inatividade física e emagrecimento demasiado dentre outros (SILVA, FERREIRA e NASCIMENTO, 2016).

Objetivos: Abordar os diferentes tratamentos fisioterapêuticos na melhoria do envelhecimento cutâneo e na flacidez tissular.

Relevância do Estudo: A fisioterapia vem sendo utilizada em diversos tratamentos na área de dermatofuncional, sendo o envelhecimento cutâneo e flacidez tissular um dos mais abordados pelos especialistas.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: MEDLINE, LILACS e SCIELO. Foram utilizados nas buscas palavras-chaves como: Flacidez tissular, flacidez cutânea, linhas de expressão. Os artigos utilizados para estudo são de setembro de 2014 a julho de 2016.

Resultados e discussões: A flacidez tissular decorre de alterações na estrutura do tecido conjuntivo de sustentação, representado pela matriz extracelular com as suas fibras colágenas, elásticas e reticulares, proporcionando tônus e elasticidade à pele (GUIRRO e GUIRRO, 2004). Com o processo de envelhecimento, a proteína colágena, componente fundamental do tecido conjuntivo, torna-se, gradualmente, mais rígida e a elastina, outro componente do mesmo tecido, vai perdendo a sua elasticidade natural, devido à redução do número de fibras elásticas e de outros componentes do tecido conjuntivo. O declínio das funções do tecido conjuntivo faz com que as camadas de gordura sob a pele não consigam manter-se uniformes e a degeneração das fibras elásticas, aliada à menor velocidade de troca de oxigenação dos tecidos, provoca desidratação da pele, resultando em rugas e flacidez facial (ESTRELA et al., 2014). A flacidez é definida como um distúrbio inerente ao processo natural ou de envelhecimento acelerado da pele onde, inicialmente, há uma redução no metabolismo celular e como resultado ocorre uma perda de colágeno (SILVA, FERREIRA e NASCIMENTO, 2016). O envelhecimento da pele é um processo contínuo,

que afeta não só a aparência, mas, também, a função cutânea. No entanto, nem todos envelhecem na mesma velocidade, evidenciando que fatores intrínsecos, extrínsecos e o estilo de vida contribuam para o processo de envelhecimento (ESTRELA et al., 2014). Além da vida sedentária ou dos distúrbios na pele, há outros fatores que determinam a existência ou não de flacidez, como a parte hormonal feminina e a predisposição genética, que em alguns indivíduos altera a estrutura da pele, ocasionando a diminuição ou alteração das fibras de colágeno e elastina (SILVA, FERREIRA e NASCIMENTO, 2016). A flacidez tissular decorre de alterações na estrutura do tecido conjuntivo de sustentação, representado pela matriz extracelular com as suas fibras colágenas, elásticas e reticulares, proporcionando tônus e elasticidade à pele (ITANO et al., 2015). A radiofrequência é método não ablativo e não invasivo de rejuvenescimento. A corrente elétrica consegue alcançar os tecidos mais profundos, gerando energia e forte calor, devido à resistência na derme e no tecido celular subcutâneo. Aquecidas, as fibras colágenas desnaturam e se contraem, levando à retração do tecido (TAGLIOLATTO, 2015). Os LEDs (light emitting diodes) são diodos de semicondutores submetidos a uma corrente elétrica. Eles têm um papel diferente do tratamento ablativo, pois não causam dano tecidual baseado na fototermólise. Sua ação ocorre através da estimulação direta intracelular, mais especificamente nas mitocôndrias estimuladoras: reorganizando as células, inibindo algumas ações e estimulando outras, na síntese de ATP e nas proteínas, como colágeno e a elastina, resultando no chamado efeito da fotobioestimulação ou fotomodulação (ESTRELA et al., 2014). Ativos cosméticos, quando associados à iontoforese, tem seus efeitos de hidratação, nutrição, elasticidade, tônus e firmeza otimizados e potencializados. Os efeitos das microcorrentes relacionam-se ao aumento do metabolismo celular, estímulo do processo de reparo e regeneração tecidual, normalização do pH local, aumento da síntese de proteínas como o colágeno e elastina (ITANO et al., 2015).

Conclusão: Citações concluem que a fisioterapia dermatofuncional no processo de envelhecimento cutâneo e de flacidez tissular, é de suma importância para regeneração tecidual de colágeno e elastina.

Referências

ESTRELA, J, V.; DUARTE, C, C, F.; ALMEIDA, D, N, A.; ARARUNA, V, R.; SILVA, R, M, V.; CAVALCANTI, R, L.; MEYER, P, F. Efeito do led na flacidez tissular facial. **Revista Científica Catussaba**, v. 3, n. 2, p. 29-36, 2014.

ITANO, K.; VIEIRA, M, M.; BERNUN, N.; MORIMOTO, S, M, I.; COSTA, S, H, N.; FEITOSA, G, P, V. Sugestão de protocolo para o tratamento de flacidez tissular decorrente de cirurgia bariátrica. **InterfacEHS – Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade**, v. 10, n. 2, p. 108-123, 2015.

SILVA, C, A, O.; FERREIRA, T, C, S.; NASCIMENTO, P, M, V, B. Ultrassom microfocalizado no tratamento de flacidez tissular facial. **Universitári@ - Revista Científica do Unisalesiano**, v. 7, n. 15, p. 1-13, 2016.

TAGLIOLATTO, S. Radiofrequência: método não invasivo para tratamento da flacidez cutânea e contorno corporal. **Surg Cosmet Dermatol.**, v. 7, n. 4, p. 332-338, 2015.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato-Funcional**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2004.

EXERCÍCIOS RESISTIDOS NO TRATAMENTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA - REVISÃO DE LITERATURA

Amanda Fontana Brito de Souza Chantres¹; Giovana Abade Samogim²; Nathály dos Santos Almeida³; Macela Guerra Damico⁴; Ana Paula Akashi⁵;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – amandafbsc@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – gihsamogim@gmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – nathaly.sa96@gmail.com;

⁴Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – marcelaguerradamico@hotmail.com;

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – ap.akashi@bol.com.br;

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Fisioterapia; Esclerose Múltipla; Exercícios Resistidos; Desmielinizantes.

Introdução: A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença crônica e progressiva caracterizada por processo inflamatório dos linfócitos T, que atinge o Sistema Nervoso Central (SNC), a qual ocasiona lesões desmielinizantes. A fisioterapia tem se mostrado de grande importância para o tratamento da esclerose múltipla, pois tem trazido uma melhora significativa nos sintomas desencadeados pela doença (SCHIWE et al., 2015). Devido à destruição da bainha de mielina, o impulso neural tende a ser prejudicado, alterando os movimentos, sensações e muitas funções do organismo (PEREIRA et al., 2012). Nessa doença, a incapacidade física e uma série de sintomas estão relacionados ao comprometimento de sistemas funcionais e ao desuso (FURTADO e TAVARES, 2005).

Objetivos: Mostrar os benefícios da fisioterapia em pacientes com esclerose múltipla, assim como, descrever a doença, discutir a intervenção fisioterapêutica e esclarecer os métodos usados no tratamento.

Relevância do Estudo: Estudos ressaltam a importância da fisioterapia no tratamento de pacientes portadores da doença esclerose múltipla.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve o material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas: LILACS, SCIELO e MEDLINE. Foram utilizados nas buscas palavras-chaves como: Fisioterapia, esclerose múltipla, desmielinizantes. Os artigos utilizados para estudo são de outubro de 2005 a fevereiro de 2016.

Resultados e discussões: A esclerose múltipla (EM) caracteriza-se por ser uma doença crônica e progressiva, de etiologia ainda desconhecida, mas acredita-se que seja resultado de uma predisposição genética relacionada a um fator ambiental, também com presumida origem autoimune caracterizada por um processo inflamatório oriundo dos linfócitos T, que acometem o Sistema Nervoso Central (SNC), através de lesões desmielinizantes. A esclerose múltipla é o principal membro de um grupo de distúrbios conhecidos como doenças desmielinizantes as quais afetam a condução de sinais nervosos causando prejuízos no movimento, sensação, o que causa fadiga, fraqueza muscular, espasticidade e déficit de equilíbrio (SCHIWE et al., 2015). O comprometimento funcional presente em indivíduos com esclerose múltipla é traduzido pela dificuldade para a marcha, alteração de equilíbrio, fraqueza muscular e fadiga, que tipicamente resultam de degeneração axonal e bloqueio de condução neuronal, característicos da doença (PEREIRA et al., 2012). Alterações nos mecanismos de controle postural e conseqüente aumento no número de quedas são frequentes. Perturbações do sistema visual causadas por placas no nervo óptico, envolvimento das vias vestibulares associado com vertigens e nistagmos, além de distúrbios de propriocepção, espasticidade e fraqueza muscular, são observados na esclerose múltipla. Em conjunto, esses fatores podem levar a uma deterioração da

qualidade da estabilidade postural. Estudos indicam que intervenções como a fisioterapia e exercícios físicos terapêuticos podem melhorar muitas das deficiências observadas na esclerose múltipla (MENEZES et al., 2013). Nessa doença, a incapacidade física e uma série de sintomas estão relacionados ao comprometimento de sistemas funcionais e ao desuso. O tratamento geralmente inclui o uso de imunomoduladores e imunossuppressores, que são capazes de retardar, mas não interromper sua progressão. Nas duas últimas décadas, programas incluindo exercícios de fortalecimento muscular, exercícios aeróbios, atividades em meio aquático e ioga têm se mostrado seguros e eficazes para pessoas com esclerose múltipla (FURTADO e TAVARES, 2005). Propomos que o significado da prática de exercícios resistidos para essas pessoas deve apoiar-se na perspectiva da busca pela manutenção ou desenvolvimento de força muscular, levando a um estilo de vida ativo e autônomo, como modo de minimizar as perdas da capacidade física decorrentes, tanto da esclerose múltipla, quanto do envelhecimento. O programa de fortalecimento muscular compreendeu a prática de exercícios resistidos para os principais grupos musculares, com pesos livres (halteres e caneleiras) e com o próprio peso corporal contra a ação da gravidade. Sendo esses os exercícios sugeridos: agachamento, flexão adução horizontal dos ombros, flexão de joelhos, elevação lateral de membros superiores com tronco inclinado à frente na posição sentada, avanço, elevação lateral de membros superiores, flexão plantar, flexão de cotovelos, abdominal, extensão de cotovelos entre outros (FURTADO e TAVARES, 2007). Por outro lado, exercitar-se até o ponto de fadiga é contraindicado e pode resultar em piora dos sintomas (PEREIRA et al., 2012). A fadiga é tida como o comprometimento mais vivenciado pelos pacientes sendo relatada em média 75% a 95% por seus portadores (SCHIWE et al., 2015).

Conclusão: Os autores citados definem a fisioterapia sendo de grande importância para o tratamento da esclerose múltipla, pois tem trazido uma melhora significativa na manutenção do equilíbrio, na força muscular e nos demais sintomas desencadeados pela doença.

Referências

FURTADO, O, L, P, C.; TAVARES, M, C, G, C, F. Esclerose Múltipla e Exercício Físico. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 12, n. 3, p. 100-106, 2005.

FURTADO, O, L, P, C.; TAVARES, M, C, G, C, F. Proposta de exercícios resistidos para pessoas com esclerose múltipla: um estudo de caso. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 14, n. 2, p. 111-116, 2007.

MENEZES, K, M.; COPETTI, F.; WIEST, M, J.; TREVISAN, C, M.; SILVEIRA, A, F. Efeito da equoterapia na estabilidade postural de portadores de esclerose múltipla: estudo preliminar. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 1, p. 43-49, 2013.

PEREIRA, G, C.; VASCONCELLOS, T, H, F.; FERREIRA, C, M, R.; TEIXEIRA, D, G. Combinações de Técnicas de Fisioterapia no Tratamento de Pacientes com Esclerose Múltipla: Série de Casos. **Revista Neurociências**, v. 20, n. 4, p. 494-504, 2012.

SCHIWE, D.; SOUZA, J, F.; SNTOS, R, R.; MENEZES, M.; MORAES, J.; BRAUN, D, S.; HOLLER, A.; COMEL, J, C. Fisioterapia em pacientes portadores de esclerose múltipla. **Revista Saúde Integrada**, v. 8, n. 15, p. 01-08, 2015.

ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS DE IDOSOS – REVISÃO DE LITERATURA

Debora Nunes Celeghim¹, Alana Cristina Rodrigues¹, Lubriana Harue Himeno¹, Nalgia Cristina Rodrigues¹, Jessica Emilia Toledo Campos Parreira¹, Cintia Zacaib Silva²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
deboranunes_estetica@yahoo.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
cintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: quedas, envelhecimento, promoção de saúde, fisioterapia.

Introdução: O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados nas próximas décadas, pois vem aumentando muito nos últimos anos. Com esse aumento vem surgindo doenças crônicas degenerativas que deixam os idosos com algumas incapacidades funcionais e com isso surge a necessidade de utilizar os serviços de saúde (ACIOLE e BATISTA, 2013; COSTA e SILVA, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que as pessoas com 80 anos ou mais constituem o segmento populacional que mais cresce. No Brasil a previsão é de que, em 2020, existirão 3,8 bilhões de idosos, ou seja, 14,2% de todos os brasileiros (FERREIRA e YOSHITOME, 2010). O envelhecimento é um processo natural altamente complexo decorrente da diminuição das funções homeostáticas que acabam prejudicando a força muscular, densidade óssea e elasticidade do tecido conjuntivo. Essa diminuição das capacidades físicas do idoso pode levar a acometimentos de padrões posturais e de equilíbrio, resultando em quedas durante atividades simples do cotidiano. A qualidade de vida na velhice depende de vários fatores, como: condições físicas do ambiente, condições oferecidas pela sociedade, existência de redes de relações de amizade, condições de trabalho, condições biológicas, estilo de vida, entre outros. No entanto, para melhorar a qualidade de vida dos idosos, o fisioterapeuta tem um papel muito importante, englobando aspectos educacionais, preventivos e medidas de reabilitação nos idosos frágeis e com limitações funcionais (SCHNEIDER, 2010).

Objetivos: Mostrar a importância da atuação da fisioterapia na prevenção de quedas na terceira idade.

Relevância do Estudo: Com o aumento na expectativa de vida, observa-se uma crescente no índice de quedas, desta forma é interessante apresentar algumas práticas preventivas que possam auxiliar os idosos terem uma qualidade de vida melhor.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura nas bases de dados como Scielo, MEDLINE e Google Acadêmico, com os descritores quedas, envelhecimento, promoção de saúde e fisioterapia. Foram selecionados artigos completos, em português no período de 2010 a 2016.

Resultados e discussões: Na velhice uma vida mais saudável está ligada a independência do indivíduo. A promoção e prevenção de saúde englobam não apenas o idoso, mas todos que estão ao seu redor. Define-se promoção de saúde como processo que permite às pessoas melhorar seu estado de saúde, já a prevenção tem como objetivo prolongar a vida com qualidade, promover fatores que retardem os declínios do envelhecimento, evitar o envelhecimento prematuro ou patológico e reduzir fatores que interfiram na independência e autonomia (SCHNEIDER, 2010). As quedas são problemas frequentes na população idosa, sua incidência vem aumentando com o avançar da idade. E para diminuir o índice de quedas que acontece na vida do idoso, é importante analisar alguns fatores, como: avaliar alterações posturais, observar a diminuição do equilíbrio, reconhecer seu estado mental, observar seu estado físico, investigar os problemas de saúde, avaliar os exames, observar a

força muscular, hipertensão arterial e o uso de medicamentos (FERREIRA e YOSHITOME, 2010). As principais causas de quedas no envelhecimento são divididas em fatores intrínsecos, que são aqueles decorrentes de alterações fisiológicas, processos patológicos e psicológicos; e fatores extrínsecos, são os que geram desafios ao equilíbrio, incluindo falta de iluminação, tapetes em superfícies lisas, ausência de corrimões, cama e cadeira com alturas inadequadas, uso de calçados mal ajustados e escorregadios, entre outros. Desta forma, para prevenir as quedas domiciliares resultantes desses fatores, algumas medidas podem ser tomadas, como: fazer uma boa avaliação do idoso e do ambiente que ele vive; orientar o uso apropriado de calçados e vestuários; orientar a retirada dos tapetes; deixar o local com o maior espaço de locomoção; orientar que a altura de camas e cadeiras seja apropriada para uma melhor locomoção; colocar pisos antiderrapantes, corrimões, móveis adequados e fornecer uma boa iluminação do ambiente (LOJUDICE et al., 2010). Dentro do modelo promoção e prevenção da saúde do idoso, o fisioterapeuta tem um papel muito importante, pois realiza atividades para poder ajudar este indivíduo voltar a realizar atividades de vida diária com mais facilidade, reduzir o número de quedas e melhorar na sua autoestima. Dentre essas atividades estão os exercícios físicos isométricos ou com pequenas cargas realizadas progressivamente que aumentam a força muscular, exercícios de propriocepção realizados com o intuito de aumentar a capacidade de coordenação e equilíbrio, assim como os exercícios de hidroterapia, que auxiliam na movimentação articular, na flexibilidade, na diminuição da tensão articular através dos princípios físicos da água e permite um atendimento em grupo, facilitando a socialização e recreação dos idosos (SCHNEIDER, 2010). Essas práticas fisioterapêuticas ajudam na redução do uso de medicamentos, melhoram as capacidades funcionais, ajudam no controle de doenças crônicas, melhoram a qualidade de vida, reduzem a fadiga a pequenos esforços, minimizando o risco de quedas e acidentes (COSTA e SILVA, 2010).

Conclusão: Com base nos estudos realizados, conclui-se a necessidade de ações preventivas estabelecidas por uma equipe multiprofissional, cujo enfoque esteja voltado ao fisioterapeuta, devido sua capacitação avançada aos méritos de prevenção e reabilitação, visando qualidade de vida na longevidade.

Referências

ACIOLE, G. G.; BATISTA, L. H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 10-19, 2013.

COSTA, A. H.; SILVA, C. C. Fisioterapia na saúde do idoso: exercícios físicos na promoção da qualidade de vida. **Revista Hórus**, v. 4, n. 1, p. 194-207, 2010.

FERREIRA, D. C. O.; YOSHITOME, A. Y. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 6, p. 991-7, 2010.

LOJUDICE, D. C.; LAPREGA, M. R.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR, A. R. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v. 13, n. 3, p. 403-412, 2010.

SCHNEIDER, A. R. S. Envelhecimento e quedas: a fisioterapia na promoção e atenção à saúde do idoso. **RBCEH**, v. 7, n. 2, p. 396-303, 2010.

UTILIZAÇÃO DO MARCA PASSO DIAFRAGMÁTICO EM PACIENTES COM LESÃO MEDULAR CERVICAL

Janaina Verginia Máxima dos Santos¹; Edilaine Henrique Vilela¹; Mariana Carvalho Trombini¹; Celio Guilherme Lombardi Daibem⁴.

¹Alunas do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – ja.nah_vs@hotmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB celiodaibem@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: marca-passo diafragmático, lesão medular cervical, diafragma.

Introdução: O diafragma tem origem nas raízes nervosas C3-C5 e é inervado pelos nervos frênicos (MELARÉ e SANTOS, 2008). Quando ocorre sua disfunção, ele não é capaz de se contrair de maneira adequada. Dentre as possíveis causas, está a lesão medular cervical (SILVA e VIEIRA, 2009) que ocorre como uma consequência da morte dos neurônios da medula ou quebra da comunicação entre os neurônios e, geralmente, causa dependência de ventilação mecânica invasiva (MONTEIRO et al., 2016; BRUNOZI et al., 2011). Uma possível maneira de solucionar essa disfunção é por meio da estimulação diafragmática elétrica transcutânea (EDET) utilizando o marca-passo diafragmático, implantado cirurgicamente ao redor do nervo frênico para gerar impulsos elétricos no próprio nervo, contraindo assim o diafragma (SILVA e VIEIRA, 2009). O marca-passo diafragmático (MPD) pode ser implantado na porção cervical, na torácica, ou diretamente no diafragma (MONTEIRO et al., 2016). Suas indicações variam de acordo com cada caso devendo o paciente apresentar função preservada dos nervos frênicos e do músculo diafragma. Nos pacientes com lesão medular cervical alta, a utilização do MPD está indicada quando há insuficiência respiratória (TEDDE et al., 2012).

Objetivos: Realizar uma revisão de literatura sobre a utilização do marca-passo diafragmático em pacientes com lesão medular cervical.

Relevância do Estudo: A presente revisão de literatura pretende esclarecer as evoluções científicas sobre a utilização de marca-passo diafragmático em pacientes que apresentam lesão medular cervical, bem como proporcionar aos fisioterapeutas que atuam na área da fisioterapia respiratória, subsídios na literatura pertinente para fundamentar a atuação prática.

Materiais e métodos: Foi realizada pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Medline, Lilacs, Pubmed e Scielo em estudos com seres humanos. Foram incluídos artigos originais de pesquisa encontrados na literatura, com delimitação do tempo de publicação nos últimos dez anos.

Resultados e discussões: Tedde et al. (2012) realizaram estudo para aplicação do MPD em cinco pacientes que haviam sofrido lesão medular cervical alta e dependiam de ventilação mecânica. Três dos cinco pacientes podiam utilizar o marca-passo diafragmático de maneira contínua. Outro paciente utilizou o marca-passo por apenas 6 horas ao dia, e o quinto paciente não conseguiu manter a ventilação com o MPD. Esse estudo demonstrou que os pacientes com lesão medular cervical podem recorrer ao uso do marca-passo, visto que essa aplicação é mais desafiadora nesses pacientes, sendo também uma forma de desmame da ventilação mecânica em que são submetidos. Um paciente de 20 anos foi submetido à implantação do marca-passo diafragmático, após apresentar apnéia crônica e infecções hospitalares prolongadas devido a siringomielia. Após a cirurgia, o MPD foi acionado a 15 Hz de frequência durante 15 minutos para evitar a fadiga. Após 30 dias de uso, o paciente recebeu alta em boas condições clínicas, continuou utilizando o MPD por 60

minutos primeiramente e depois por 10 horas ao dia, porém utilizando ventilação mecânica no período da noite. Por necessitar de ventilação mecânica por um período menor e redução da frequência de infecções, possivelmente impactou de forma positiva na qualidade de vida, (SARDENBERG et al., 2011).

Conclusão: O marca-passo diafragmático utilizado em paciente com lesão medular cervical pode ajudar no processo de desmame da ventilação mecânica, reduzir infecções e, conseqüentemente, repercutir na qualidade de vida destes pacientes.

Referências

BRUNOZI, A. E.; SILVA, A. C.; GOLÇALVES, L. F.; VERONEZI, R. J. B. Qualidade de vida na lesão medular traumática. **Rev. Neurociência**, v. 19, n. 1, p. 139-144, 2011.

MELARÉ, R. A.; SANTOS, F. F. Uso da eletroestimulação diafragmática no desmame ventilatório em pacientes lesados medulares. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 10, n. 4, p. 22-24, 2008.

MONTEIRO, C. S.; ZAMORA, V. E. C.; CARVALHO, A. C. A.; CUNHA, S. Estimulação com marca-passo diafragmático em lesão medular cervical alta: relato de caso. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 82-85, jan-mar/2016.

SARDENBERG, R. A. S.; SECAF, L. B. P.; PINOTTI, A. C.; TARICCO, M. A.; BROCK, R. S.; YOUNES, R. N. Marca-passo diafragmático: indicação incomum, aplicação bem-sucedida. **J Bras Pneumol**, v. 37, n. 5, p. 697-699, 2011.

SILVA, E. G.; VIEIRA, D. Estimulação diafragmática elétrica transcutânea na melhora do metabolismo da musculatura respiratória: revisão. **Rev. Mineira de Ciências da Saúde**. Patos de Minas: UNIPAM, v. 1, n. 1, p. 69-80, 2009.

TEDDE, L. M.; ONDERS, R. P.; JACOBSEN, M. T.; GELAS, A. L.; BALLESTER, B.; IERSOLINO, M. W. B.; MIE, E. O.; BISCEGLI, F. Ventilação elétrica: indicações e aspectos técnicos do implante cirúrgico do marca-passo de estimulação diafragmática. **J Bras Pneumol**, v. 38, n. 5, p. 566-572, 2012.

A FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO NA SAÚDE DA CRIANÇA

Sarah Passos Silva¹; Bianca Caroline Marmol¹; Daniela de Oliveira Ferreira¹; Franciele Correa Ferreira¹; Thayná Garcia¹; Cintia Zacaib Silva².

¹Alunas do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – sarah.passosilva@hotmail.com;

²Professora de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Saúde da criança, Prevenção, Promoção da saúde, Fisioterapia.

Introdução: O direito à saúde como dever do Estado atualmente está garantido à população brasileira por meio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007b). Nos serviços de atenção primária destinados ao primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, visa-se cobrir as afecções mais frequentes e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (GIOVANELLA, 2006). É destacado que, para a Fisioterapia promover ações voltadas para a criança no âmbito coletivo, se faz necessário, seja no âmbito da formação, seja no âmbito da capacitação, ampliar as discussões acerca das necessidades sociais desse segmento etário em específico e da população em geral, articulando aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O fato do fisioterapeuta ter a seu encargo o desenvolvimento das atividades motoras funcionais, trazendo esta abordagem para o ambiente em que o indivíduo se encontra, corrobora a inserção deste profissional no nível primário de atenção à saúde. Isto porque suas funções e atribuições são constituídas por conjunto de ações de saúde, incluindo nessa esfera a prevenção, assim como o diagnóstico cinesiofuncional, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BORGES *et al.*, 2010). O processo de formação da fisioterapia atualmente está direcionado a desenvolver competências e habilidades gerais para atenção à saúde, como ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, além da reabilitação individual e coletiva (COFFITO, 2009). A prática da fisioterapia voltada para a criança está associada a uma subespecialidade da fisioterapia neurológica, traumato-ortopédica, reumatológica ou pneumológica.

Objetivo: Demonstrar a evolução da criança, assim como também de sua família através da intervenção da fisioterapia na área da saúde pediátrica.

Relevância do estudo: Ressaltar a importância da introdução da fisioterapia precocemente no âmbito da saúde da criança, através de métodos de prevenção, orientação e acompanhamento.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve material de pesquisa bibliográfica realizada nas bibliotecas eletrônicas Scielo, Lilacs e Medline. Foram utilizadas nas buscas as palavras chaves: saúde da criança, prevenção, promoção da saúde, fisioterapia. Os artigos utilizados para o estudo foi de 2005 a 2011.

Resultados e Discussões: Um dos aspectos concluídos se relaciona ao fato da Fisioterapia em geral, ao se deparar com a promoção de saúde, limitá-la ao âmbito da atenção primária, esquecendo-se às vezes que os níveis secundário e terciário também podem ser cenários. Compete ao fisioterapeuta o planejamento, a programação, a coordenação, a execução e a supervisão da aplicação de métodos e técnicas que visem à promoção da saúde, seja no nível de atenção básica, secundária ou terciária, englobando o paciente em todos os seus aspectos: físicos, emocionais e culturais (DEAN *et al.*, 2009). A partir dos conceitos relacionados à responsabilidade do fisioterapeuta no ambiente pediátrico, foi elaborada uma proposta de atenção básica, envolvendo os métodos de orientação, que consiste em programas de orientação por meio de palestras, treinamento aos pais, folhetos explicativos; assistência, realizado diretamente pelo fisioterapeuta ao

paciente pediátrico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou domicílio; e acompanhamento, que seriam as formas de monitorar a criança, estabelecida pelo fisioterapeuta, por meio de visitas domiciliares ou retornos semanais, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), introduzindo o fisioterapeuta neste espaço físico (BRASIL, 2007a).

Conclusão: A introdução da Fisioterapia precocemente no meio pediátrico possibilita à criança e ao adolescente a capacidade de desenvolver os sistemas neuromotor e cardiorrespiratório, como também sua independência como indivíduo de forma mais saudável, o qual é realizado por meio de estímulos e exercícios desde o nascimento, modificando-os conforme cada etapa de sua vida.

Referências

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (Brasil). Saúde da Família: uma nova opção para o trabalho do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. **Revista trimestral do COFFITO**, Brasília, v. 7, n. 24, p. 6-8, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/menina_final.pdf. Acesso em: 26 jun 2007a.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **SUS: Aspectos gerais**. Disponível em: http://www.sespa.pa.gov.br/SUS/sus/sus_aspgerais.htm. Acesso em: 28 maio 2007b.

BORGES, A. M. P.; LEHANE, C.; LOPEZ-SERRA, L.; FLYNN, H.; SKEHEL, M.; ROLEF BEN-SHAHAR, T.; UHLMANN, F. **A contribuição do fisioterapeuta para o Programa de Saúde da Família – uma revisão da literatura**. UNICiências, Cuiabá, v. 14, n. 1, p. 69-82, 2010.

DEAN, E. Physical therapy in the 21st century (Part I): Toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. **Physiother Theory Pract.**, v. 25, n. 5-6, p. 330-368, 2009.

GIOVANELLA, L. Primary care in European Union countries: configurations and organizational reforms in the 1990s. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 5, p. 951-963, 2006.

A SAÚDE DO HOMEM: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Flávia Cristina Zanelli¹; Luiz Henrique de Oliveira Imbriani¹; Igor Almeida¹; Cíntia Zacaib Silva².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – noimbriani@gmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: saúde do homem, prevenção, saúde pública.

Introdução: Um dos grandes desafios para o sistema público de saúde é adequar os serviços de saúde à demanda de homens que procuram este tipo de atendimento. Há um pensamento construído socialmente em que o homem é físico e psicologicamente forte, resultando em uma figura que não cuida de si, adiando e até mesmo negando medidas de prevenção (SILVA et al., 2012). A maioria dos homens não costuma frequentar um médico, porém um levantamento feito pelo Centro de Referência em Saúde do Homem de São Paulo revela que 70% dos homens que procuram um consultório médico tiveram a influência da família. Porém esse estudo revelou que mais da metade desta porcentagem adiaram a ida ao consultório ou logo após chegaram com doenças em estado mais grave (SILVA et al., 2013). Mediante estas informações, a forma como o sistema de saúde no Brasil vem se organizando, mostra que os programas voltados para a saúde do homem estão escassos ou são menos privilegiados. Esse problema é vinculado devido a dificuldade de saber quais são os maiores problemas de saúde masculina, mantendo o pensamento de que o homem não adocece. Visando essa fragilidade, o Ministério da Saúde vinculou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde do Homem (PNAISH), onde o principal objetivo é qualificar a promoção à saúde, contribuindo para a compreensão da realidade masculina e adotar um melhor acolhimento no Sistema Único de Saúde (SUS) (SEPARAVICH e CANESQUI, 2013). Desta forma, uma contribuição que sem dúvida os estudos sobre saúde e masculinidade trazem para a discussão da saúde masculina é a não retificação do conceito de homem, já que sob essa rubrica encontram-se masculinidades distintas, com demandas por saúde diferenciadas.

Objetivos: Analisar a ótica dos usuários sobre o atendimento prestado aos homens na atenção básica à saúde.

Relevância do Estudo: Demonstrar a escassez do serviço público mediante o tratamento à saúde masculina e quais os fatores que inibem o homem a procurar o atendimento.

Materiais e métodos: Este artigo de revisão teve material de pesquisa bibliográfica realizado nas bibliotecas eletrônicas Scielo e Lilacs. Foram utilizados nas buscas as palavras chaves: saúde do homem, prevenção e saúde pública. Os artigos utilizados para estudo são de 2005 até 2016.

Resultados e discussões: O processo de socialização do homem resulta de uma multiplicidade de convenções culturais e sociais que passam por estereótipos de gênero. Esta representação social do homem inclui a posição de ser um líder, um controlador, ser forte, representação maior de família. Essas questões referentes à masculinidade vão ao encontro da baixa adesão desse público à contribuição para que cuidem menos de sua saúde e se exponham mais à situações de risco (GOMES et al., 2003). Para os homens terem uma boa qualidade de saúde é preciso alterar alguns hábitos, como exemplo, atividade física, alimentação balanceada, baixo consumo energético e calórico, baixo consumo de bebidas alcoólicas, ter uma rotina mensal de exames, como aferir pressão arterial, colesterol, triglicérides, glicose, que se tornam fatores importantes para evitar as doenças e agravos futuros. Uma boa maneira de se realizar esta adequação é ouvindo os

usuários, suas experiências, expectativas, valores individuais, valores sociais e estilos de vida, para assim se chegar num conceito de satisfação. Neste caso compreender os critérios dos usuários é de fundamental importância. A partir da perspectiva dos usuários foram atribuídos três sentidos para um bom atendimento, são eles: 1º atendimento ancorado na comunicação: se baseia no diálogo onde o usuário fale também e não somente o médico ou agente multidisciplinar; 2º prontidão do atendimento: trata-se de um atendimento em que o paciente não precise ficar meses na fila para conseguir um exame, um agendamento de consulta ou uma urgência, sem ser atendido na hora; 3º atendimento humanizado: um comprometimento com a felicidade humana, sendo assim um atendimento atencioso, rápido e eficaz (GOMES et al., 2011).

Conclusão: Há uma precariedade na divulgação da prevenção da saúde do homem, devendo enfatizar mais a importância dos exames, dos acompanhamentos de rotina, assim como é divulgada a importância sobre a saúde da mulher e criar mais programas de sensibilização na população sobre a importância dos tratamentos aos pacientes do sexo masculino. Por sua vez, os homens precisam ser mais assistidos pelos programas de saúde que buscam a redução dos índices de fatores de riscos, fortalecendo a manutenção da estrutura familiar quanto à necessidade de assistir aos homens integralmente, atentando-se para o seu estilo de vida, de modo a buscar a redução dos agravos que eles causam à própria saúde e promover a sua longevidade com qualidade.

Referências

GOMES, R.; REBELLO, L. E. F. S.; NASCIMENTO, E.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. C. N. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4513-4521, 2011.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem: um revisão bibliográfica. **Saúde Social**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 415-428, 2013.

SILVA, P. A. S.; SOUZA, N. V. D. O.; FURTADO, M. S.; DAVID, H. M. S. L. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 3, p. 561-568, 2012.

SILVA, B. T. O.; FREITAS, M. M.; SOUZA, G. B. S.; HARDMAN, M. N.; SOBRAL, H. C. F.; SILVA, A. M. L. Promoção e prevenção na saúde do homem. **Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente**, v. 2, n. 1, p. 95-101, 2013.

TENS NO ALÍVIO DA DOR: REVISÃO DE LITERATURA

Camila Aparecida Silveira¹; Eduarda Trevisanuto Lucatto¹; Eliel Henrique Marcelino¹; Igor Almeida¹; Leticia Tavares Lamonica¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
caamila.silveira@hotmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: TENS, eletroterapia, analgesia.

Introdução: A TENS (neuroestimulação elétrica transcutânea) tem sua ação por corrente elétrica, que diminui a sua frequência dando estímulo para fibras que mandam informações para o encéfalo, deixando as vias inibitórias descendentes ativas para o corno dorsal da medula espinhal, com diminuição da passagem de impulsos dolorosos (FERREIRA, ISSY e SAKATA, 2011). De acordo com a tabela 1, na TENS há diversas frequências que são específicas para dores agudas e dores crônicas, largura de pulso, duração da analgesia e do tratamento, que há variação de tempo de acordo com a frequência colocada e a resposta do paciente quanto à intensidade, que é progressiva aumentando de acordo com sua individualidade biológica (MORGAN e SANTOS, 2011). A frequência de aplicação da TENS pode ser de 1 a 150 Hz, estabelecido dentro do aspecto biológico da aplicação da eletroterapia de 1 a 250 Hz (TELLES et al., 2011). Os efeitos fisiológicos causados são: analgesia, estimulação muscular, redução de edema, diminuição da inibição reflexa, facilitando na cicatrização de lesões em tecidos moles e facilitação na consolidação de fraturas (MORGAN e SANTOS, 2011).

Tabela 1. Parâmetros da corrente TENS para dor crônica e dor aguda.

TENS	DOR CRÔNICA	DOR AGUDA
FREQUÊNCIA	1 a 50 Hz	50 a 200 Hz
LARGURA DE PULSO	+ de 100 milisegundos	50 a 100 milisegundos
TEMPO	20 minutos	30 minutos
DOSE	Intensidade baixa	Intensidade baixa

Fonte: MARQUES (2017).

Objetivos: Demonstrar o efeito da corrente de eletroterapia TENS sobre o alívio da dor.

Relevância do Estudo Este estudo é de suma importância para fisioterapeutas e indivíduos da área da saúde, pois foi verificada através da literatura a melhora da dor através da corrente elétrica TENS.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica através de banco de dados na internet tais como Google Acadêmico, Scielo e Bireme. Os estudos foram baseados em revisão de literatura, artigos originais e relatos de casos.

Resultados e discussões: A principal indicação da TENS é a analgesia, mas também melhora a cicatrização dos tecidos, promove relaxamento dos músculos e melhora a vascularização (TELLES et al., 2011). As principais condições médicas na qual a TENS é usada são: alívio da dor aguda, dor pós-operatória, dor obstétrica, dor muscular, alívio da

dor crônica, dor lombar, artrite, fraturas ósseas (RODRIGUES et al., 2010), dores cervicais e cervicobraquialgia, dores articulares, bursite, luxações, entorses e entre outras (LOPES, 2012). Já as contra-indicações são poucas, mas são sobre áreas tumorais, portadores de marca-passo e tecido recentemente irritado (FLORENTINO et al., 2012). O uso prolongado da TENS pode causar irritação cutânea local ou erupção alérgica na pele, por debaixo ou entorno dos eletrodos (LOPES, 2012).

Conclusão: A TENS é de grande importância na área fisioterapêutica, pois promove uma analgesia predominante através de um mecanismo segmentar por meio do qual a atividade gerada nas fibras inibe a atividade.

Referências

FERREIRA, F. C.; ISSY, A. M.; SAKATA, R. K. Avaliação do efeito da estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) para analgesia após toracotomia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 5, p. 564-567, 2011.

FLORENTINO, D. M.; SOUSA, F. R. A.; MAIWORN, A. I.; CARVALHO, A. C. A.; SILVA, K. M. A. Fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 11, n. 2, p. 50-57, 2012.

LOPES, L. A. Aplicação da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e seus principais riscos e contra-indicações. 2012, 12 f. Dissertação (Mestrado em Ortopedia e Traumatologia) - Manaus: Bio Cursos, 2012.

MARQUES, R. M. Parâmetros Eletrotermofototerapia II. **Apostila Fisioterapia FIB**, p. 45, 2017.

MORGAN, C. R.; SANTOS, F. S. Estudo da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) nível sensorial para efeito de analgesia em pacientes com osteoartrose de joelho. **Rev. Fisioter. Mov.**, v. 24, n. 4, p. 637-646, 2011.

RODRIGUES, J. F.; MORENO, G. M. M.; ALBURQUERQUE, N. B.; MARIZ, L. M. R.; MONTENEGRO, E. J. N.; MOTTA, M. A. TENS de baixa e alta frequência com longa duração de pulso não interfere na dor induzida pelo frio. **Rev. Neurocienc.**, v. 18, n. 3, p. 287-293, 2010.

TELLES, G. F.; CARDOSO, K. P.; ARAÚJO, M. R.; BORDIAK, F. C. A. TENS e suas vertentes de aplicação tradicionais e contemporâneas. Um estudo de revisão. **Rev. Digital EFDeportes**, v. 15, n. 152, 2011.

EFEITO DA VITAMINA D NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

Flávia Cristina Zanelli¹; Isabella Gaido Duque¹; Milania dos Santos¹; Nalgia Rodrigues¹;
Paola Keri de Paula Assis Fidelis¹; Ana Paula Battochio².

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fla_cris_zan@hotmail.com; ²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de
Bauru – FIB –apbattochio@ig.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: esclerose múltipla, tratamento, vitamina D.

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma doença progressiva crônica, sem cura, afeta o sistema nervoso causando destruição da mielina (desmielinização), que interfere no impulso elétrico da neurotransmissão (ADZEMOVIC et al., 2013). A EM é uma doença lenta e progressiva que se apresenta de diversas formas: forma remitente recorrente (RR), secundariamente progressiva (SP), primeiramente progressiva (PP) e progressiva recorrente (PR) (SILVA e SILVA, 2014). O tipo de EM mais comum aos pacientes é a esclerose múltipla remitente recorrente (EMRR). A doença afeta mais as mulheres do que os homens, em torno dos 20 a 30 anos. Cerca de 40% da população mundial afetada pela doença possui EMRR, outros 10 a 15% dos pacientes possuem ou desenvolvem a EMPP, isso após os 40 anos. No Brasil aproximadamente 35 mil habitantes sofrem com a doença, em torno de 15/100 mil habitantes e a prevalência da EM no mundo é 33/100 mil habitantes. A EM afeta o sistema nervoso central (SNC), predominantemente o nervo óptico, a medula cervical, o tronco cerebral e a substância branca periventricular. A histopatologia da EM demonstra a presença de processo inflamatório e áreas confluentes de desmielinização. Os sintomas da EM variam de paciente a paciente de acordo com a área afetada do SNC. Os primeiros sintomas são geralmente sutis e transitórios, por isso muitas vezes não é dada a importância para a doença. Os sintomas mais característicos da doença são: memória afetada, transtorno de humor, ansiedade, fala lenta, depressão, falta de coordenação, retenção urinária, ataxias, vertigens, distúrbio visual, fadiga, entre outras. Atualmente os tratamentos clássicos para a doença são os imunossupressores, imunomoduladores e anti-inflamatórios, que minimizam a destruição da bainha de mielina pelo sistema imunológico, reduzindo as incapacidades geradas pela doença (BERTOTTI, LENZI e PORTES, 2011).

Objetivos: Demonstrar o mecanismo de ação farmacológico da Vitamina D na Esclerose Múltipla e analisar a qualidade de vida dos pacientes portadores da doença e seus devidos tratamentos.

Relevância do Estudo: Promover o conhecimento dos principais efeitos da Vitamina D para pacientes com Esclerose Múltipla e também para esclarecimentos à profissionais de saúde.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo em banco de dados Lilacs e Scielo, com o tema Esclerose Múltipla e Vitamina D.

Resultados e discussões: Existem tratamentos de primeira linha, utilizados logo após a primeira crise da EM, como: Interferon beta 1a, Interferon beta 1b e acetato de glatirâmero. O tratamento de segunda linha é constituído por: Natalizumabe e Fingolimode e o tratamento de terceira linha é a mitozantrona (ALVES et al., 2014). A maioria desses fármacos não possui capacidade neuroprotetora, causam efeitos colaterais e nem sempre respondem satisfatoriamente aos pacientes. Por isso surge a necessidade de um fármaco neuroprotetor, como a VITAMINA D, que vem sendo utilizada como um grande promissor no tratamento de doenças autoimunes, principalmente da esclerose múltipla. A suplementação da vitamina D reduz a ocorrência de surtos e de sintomas atribuídos à doença. Possui um efeito inibidor na ativação das células T-Helper, que atuam em doenças autoimunes através da produção de citosina e interleucinas. Neste contexto a vitamina D desempenha um

importante papel em diferenciar e proliferar as células T e B que inibem a produção de citosina, evitando o aparecimento de sintomas e a melhora da doença. A vitamina D interage com o sistema imunológico através da sua ação sobre a regulação e diferenciação das células, destacando seu efeito imunomodulador. Alguns estudos concluíram que altos níveis de vitamina D para a EM, melhora o perfil antiinflamatório nos pacientes. Cerca de 80% da vitamina D é produzida na pele, após a exposição solar. Uma vez formada, é ligada a proteína ligadora da vitamina D (DBP), uma globulina que transporta essas moléculas hidrofóbicas a vários órgãos-alvo. Quando proveniente da dieta, é absorvida no intestino delgado e levada ao fígado, onde ocorre um processo de hidroxilação, e a mesma será convertida em 25-hidroxivitamina D [25(OH)D], a forma circulante de maior quantidade, porém, biologicamente inerte. A forma biológica ativa da vitamina D ocorre nas células renais, onde ocorre um processo de hidroxilação adicional, formando a 1,25 desidroxivitamina D, também denominada calcitriol (CONTI e KEMPURAJ, 2016).

Conclusão: Podemos concluir que há uma percepção positiva na maioria dos pacientes de EM na utilização vitamina D por inibir a ativação das células T-helper.

Referências

ADZEMOVIC, M.; ZEITELHOFER, M. ; ERIKSSON, U.; OLSSON, T.; NILSSON, I. Efficacy of vitamin D in treating multiple sclerosis-like neuroinflammation depends on developmental stage. **Experimental neurology**, v. 8, n. 6, p. 1-15, 2013.

ALVES, B.; ANGELONI, R.; AZZALIS, L.; PEREIRA, E.; PERAZZO, F.; ROSA, P. C.; FEDER, D.; JUNQUEIRA, V.; FONSECA, F. Esclerose múltipla: revisão dos principais tratamentos da doença. Saúde e meio ambiente: **revista interdisciplinar**, v. 3, n. 2, p. 19-34, 2014.

BERTOTTI, A. P.; LENZI, M. C. R.; PORTES, J. R. M. O portador de Esclerose Múltipla e suas formas de enfrentamento frente à doença. **Barbaroi**, n. 34, p. 101, 2011.

CONTI, P.; KEMPURAJ, D. Impact of Vitamin D on Mast Cell Activity, Immunity and Inflammation. **Journal of Food and Nutrition Research**, v. 4, n. 1, p. 33-39, 2016.

SILVA, V. M; SILVA, D. F. Esclerose múltipla: imunopatologia, diagnóstico e tratamento-artigo de revisão. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, v. 2, n. 3, p. 81-90, 2014.

TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE ATRAVÉS DA DMARD

Eduarda Trevisanuto Lucatto¹; Eliel Henrique Marcelino¹; Igor Almeida¹; Ana Paula Battochio².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lucatto19@gmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – apbattochio@ig.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: artrite reumatóide, tratamento, leflunomida.

Introdução: A artrite reumatóide (AR) é uma patologia inflamatória crônica sistêmica multifatorial caracterizada pela hipertrofia de tecido e transformação funcional das células. Normalmente possui sintomas sistêmicos como cansaço, dor, inchaço, rigidez articular, mal-estar e limitação das atividades diárias (LAPCEVIC et al., 2017). Alguns sinais inflamatórios como dor e edema são apresentados em todas as articulações, com exceção dos quadris e de ombros. A realização dos movimentos em articulações com artrite reumatóide aumenta o processo inflamatório, no entanto alguns pacientes não apresentam sinais e sintomas característicos. É uma doença que acomete 0,5% a 1% da população, sendo que mulheres com 40 a 50 anos apresentam a maior incidência (SILVA et al., 2013). As DMARDs (Droga Anti-reumática Modificadora de Doença) formam um grupo de agentes que realizam atividades anti-inflamatórias e imunossupressoras, utilizados no tratamento de patologias reumáticas crônicas, com o objetivo de prevenir e controlar a progressão. Este grupo é composto de agentes que se diferenciam entre si através da estrutura química, modo, tempo de ação e farmacocinética (UEHBE, PIMENTA e GIORGI, 2006).

Objetivos: Demonstrar os benefícios da droga Leflunomida na artrite reumatóide.

Relevância do Estudo: Este estudo é de suma importância para agentes da saúde, pois foi verificado através da literatura a eficácia da Droga Anti-reumática Modificadora de Doença (DMARD) na artrite reumatóide.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica através de banco de dados na internet tais como Google Acadêmico, Scielo e Bireme. Os estudos foram baseados em revisão de literatura, artigos originais e relatos de casos, utilizando as palavras chaves: artrite reumatóide, tratamento, leflunomida.

Resultados e discussões: O início do tratamento com DMARDs assim que diagnosticado, reduz a destruição articular, aumenta a taxa de remissão e controla a inflamação (JUNIOR et al., 2008; PINTO, MIGUEL e REZENDE, 2006). A Leflunomida é uma droga anti-reumática modificadora de doença, recente, age diminuindo a síntese das pirimidinas ao inibir a enzima mitocondrial diidroorotato desidrogenase, evitando a rápida proliferação dos linfócitos. A Leflunomida se diferencia das outras DMARDs por conta da sua rapidez de ação, comprovada a melhora em vários pacientes no primeiro mês de tratamento (SILVA et al., 2013). É contra-indicado para pacientes com insuficiência renal, doenças crônicas do fígado, também para mulheres em idade fértil que não utilizem anticoncepcionais, que estejam amamentando ou gestantes (LAURINDO et al., 2004). Em caso de gravidez, a Leflunomida é eliminada com a utilização de colestiramina na dosagem de 8 gramas três vezes ao dia, no período de 11 dias. A Leflunomida é absorvida no trato gastrointestinal, e a biotransformação acontece certamente no fígado na parede gastrointestinal, onde é transformada em Metabólito 1. O tempo máximo de concentração de Metabólito 1 é de 6-12 horas, sendo a eliminação renal e intestinal. Deve-se ser prescrita na dose de 20 mg/dia, porém pode-se prescrever dose de 20 mg em dias alternados. Os efeitos colaterais incluem vômitos, náuseas, dor abdominal e diarreia (MOTA et al., 2012).

Conclusão: Esta droga é de grande procura, pois diminui significativamente a progressão da artrite reumatóide e se diferencia das outras DMARDs por obter um resultado rápido, devido a diminuição da síntese das pirimidinas ao inibir a enzima mitocondrial.

Referências

JUNIOR, V. A. M.; AGUIAR, F. A.; BALERONI, C. C.; NOVAES, G. S. Análise temporal entre início dos sintomas, avaliação reumatológica e tratamento com drogas modificadoras de doença em pacientes com artrite reumatóide. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, v. 10, n. 2, p.12-15, 2008.

LAPCEVIC, M.; VUKOVIC, M.; GVOZDENOVIC, B. S.; MIOLJEVIC, V.; MARJANOVIC, S. Influência de fatores socioeconômicos e de tratamento sobre a fadiga, ansiedade e depressão autorrelatadas em pacientes com artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 57, p. 81-92, 2017.

LAURINDO, I. M. M.; XIMENES, A. C.; LIMA, F. A. C.; PINHEIRO, G. R. C.; BATISTELLA, L. R.; BERTOLO, M. B.; ALENCAR, P.; XAVIER, R. M.; GIORGI, R. D. N.; CICONELLI, R. M.; RADOMINSKI, S. C. Artrite reumatóide: diagnóstico e tratamento. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 44, n. 6, p. 435-42, 2004.

MOTA, L. M. H.; CRUZ, B. A.; BRENOL, C. V.; PEREIRA, I. A.; FRONZA, L. S. R.; BERTOLO, M. B.; FREITAS, M. V. C.; SILVA, N. A.; JÚNIOR, P. L.; GIORGI, R. D. N.; LIMA, R. A. C.; PINHEIRO, G. R. C. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da artrite reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 52, n. 2, p. 135-174, 2012.

PINTO, M. R. C.; MIGUEL, R. C. C.; REZENDE, G. G. Tratamento da Artrite Reumatóide. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 46, n. 3, p. 219-223, 2006.

SILVA, R. G.; VANUCCI, A. B.; LATORRE, L. C.; ZERBINI, C. A. F. Artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 60, n. 8, p. 574-76, 2013.

UEHBE, A. I.; PIMENTA, M. E.; GIORGI, R. D. P. N. DMARDS (fármacos anti-artrite reumatoide modificadores da doença ou drogas anti-reumáticas modificadoras da doença). **Revista Temas de Reumatologia Clínica**, v. 7, n. 2, p. 57-61, 2006.

A SAÚDE DA MULHER ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Raissa Mayara de Oliveira¹; Caroline Minatel Antiquera¹; Eduarda Trevisanuto Lucatto¹;
Isabela Alves Moraes¹; Bruna Akeimi Maia Kikuchi¹; Cintia Zacaib Silva²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
raissamayara16@gmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
cintiazacaib@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: saúde da mulher, HIV, AIDS.

Introdução: A AIDS, doença causada pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), hoje tem destaque entre os principais problemas de saúde no mundo. No início de 1980, a humanidade enfrentou a pandemia da doença, ao observar sua trajetória por meio de números absolutos de casos. No processo saúde-doença de infecção, existem particularidades específicas das mulheres que as diferenciam dos homens, como fatores biológicos e sociais que favorecem a infecção do vírus. Entre essas particularidades destacam-se as diferenças anatômicas, a maior concentração do vírus no sêmen do que na mucosa vaginal, as inflamações, a vulnerabilidade para as doenças sexualmente transmissíveis, a desigualdade social, a falta de percepção de risco, principalmente em mulheres envolvidas em relacionamentos estáveis (ABDALLA e NICHIIATA, 2008). As mulheres negras têm uma desvantagem em relação às não negras, pois a maioria não possui um atendimento adequado de odontologia, médico de outra especialidade (não infectologista ou ginecologista), outro profissional e nutricionista, sendo assim, isso soma às dificuldades em abordar um aspecto de vida (LOPES, BUCHALLA e AYRES, 2007). Segundo o Boletim Epidemiológico, de 1980 a junho de 2012, no Brasil houveram 656.701 casos de AIDS, já em 2011, foram 24.379 casos no sexo masculino e 14.388 no sexo feminino, sendo que até 1999, os índices no sexo masculino eram de 154.269 e no sexo feminino 56.108, tendo um aumento de mulheres infectadas (WAGNER e BOSI, 2013).

Objetivos: Discutir situações no contexto da saúde da mulher que envolvem privacidade, segurança, sigilo e bem estar das mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Relevância do Estudo: A infecção pelo vírus da AIDS vem sendo um dos principais problemas de saúde no mundo. Portanto, são necessários mais estudos que alertem e deixem explícito para a sociedade os riscos do vírus, quais os cuidados e precauções.

Materiais e métodos: Esta revisão de literatura teve material de pesquisa bibliográfico realizado nas bibliotecas eletrônicas Google Acadêmico e Scielo. Foram utilizados nas buscas as palavras chaves da revisão bibliográfica, artigos originais e relatos de caso.

Resultados e discussões: Várias mulheres sofrem de violências por parceiro íntimo do tipo psicológica, física ou sexual e são reconhecidos mundialmente, causando sérios danos à saúde, entre eles está à infecção pelo vírus da AIDS. Foi realizado um estudo transversal brasileiro, com o objetivo de analisar a associação entre a violência perpetrada por parceiros íntimos contra mulheres e infecção ou suspeita de infecção por HIV. A descoberta do diagnóstico positivo da mulher ao seu parceiro pode provocar atos de violência física, o que pode influenciar no tratamento da doença. Alguns fatores explicam a associação entre a violência do parceiro íntimo e a infecção pelo HIV. Sexo forçado, estupro, sexo por obrigação marital, por exemplo, acabam favorecendo a infecção de doenças sexualmente transmissíveis. Outro fator relacionado a infecção das mulheres é o grande número de relações sem preservativo, além disso, há relatos de alguns homens que furam a camisinha

para engravidar a mulher, sem seu consentimento (BARROS, SCHRAIBER e JUNIOR, 2011). O programa saúde da família (PSF) trabalha com estratégia privilegiada de intensificar as ações de promoção da saúde e prevenção do vírus do HIV, garantindo melhor qualidade de vida das mulheres e aos demais indivíduos portadores do HIV/AIDS e familiares. A ação na atenção básica, principal porta de entrada do sistema de saúde, inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer respostas resolutivas para o problema de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (FIGUEIREDO, 2011). Com intuito de prevenir e orientar mulheres, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada com as Equipes de Saúde da Família, com as equipes de Atenção Básica para populações específicas e com o Programa Academia da Saúde, sendo o principal objetivo a implantação de polos para a orientação de práticas, lazer e modo de vida saudável (FIGUEIREDO, 2011).

Conclusão: O estudo mostrou que o HIV é um dos principais problemas de saúde no mundo, que compromete a saúde da mulher, porém ainda é pouco estudado e pouco discutido nas comunidades, deixando o tabu de como é transmitido o vírus, seu tratamento e quais suas vulnerabilidades.

Referências

ABDALLA, F. T. M.; NICHIIATA, L. Y. I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo programa saúde da família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 17, n. 2, p. 140-152, 2008.

BARROS, C; SCHRAIBER, L. B; JUNIOR, I. F. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 365-372, 2011.

LOPES, F; BUCHALLA, C. M; AYRES, J. R. C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 39-46, 2007.

FIGUEIREDO, E. N. A. Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. **Dissertação (Especialização) São Paulo: Universidade Aberta do SUS – UNASUS/UNIFESP**, 2011, 12f.

WAGNER, T. M. C.; BOSI, D. R. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico. **Contextos Clínic**, v. 6, n. 2, p. 164-173, 2013.

EFETIVIDADE DOS EXERCÍCIOS DE ESTABILIZAÇÃO SEGMENTAR SOBRE A DOR LOMBAR

Rodrigo de Alcântara Corral¹; Isabela Suenaga Moço¹; José Wili Martins Maranhão¹; Midori Godoi Kanazawa¹; Daniela Stefani da Silva¹; Reinaldo Monteiro Marques².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
rodrigoalcantara.1993@hotmail.com;

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
reinaldomm@uol.com.br;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Lombalgia; Estabilização Segmentar; Fisioterapia.

Introdução: Ao longo da vida, a prevalência de lombalgias não específicas é estimada em torno 60-70% em países industrializados, sendo uma das causas mais frequentes de atendimento médico e a segunda causa de afastamento do trabalho. A dor lombar pode ser caracterizada por um quadro de desconforto e fadiga muscular localizada na região inferior da coluna vertebral. Dor lombar inespecífica é muitas vezes associada a lesões musculoesqueléticas e aos desequilíbrios na coluna lombar e estabilização dos músculos pélvicos (PEREIRA, FERREIRA e PEREIRA, 2010). Devido ao grande aumento da lombalgia, diversas formas de tratamento vêm sendo propostas para minimizar as consequências dessa disfunção, dentre elas, a Estabilização Segmentar Vertebral (ESV) (FERREIRA e OLIVEIRA, 2015). A ESV é uma técnica que foi desenvolvida por fisioterapeutas australianos em 1992. Esse grupo de pesquisadores defendia que é necessário um controle neuromuscular íntegro, para uma boa estabilização da coluna lombar, sendo realizada por meio da integração de três sistemas interdependentes: sistema passivo (vértebras, discos intervertebrais, articulações e ligamentos), ativo (tendões e músculos) e neural (sistema nervoso central e periférico), que são de grande importância para um bom funcionamento da coluna lombar (GARCIA et al., 2011).

Objetivo: Realizar um levantamento da literatura sobre a eficácia dos exercícios de estabilização segmentar em relação à coluna lombar.

Relevância do Estudo: Devido à alta prevalência de dor lombar, é interessante salientar tratamentos eficazes que levem a melhora dos indivíduos à curto e longo prazo.

Materiais e Métodos: Foi realizado um levantamento bibliográfico nas bases de dados SciELO e LILACS, utilizando as palavras chave: lombalgia, estabilização segmentar e fisioterapia. Os critérios de exclusão foram artigos que não atendiam os descritores.

Resultados e discussões: Para Stevens et al. (2007), os exercícios de estabilização mostraram resultados positivos, com melhora da atividade dos músculos da região da coluna, e assim foi constatado que os padrões de recrutamento podem ser alterados com apenas um treino de estabilização. Segundo Macedo (2009), mesmo com a eficácia comprovada, os exercícios de estabilização não devem ser realizados isoladamente e sim aplicados juntamente com outras técnicas como manipulação, alongamento e fortalecimento, para melhora da dor e funcionalidade em indivíduos com dor lombar. No estudo de Pereira, Ferreira e Pereira (2010), foi avaliado a efetividade de exercícios de estabilização segmentar lombar na dor e incapacidade em indivíduos com dor lombar inespecífica. Os resultados demonstram que após seis semanas de exercícios de estabilização segmentar, que consistiram na contração da musculatura profunda do tronco, transversal do abdômen e multifídeo, houve melhora da dor e capacidade funcional dos indivíduos, verificados por meio do questionário de dor MCGILL e o questionário de incapacidade de Roland-Morris. Estes resultados sugeriram que o método ESL é eficaz no tratamento da dor lombar crônica.

Conclusão: A técnica de estabilização segmentar se mostrou eficaz na melhora da funcionalidade dos indivíduos e na redução da dor. Foi concluído também, que esses exercícios têm um efeito ainda mais positivo quando são associados a outras técnicas de reabilitação.

Referências

FERREIRA, J. N. S.; OLIVEIRA, A. S. Estabilização segmentar vertebral em pacientes com lombalgia crônica: revisão da literatura. **Corpus sci.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 24-32, 2015.

GARCIA, A. N.; GONDO, F. L. B.; COSTA, R. A.; CYRILLO, F. N.; COSTA, L. O. P. Efeitos de duas intervenções fisioterapêuticas em pacientes com dor lombar crônica não-específica: viabilidade de um estudo controlado aleatorizado. **Rev. bras. fisioter.**, v. 15, n. 5, p. 420-427, 2011.

MACEDO, L. G., MAHER, C. G.; LATIMER, J.; MCAULEY, J. H. Motor control exercise for persistent, nonspecific low back pain: a systematic review. **Phys Ther.**, v. 89, p. 9-25, 2009.

PEREIRA, N. T.; FERREIRA, L. A. B.; PEREIRA, W. M. Efetividade de exercícios de estabilização segmentar sobre a dor lombar crônica mecânico-postural. **Fisioter. mov. (Impr.)**, v. 23, n. 4, p. 605-614, 2010.

STEVENS, V. K.; COOREVITS, P. L.; BOUCHE, K. G.; MAHIEU, N. N.; VANDERSTRAETEN, G. G.; DANNEELS, L. A. The influence of specific training on trunk muscle recruitment patterns in healthy subjects during stabilization exercises. **Man Ther.**, v. 12, n. 3, p. 271-279, 2007.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM OBSTETRÍCIA

Julya Cristiane Moura¹; Suzie Hellen de L. G. L. Ferreira¹; Fernanda Piculo²

¹Alunas do Curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
julyacristianemoura@hotmail.com

²Professora do Curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-Chave: gestante, obstetrícia, fisioterapia, tratamento.

Introdução: A obstetrícia é o estudo da reprodução humana, gestação, parto e pós-parto e análise dos seus aspectos fisiológicos. O seu objetivo é oferecer maior normalidade ao nascimento do bebê e qualidade de vida à gestante. Em relação aos profissionais envolvidos da área da obstetrícia, o tratamento fisioterapêutico mostrou ser um grande aliado, durante e após o período gestacional (RATTNER, 2009). A preparação para o parto de forma adequada através de um acompanhamento pré-natal é fundamental para a promoção de um parto saudável. A abordagem fisioterapêutica neste período deve incluir informações e orientações, preparo físico e psíquico, objetivando diminuir a ansiedade e o medo, desenvolvendo confiança e saúde física, psíquica e emocional (DALVI et al., 2010).

Objetivo: O presente trabalho teve como objetivo verificar na literatura a atuação fisioterapêutica no período gestacional e destacar a sua importância para a qualidade de vida das gestantes.

Relevância do estudo: Este estudo é de suma importância, pois o tema tem ocupado lugar de destaque na literatura, mostrando a importância do fisioterapeuta para saúde e bem-estar das gestantes.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica das publicações indexadas em bases de dados do Google Acadêmico, Bireme, Medline, Lilacs, Embase e Biblioteca Virtual Cochrane, sobre o tema "Abordagem Fisioterapêutica em Obstetrícia", entre o período de 2007 a 2017.

Resultados e discussões: Resultados de diversos ensaios clínicos mostraram de maneira geral que exercícios fisioterapêuticos durante a gestação melhoram de forma qualitativa a ansiedade e o estresse materno, além de aumentar a sensação de segurança e melhorar o tempo de evolução do trabalho de parto (SURITA, NASCIMENTO e SILVA, 2014). Outro achado importante foi a diminuição dos sintomas musculoesqueléticos com o uso de diferentes técnicas fisioterapêuticas (HAAKSTAD e BØ, 2011). As técnicas utilizadas nos artigos foram: cinesioterapia convencional (alongamentos, exercícios metabólicos de membros superiores e membros inferiores, exercícios com bola suíça, fortalecimento muscular e relaxamento), fisioterapia respiratória, eletroestimulação transcutânea (TENS), treinamento aeróbico, massoterapia (deslizamento superficial) e cinesioterapia aquática (hidroterapia). Os exercícios realizados com a utilização da bola suíça podem alcançar diferentes objetivos, como favorecer o alongamento e fortalecimento dos músculos de forma global, incluindo a musculatura do assoalho pélvico, além de contribuir para a correção de postural e proporcionar relaxamento (SILVA et al., 2011). O número de sessões nos estudos variou entre quinzenal e duas vezes por semana e o tempo de cada sessão entre 30 e 50 minutos (HAAKSTAD e BØ, 2011; ARIZABALETA et al., 2010). Segundo Dalvi et al. (2010), a cinesioterapia torna-se fundamental no período gestacional, pois ocorrem muitos mecanismos compensatórios que geram vários distúrbios musculoesqueléticos. Segundo os autores, a cinesioterapia associada à terapia manual colabora com eliminação da algiesia e favorece uma maior mobilidade da região lombar, promovendo o bem-estar das gestantes (DALVI et al., 2010). A fisioterapia em obstetrícia tem ainda por finalidade promover a

reestruturação do assoalho pélvico, por meio de recursos como: eletroestimulação transcutânea sacral, cinesioterapia com exercícios de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico, terapias manuais e orientações às gestantes (LANUZ e MARCELINO, 2009). Além disso, esses mesmos autores enfatizam a importância da técnica de massagem perineal, que é massagem na região do períneo entre a vagina e o reto. Esta técnica pode ser realizada entre 35 semanas de gestação com duração de 10 minutos, com auxílio do parceiro ou individual; o objetivo é manter o períneo intacto na hora do parto normal, evitando a episiotomia e comprometimento dessa musculatura (LANUZ e MARCELINO, 2009). Acredita-se que a associação do tempo de tratamento com a qualidade das técnicas utilizadas é o principal fator para melhora das alterações no período gestacional, pois o tempo ou as técnicas isoladas não gerariam o mesmo efeito em relação aos benefícios proporcionados.

Conclusão: Conclui-se que a obstetrícia está cada vez mais em evidência e são diversos fatores que causam impactos tanto negativos quanto positivos na vida das gestantes. O atendimento fisioterapêutico gestacional deve ser o mais precoce possível, com orientações e técnicas como a cinesioterapia, terapias manuais e exercícios específicos para assoalho pélvico, que contribuem efetivamente para a qualidade de vida durante o ciclo gravídico- puerperal.

Referências

ARIZABALETA, A. V. M.; BUITRAGO, L. O.; DE PLATA, A. C. A.; ESCUDERO, M. M.; VELEZ, R. R. Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial. **Journal of Physiotherapy**, v. 56, n. 4, p. 253-258, 2010.

DALVI, R. A.; TAVARES, A. E.; MARVILA, D. N.; NETO, R. C. N.; VARGAS, C. S. Benefícios da Cinesioterapia a Partir do Segundo Trimestre Gestacional. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 03, n. 01, p. 47-51, 2010.

HAAKSTAD, L. A.; BØ, K. Exercise in pregnant women and birth weight: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy and Childbirth**, p.11-66, 2011.

LANUZ, V. F.; MARCELINO, S. T. Abordagem fisioterapêutica na massagem perineal no pré parto. **Revista conscientia e saúde**, v. 08, n. 02, p. 399-344, 2009.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Comunicação Saúde e Educação**, v. 13, n. 01, p. 595-602, 2009.

SILVA, L. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SILVA, F. M. B.; ALVARENGA, M. B. Uso da bola suíça no trabalho de parto. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.

SURITA, F. G.; NASCIMENTO, S. L.; SILVA, J. L. P. Exercício físico e gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 36, n. 12, p. 531-534, 2014.

GOTA: PRINCIPAIS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

Ana Caroline Moura Santos¹; Camila Aparecida Silveira¹; Dharayana de Araújo Figueiredo¹;
Giovana Almeida de Oliveira¹; Letícia Tavares Lamonica¹; Ana Paula Battochio².

¹Alunas do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
carol_mouura02@hotmail.com;

²Professora Doutora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
apbattochio@ig.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: gota, tratamento, medicamentos.

Introdução: A Gota ou artrite gotosa, uma das doenças reumáticas mais prevalentes no mundo, resulta no depósito de cristais de ácido úrico em várias áreas do organismo, sobretudo nas articulações, tecido subcutâneo e nos rins (MIGUEL e MEDIAVILLA, 2011). Esta patologia acomete indivíduos da faixa etária entre 40 a 65 anos, sobretudo o sexo masculino, em uma proporção de 2 a 7 homens para 1 mulher. Uma das principais características no diagnóstico é a hiperuricemia, aumento do ácido úrico no sangue, observada em 7 % desses pacientes. No entanto deste total, apenas 1% desenvolverá a artrite gotosa (WORTMANN, 2005). As causas mais comuns de hiperuricemia são os excessos alimentares, alcóolicos e físicos, sendo a obesidade um fator fortemente associado. A articulação mais frequentemente acometida é a primeira metatarso-falângica (50% dos casos), a qual é denominada crise de Podagra. No entanto, podem ser envolvidas outras articulações, como as do tarso, tibio-társicas, joelhos, punhos ou qualquer metacarpo-falângica. A crise origina-se geralmente na madrugada, com dor e tumefação de instalação rápida. Nas articulações superficiais pode surgir eritema, que pode evoluir posteriormente para descamação local e hiperestesia. Em um reduzido número de doentes, a crise inicial pode atingir várias articulações simultaneamente, acompanhada de febre ou outros sintomas sistêmicos (MIGUEL e MEDIAVILLA, 2011). A terapia da hiperuricemia consiste na recomendação de dieta pobre em purinas, hidratação, alcalinização da urina e uso de drogas que aumentam a excreção ou diminuem a produção de ácido úrico, entre elas o alopurinol e rasburicase (WILCOX, 1996).

Objetivos: Demonstrar o mecanismo de ação das duas principais drogas utilizadas no tratamento farmacológico da gota.

Relevância do Estudo: Alertar sobre os principais efeitos das drogas alopurinol e rasburicase no organismo, para profissionais da saúde e para pacientes com gota.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica em artigos encontrados no Google Acadêmico, utilizando as palavras chaves gota e mecanismo de ação.

Resultados e discussões: O alopurinol é a droga de escolha e mais eficaz para a diminuição da hiperuricemia. Age inibindo a enzima xantina oxidase, interferindo no metabolismo das purinas. A dose inicial é de 100 mg ao dia, podendo atingir até 800 mg/dl, conforme a necessidade. O efeito do alopurinol consiste em diminuir a hiperuricemia em aproximadamente 48 horas após a sua administração, e os níveis plasmáticos estáveis do ácido úrico são atingidos por volta de duas semanas (BORSTAD et al., 2004). No entanto, aproximadamente 20% dos doentes que usam o alopurinol desenvolvem pelo menos um efeito colateral, sendo necessário descontinuar a terapia em 5% dos casos (BECKER et al., 2006). Dentre os efeitos adversos mais sérios estão as reações alérgicas, a necrólise epidérmica tóxica, a doença hepática severa e as vasculites. Para enfrentar estes obstáculos no tratamento da hiperuricemia, a opção é utilizar fármacos alternativos, que melhorem o quadro deste paciente, como o rasburicase. Na profilaxia e no tratamento a curto prazo da hiperuricemia associada à síndrome de lise tumoral após tratamento com

quimioterapia, esta é a droga preferida (TERKELTAUB, 2007; VOGHT, 2005). Assim, o rasburicase poderá ser usado para reduzir o ácido úrico sérico, diminuindo o aspecto dos tofos e melhorar a capacidade funcional em doentes com gota severa intolerantes ao alopurinol (VOGHT, 2005). A dose recomendada de Rasburicase é de 0,20 mg/Kg/dia diluída em 50 ml de solução de cloreto de sódio (0,9%), administrada por via intravenosa em 30 minutos, diariamente ou duas vezes por dia durante 5-7 dias. O volume de distribuição é semelhante ao volume de sangue fisiológico e a meia-vida é atingida em 19 horas e o estado estacionário é alcançado em 2-3 dias de tratamento. Assim, vários estudos testaram diferentes doses, por um período mais curto do que o recomendado e constataram que uma dose única de rasburicase, com baixa dosagem, tem uma rápida redução da hiperuricemia. O uso de rasburicase a 0,10 mg/kg durante 3-5 dias mantém a mesma eficácia e o seu uso em baixas doses permite reduzir o risco de desenvolvimento de anticorpos (HUMMEL et al., 2005).

Conclusão: O alopurinol e o rasburicase são drogas que diminuem a hiperuricemia e melhoram o quadro de pacientes com artrite gotosa. O alopurinol é a principal droga de escolha, no entanto o rasburicase será indicado para os que apresentam reações alérgicas.

Referências

BECKER, M. A.; SCHUMACHER, H. R. J. R.; WORTMANN, R. L. et al. Febuxostat lowered serum urate level and the rate of gout flares more than alopurinol. **Annals of internal Medicine**, v. 145, p.837-838, 2006.

BORSTAD, G.C.; BRYANT, L.R.; ABEL, M.P.; SCROGGIE, D.A.; HARRIS, M.D. & ALLOWAY, J.A. Colchicine for prophylaxis of acute flares when initiating allopurinol for chronic gouty arthritis. **J Rheumatol**, v. 31, n. 12, p. 2429-32, 2004.

HUMMEL, M.; BUCHHEIDT, D.; REITER, S. et al. Síndrome de lise de tumor induzida por quimioterapia recorrente (TLS) com insuficiência renal em um paciente com leucemia linfocítica crônica - tratamento bem-sucedido e prevenção de TLS com baixa fração de rasburicase. **Rev. Eur J Haematol**, v. 75, p. 518-521, 2005.

MIGUEL, C.; MEDIAVILLA, M. J. Abordagem actual da gota. **Acta Med Port**, v. 24, p. 791-198, 2011.

TERKELTAUB, R. Learning how and when to employ uricase as bridge therapy in refractory gout- editorial. **The journal of Rheumatology**, v. 34, p.10, 2007.

VOGHT, B. Urate oxidase (rasburicase) for treatment of severe tophaceous gout. **Nephrol Dial Transplant**, v. 20, p. 431-433, 2005.

WILCOX, W. D. Abnormal serum uric acid levels in children. **J Pediatrics** v. 128, p. 731-41, 1996.

WORTMANN, R. L. Recent advances in the management of gout and hyperuricemia. **Curr Opin Rheumatol**, v.17, n. 3, p. 319-24, 2005.

A EFICÁCIA DA CORRENTE GALVÂNICA NO TRATAMENTO DE ESTRIAS ATRÓFICAS: REVISÃO DE LITERATURA

Jessica Emília T. C. Parreira¹, Alana Cristina Rodrigues¹, Lubriana Harue Himeno¹, Nalígia Cristina Rodrigues¹, Stefany C. G. do Nascimento¹, Reinaldo Monteiro Marques²

¹Alunas do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
jeemilia030498@outlook.com

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Estrias, corrente galvânica, fisioterapia.

Introdução: A pele é um conjunto de estruturas complexas, formada por três camadas: a epiderme, camada mais superficial, composta por tecido epitelial estratificado queratinizado; a derme, camada intermediária, composta por tecido conjuntivo e diversas estruturas fibrosas e a hipoderme, camada mais profunda, composta por tecido conjuntivo frouxo e adiposo. As estrias são consideradas problemas estéticos, que surgem através de uma atrofia da pele e pelo rompimento das fibras elásticas presentes na derme, apresentando-se de forma paralela e perpendicular as linhas de fissura da pele. Há uma diminuição da espessura da derme e com a separação entre as fibras de colágeno e a falta de fibras elásticas no centro da lesão, há aparecimento das lesões estriadas apenas nas periferias de forma enovelada (AZULAY, 2011). Elas podem ser encontradas em ambos os sexos e surgem normalmente a partir da adolescência, entre 12 e 15 anos em meninas e 12 e 14 anos em meninos, porém há um acometimento seis vezes maior no sexo feminino. Na fase inicial são rubras e mais tarde apresentam-se esbranquiçadas, o que pode ser irreversível. Os sintomas iniciais são: prurido, dor, erupção papular plana e levemente eritematosa (rosada) (GALDINO e DIAS, 2010; GUIRRO e GUIRRO, 2004). São ditas atróficas porque apresentam redução da espessura da pele, ocasionado pela diminuição do volume e do número de seus componentes e por apresentar ressecamento, pigueamento, adelgaçamento, menor elasticidade e diminuição dos pelos (SOUZA e COSTA, 2011). Há uma grande variedade de tratamento para estrias e a fisioterapia dermato-funcional apesar de nova, vem contribuindo muito para o tratamento dessa patologia e muitas outras que acometem o sistema tegumentar.

Objetivos: Realizar um estudo bibliográfico sobre a ação da corrente galvânica e sua eficácia no tratamento de estrias atróficas.

Relevância do Estudo: As estrias são complicações estéticas que afetam grande parte das mulheres e alguns casos podem gerar problemas emocionais, desta forma é interessante apresentar formas eficazes de tratamento neste tipo de complicação.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Google Acadêmico, Scielo, MEDLINE, Bireme e Lilacs, com os descritores estrias, corrente galvânica e fisioterapia. Foram selecionados artigos completos e um livro de dermatologia e dermato-funcional, encontrados na biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru.

Resultados e discussões: Entre os tratamentos utilizados para suavizar as estrias, é recomendado o uso da corrente galvânica. Este aparelho utiliza a corrente contínua, com intensidade reduzida ao nível de microampères (conhecida como microgalvânica). A técnica deve ser feita com um eletrodo ativo em forma de agulha, ligado ao pólo negativo da corrente. A corrente galvânica tem como objetivo reduzir as estrias, agindo em nível celular, remodelando a camada colágena e produzindo elastina. O procedimento causa uma lesão tecidual, no qual associado aos efeitos da corrente é provocado um processo inflamatório, fazendo com que o organismo responda com uma ação reparadora (BORGES, 2006). A

corrente é aplicada através de puntações de 45° sobre as estrias e a agulha deve estar ligada ao eletrodo em forma de caneta (pólo negativo). Para que a corrente seja transmitida é necessário que esteja acoplado no corpo do paciente um eletrodo disperso (pólo positivo). O aparelho deve ser ligado e calibrado de 180 a 200 microampères, dependendo da sensibilidade de cada paciente, utilizando a agulha de 4 milímetros de comprimento, puntar um milímetro e meio dentro da estria, contando 2 segundos e segurando a caneta em 45°. Os cuidados que devem ser tomados durante a aplicação são: sempre limpar a região antes da aplicação com álcool 70%; as agulhas sempre devem ser esterilizadas e descartadas após o término dos procedimentos; observar se todo o espaço entre as puntações na linha a ser tratada esta suavemente hiperêmico e sempre quando finalizar o procedimento, orientar ao paciente que não use outras práticas, como a laserterapia, pois isso pode potencializar a lesão inflamatória, além de recomendar o uso de um fotoprotetor (NASCIMENTO, 2011; BORGES, 2006). O procedimento pode ser aplicado uma vez por semana, necessário para que haja uma absorção e uma prevenção de recidivas. A corrente galvânica é indicada para estrias onde a microamperagem faz um aumento da vascularização nas estrias, aumentando o número de fibroblastos e uma pequena inflamação, causando após uma regeneração e um pequeno efeito retrátil no tecido. É contra indicada em pacientes que tenham problemas cardíacos, uso de marcapasso, neoplasias, diabéticos, gestantes, epiléticos e outras patologias que não sejam indicados o uso de corrente elétrica (GALDINO e DIAS, 2010).

Conclusão: Com base nos estudos encontrados, conclui-se que o uso da corrente galvânica ao nível de microamperes ajuda a suavizar e reduzir estrias, pois associado ao estímulo físico da agulha, promovem um processo inflamatório com resposta reparadora do organismo, remodelando a camada de colágeno e produzindo elastina.

Referências

AZULAY. **Dermatologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

BORGES, F. S. **Dermato funcional: Modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas**. 2.ed. São Paulo: Editora Phorte, 2006.

GALDINO, A. P. G.; DIAS, K. M. Análise comparativa do efeito da corrente microgalvânica: estudo de caso no tratamento de estrias atróficas. **Rev. Eletrônica "Saúde Cesuc"**, n. 01, 2010.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional: fundamentos, recursos, patologias**. 3. ed. Barueri – SP: Manole, 2004.

NASCIMENTO, E. G. Efeito comparativo no uso de cosméticos ortomolecular e tratamento com corrente galvânica nas estrias causadas pela gestação. 69 f, 2011. Trabalho de Conclusão de curso (Curso técnico de estética)- Centro Técnico Profissionalizante Sequencial, São Paulo, 2011.

SOUZA, P. D. L.; COSTA, A. F. Estudo comparativo no tratamento de estrias atróficas: galvanopuntura X microdermoabrasão. **Revista Inspirar, movimento e saúde**, v. 3, n. 6, p. 17-22, 2011.

HIPERTENSÃO ARTERIAL INFANTIL

Juliana Correia da Silva¹; Ana Carolina Garcia²; Camila Gimenes³

¹ Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
juliana.correia08@hotmail.com

² Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
anacarol.rock23@hotmail.com

³ Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
professoracamilagimenes@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Hipertensão arterial infantil, fatores de risco.

Introdução: A hipertensão arterial (HA) é caracterizada pela presença de níveis elevados da pressão sanguínea associados a fenômenos metabólicos, hormonais e tróficos, ou seja, a hipertrofia cardíaca e vascular (GOMES e ALVES, 2009). A HA é classificada em dois tipos: primária, que é de causa desconhecida e atinge cerca de 95% da população e a secundária, causada por meios orgânicos, provocando a elevação pressórica e atinge cerca de 5% da população (FERREIRA e AYDOS, 2010). A doença nos adultos é a segunda principal causa de risco para as cardiopatias e a primeira para acidente vascular cerebral, além de ser uma importante causa de insuficiência renal crônica. Existem vários indicativos de que a HA possa ter início na infância (REZENDE et al., 2003). Somente nos últimos 25 anos a HA recebeu atenção adequada da pediatria. A inclusão dessa medida como parte do exame físico da criança, assim como a publicação de normas para a sua avaliação na infância, proporcionou a identificação não somente da HA secundária assintomática não identificada precocemente, mas também das discretas elevações da pressão arterial.

Objetivo: Realizar uma revisão literária sobre a hipertensão arterial infantil.

Relevância do Estudo: Estudar a HA é importante para conhecer a doença, realizar o diagnóstico precoce e conseqüentemente prevenir suas complicações.

Materiais e métodos: Pesquisa baseada em busca de artigos científicos dos últimos anos, no Google Acadêmico e Scielo. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: hipertensão arterial, hipertensão arterial infantil e fatores de risco.

Resultados e discussão: A HA identificada em algumas crianças pode ser secundária, como por exemplo, às doenças renais, porém em outros casos pode representar o começo precoce da HA essencial observada nos adultos (SALGADO e CARVALHAES, 2003). Foi reconhecido que a doença na sua forma primária pode ter origem em fases precoces da vida e que fatores genéticos e ambientais exercem papel importante no determinismo da HA nesses indivíduos. Desse modo, a presença de HA primária nos pais, mostrou ter importante envolvimento no surgimento desta condição nos filhos. São diversos os fatores ambientais envolvidos com o desenvolvimento da HA. Entre esses fatores, um dos maiores determinantes para os altos níveis de pressão arterial em crianças são o peso e o índice de massa corporal (IMC). Existem outros fatores que também têm sido relacionados à HA nessa faixa etária, como: sexo, raça, desenvolvimento físico, história familiar e fatores dietéticos (MAGALHÃES et al., 2002). Atualmente, a propaganda de alimentos tem sido foco de discussões entre especialistas da área de saúde, uma vez que existem fortes evidências de que a mídia influencia negativamente as preferências alimentares da sociedade, o que pode contribuir para a obesidade infantil (HENRIQUES et al., 2012). Considera-se que adolescentes com pressão arterial sistólica (PAS) ou pressão arterial diastólica (PAD) com média acima 95 do percentil, são definidos como hipertensos, e pré-hipertensos com (PAS) acima de 120 mmHg e (PAD) acima de 80 mmHg, dependendo do sexo, idade e altura (ROSA et al., 2006).

Conclusão: De acordo com a pesquisa, conclui-se que as mudanças no estilo de vida podem melhorar os níveis de pressão arterial. Portanto, é necessária a elaboração de estratégias que possam diagnosticar e tratar a hipertensão arterial infantil. A implementação de atividade física nas escolas e incentivo nas atividades caseiras das crianças, além de orientações para os responsáveis, podem ajudar no controle de peso, prevenindo assim a hipertensão arterial.

Referências

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010.

GOMES, B. M. R.; ALVES, J. G. B. Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em estudantes de ensino médio de escolas públicas da região de Recife - Pernambuco, Brasil 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 375-381, 2009.

HENRIQUES, P.; SALLY, E. O.; BURLANDY, L.; BEILER, R. M.; Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 481-490, 2012.

MAGALHÃES, M. E. C.; BRANDÃO, A. A.; POZZAN, R.; BRANDÃO, A. P. Hipertensão arterial em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, n. 3, p. 245-255, 2002.

REZENDE, D. F.; SCARPELLI, R. A. B.; SOUZA, G. F.; COSTA, J. O.; SCARPELLI, A. M. B.; SCARPELLI, P. A.; CARVALHO, G. B.; D'AGOSTINI, H. M.; PEDROSA, J. C. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em escolares de 7 a 14 anos do município de Barbacena, Minas Gerais em 1999. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 81, n. 4, p. 375-80, 2003.

ROSA, M. L. G.; FONSECA, V. M.; OIGMAN, G.; MESQUITA, E. T. Pré-hipertensão arterial e pressão de pulso aumentada em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 1, p. 555-76, 2006.

SALGADO, C. M.; CARVALHAES, J. T. A. Hipertensão arterial na infância. **Jornal de Pediatria**, v. 79, supl. 1, p. 115-124, 2003.

USO DO TENS PARA TRATAMENTO DE LOMBALGIAS: REVISÃO DE LITERATURA

Caroline Minatel Antiquera¹; Raíssa Mayara de Oliveira¹; Luiz Henrique de Oliveira Imbriani¹;
Reinaldo Monteiro Marques².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
caroline_dcma@hotmail.com;

²Professor Doutor de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: Lombalgia; TENS; Eletroanalgesia.

Introdução: Lombalgia é caracterizada como dor lombar músculo esquelética na coluna, região lombar, atribuída a uma tensão muscular, deslocamento tensional lombo sacro, deslocamento tensional miofacial e ainda dor mecânica causada por anormalidades musculares (PIRES e SOUSA, 2012) região lombar possui uma grande amplitude de movimentos em flexão e extensão, sua lateralização é limitada e a sua rotação tem pouca amplitude de movimento em todas as vértebras lombares. Além disso, a coluna lombar recebe a maior carga do peso corporal e por este motivo se constitui a sede principal de lesões, quer seja de origem vertebral, muscular ou ginecológica que pode ser súbita ou de início insidioso e com piora gradativa (RIBEIRO, MONTEIRO e ABDON, 2006). Pode ser “específica” quando os sintomas são causados por um único mecanismo patológico, ou não específica, quando não estão estabelecidos os fatores causais. Dor na coluna lombar com ou sem irradiação é o segundo motivo mais comum que leva trabalhadores a procurar assistência à saúde (FACCI, 2007). Em casos de hérnia de disco, o núcleo pulposo é impelido na direção ântero-posterior e pode causar dor imediatamente. Durante a noite, em virtude da maior embebição aquosa do núcleo e consequente elevação da pressão intradiscal, as fibras do anel fibroso se rompem, causando durante a próxima manhã, um quadro sintomatológico agudo, intenso, com possíveis irradiações da dor para os membros inferiores. A duração do quadro álgico pode durar de três a quatro dias (PIRES e SOUSA, 2012).

Objetivos: O objetivo desse estudo consiste, por meio de revisão de literatura, avaliar o alívio da dor, o aumento da capacidade funcional e o retardamento da progressão dos sintomas da lombalgia com o uso do TENS.

Relevância do Estudo: Como uma das principais causas de procura por assistência médica, a lombalgia deve ser vista com maior seriedade e tratada de forma correta para que não surjam complicações em virtude dessa sintomatologia.

Materiais e métodos: Foi realizado estudo de revisão de literatura. Para pesquisa de artigos foram utilizados os sites Google Acadêmico e Scielo, não havendo restrição de ano para pesquisa.

Resultados e discussões: Os principais objetivos do tratamento da lombalgia são reduzir o quadro álgico e melhorar a capacidade funcional, efeitos que somente ocorrerão pela execução de um programa de exercícios associado aos demais recursos (FACCI, 2007). O TENS é uma abreviatura que significa "Eletroestimulação Nervosa Transcutânea", a qual consiste na aplicação de eletrodos sobre a pele, gerando impulsos elétricos que inibem a transmissão da informação nociceptiva até o cérebro (ABREU, SANTOS e VENTURA, 2011). É um método analgésico e não invasivo empregado para aliviar os sintomas de dor aguda e crônica e pode ser classificado em Acupuntura, Burst, Breve intenso e Convencional. O modo acupuntura do TENS estimula boa capacidade de liberação de B-endorfina, promove o relaxamento das fibras musculares, retira toxinas e melhora o metabolismo local (SIQUEIRA, 2015). A aplicação desse modelo visa diminuir o efeito

mecânico promovido pela inserção da agulha nos pontos acupunturais onde o paciente deve sentir uma sensação de parestesia associada a abalos musculares (ALBRECHT, GOULART e WEIS, 2015). Em relação ao tempo para o início do alívio da dor, ocorre cerca de 10 minutos após sua aplicação. Quanto à duração da analgesia, a média é de 1 hora (ABREU, SANTOS e VENTURA, 2011). Além de promover analgesia, está relacionado a melhora de alguns sintomas secundários, como condições emocionais, qualidade de vida, distúrbios do sono (ALBRECHT, GOULART e WEIS, 2015).

Conclusão: O TENS é uma ferramenta utilizada para tratar a dor causada por lombalgia e deve ser utilizada para complementar o vasto leque de instrumentos disponibilizados aos fisioterapeutas.

Referências

ABREU, E. A.; SANTOS, J. D. M.; VENTURA P. L. Eficácia analgésica da associação da eletroestimulação nervosa transcutânea e crioterapia na lombalgia crônica. **Rev Dor**, v. 12, n. 1, p. 23-8, 2011.

ALBRECHT, B. S.; GOULART, C. L.; WEIS, L. C. Análise da melhora de dor em pacientes com lombalgia submetidos a procedimentos fisioterapêuticos. **Rev. Jovens Pesquisadores**, v. 5, n. 3, p. 17-25, 2015.

FACCI, L. M. **Comparação dos efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea com os da corrente interferencial em pacientes com lombalgia crônica não específica: Ensaio Clínico Randomizado**. 2007. 139 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

PIRES, R. A. M.; SOUSA, H. A. Análise dos efeitos da tens, cinesioterapia e o método Mackenzie para redução da dor em pacientes com lombalgia. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 127-135, 2012.

RIBEIRO, R. S.; MONTEIRO, T. V.; ABDON, A. P. V. Estudo do efeito da utilização simultânea da crioterapia e do TENS nos pacientes portadores de lombalgia. **Terapia Manual**, v. 4, n. 16, p. 82-87, 2006.

SIQUEIRA, S. R. **Tratamento fisioterapêutico em pacientes com lombalgia crônica: estudo de casos**. 2015. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia), Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

ANOMALIAS CONGÊNITAS, MALFORMAÇÕES E ANOMALIAS CROMOSSÔMICAS

Rogério Eduardo Santos Tiozzi Castello Branco¹; Ânela Natane Arruda¹; Laura Fabre¹;
Mayara Larissa Conceição¹; Raissa Martins Campos¹; Anderson Aparecido da Silva¹;
Adriana Terezinha Mattias Franco²

¹Alunos do curso de Bacharelado em Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
lelocastle_67@hotmail.com

²Professora do curso de Bacharelado em Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru –
FIB –
adritmf@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Anomalias congênitas, malformações congênitas, anomalias cromossômicas.

Introdução: Anomalias congênitas, defeitos ao nascimento e malformações congênitas (MFC) são termos utilizados frequentemente para descrever perturbações do desenvolvimento presentes no nascimento. As MFC são anomalias físicas ou mentais, por alterações estruturais, funcionais ou metabólicas, presentes no nascimento, podendo ou não ser simples ou múltiplas e de maior ou menor importância clínica, sendo as principais causas de mortalidade infantil (CASTRO et al., 2006). São responsáveis por um alto índice de mortalidade e também de morbidade que aumentam o risco de complicações clínicas, aumentando o número de internações e gerando intercorrências mais graves (HOROVITZ, LLERENA JR e MATTOS, 2005). Podemos definir a malformação de duas formas, como um defeito morfológico, quando um órgão apresenta uma alteração em sua estrutura morfológica ou uma alteração morfogenética, quando o defeito foi causado por uma anormalidade cromossômica, que pode ser hereditária. Estas malformações ocorrem durante a formação de estruturas, por exemplo durante a organogênese e são resultantes da ausência total ou parcial de uma estrutura ou alterações na configuração normal. Embora a origem das malformações congênitas corresponda sempre a uma insuficiência no desenvolvimento do embrião, a sua causa pode ser variada. Por vezes, a alteração é provocada por um problema genético, independentemente de ser esporádico (devido a uma mutação) ou hereditário, podendo provocar um quadro mais complexo e associado a outras malformações congênitas. Em outros casos, a malformação é originada por um problema sofrido pela mãe ao longo da gravidez, por exemplo uma doença infecciosa, uma intoxicação ou o consumo de determinados medicamentos. De qualquer forma, em muitos casos, não se consegue determinar qualquer fator responsável (MOORE, 2012). Dentre as malformações presentes ao nascimento, as fissuras congênitas de lábio e/ou palato ocupam lugar de destaque, sendo as deformidades crânio-faciais mais comuns, e uma importante categoria dentre os defeitos congênitos que a criança pode apresentar, por afetarem funções e interferirem no desenvolvimento psicológico, fisiológico e na adaptação social (FREITAS e SILVA et al., 2008). Aproximadamente 70% dos casos de fissura lábio palatina (FLP) ocorrem de forma não-sindrômica e os demais 30% referem-se a fissuras sindrômicas, sendo mais de 300 síndromes descritas (incluindo desordens cromossômicas ou mendelianas) apresentam FLP no seu espectro clínico (AQUINO et al., 2011).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas como a Fissura labiopalatina.

Relevância do Estudo: Este trabalho é relevante no sentido de mostrar alguns fatores que podem levar a essa anomalia conhecida e seu entendimento.

Materiais e métodos: Foi realizado um trabalho de revisão de literatura, onde foram consultadas as principais bases de dados eletrônicas, tais como Scielo e Google acadêmico.

Resultados e discussões: A malformação ocorre por um defeito no campo morfogenético ou no desenvolvimento embrionário, que pode se resultar em malformações complexas ou múltiplas, sendo a principal causa da mortalidade infantil (SANTOS e VARGAS, 2005). As MFC mais comuns são resultados do componente multifatorial (20 a 25%) tais como lábio palatal e os defeitos do tubo neural (SCHÜLER-FACCINI et al., 2002). Embora ainda pouco compreendida, as FLP são multifatoriais, resultando de fatores genéticos e ambientais. A dieta materna, suplementação vitamínica, álcool, fumo e uso de drogas anticonvulsivantes estão entre os principais fatores ambientais relacionados ao desenvolvimento das fissuras. Entre os fatores genéticos destacam-se diferentes genes relacionados à formação craniofacial, como TGF- β 3, MSX1, IRF6, FGFs, PVRL1, FOXE1, JAG2 e TBX22. Além dos fatores ambientais e genéticos associados às FLP, verifica-se associação entre consanguinidade e estas anomalias (AQUINO et al., 2011). Quanto à classe social, estudos mostraram que a maioria dos pacientes portadores de fissuras lábio-palatinas pertencem ao nível sócio-econômico baixo (FREITAS e SILVA et al., 2008).

Conclusão: Pode-se concluir que as malformações congênitas podem ser causadas por problemas multifatoriais e muitas vezes são ainda desconhecidos e podem trazer grande impacto na vida social dos indivíduos acometidos por esses males e em suas famílias. Não é possível determinar, mas estudos mostram que o nível sócio-econômico baixo pode ser um dos fatores da malformação congênita, mais especificamente das fissuras lábio-palatinas.

Referências

AQUINO, S. N.; PARANAÍBA, L. M. R.; MARTELLI, D. R. B.; SWERTS, M. S. O.; BARROS, L. M.; BONAN, P. R. F.; MARTELLI JÚNIOR, H. Estudo de pacientes com fissuras lábio-palatinas com pais consanguíneos. **Braz. J. Otorhinolaryngol.** v. 77, n.1, p. 19-23, 2011.

CASTRO, M. L. S.; CUNHA, C. J.; MOREIRA, P. B.; FERNÁNDEZ; R. R.; GARCIAS, G. L.; MARTINO-RÖTH, M. G. Frequência das Malformações Múltiplas em Recém-Nascidos na Cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e Fatores Sócio-Demográficos Associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1009-1015, 2006.

FREITAS e SILVA, D. S.; MAURO, L. D. L.; OLIVEIRA, L. B.; ARDENGHI, T. M.; BÖNECKER, M. Estudo descritivo de fissuras lábio-palatinas relacionadas a fatores individuais, sistêmicos e sociais. **RGO**, v. 56, n. 4, p. 387-391, 2008.

HOROVITZ, D. D. G.; LLERENA JÚNIOR, J. C.; MATTOS, R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1055-1064, 2005.

MOORE, K. **Embriologia Clínica**. 9º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SANTOS, R. S. D.; VARGAS, I. M. Refletindo sobre malformação congênita. **Rev. Bras. Enferm**, v. 58, n. 5, p. 592-596, 2005.

SCHÜLER-FACCINI, L.; LEITE, J. C. L.; SANSEVERINO, M. T. V.; PERES, R. M. Avaliação de teratógenos na população brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 7, n. 1, p. 65-71, 2002.

HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR X ESTATINAS

Beatriz Savian¹, Gabriela Perez Fragoso¹, Micheli Oliveira de Lima¹

Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
beatrizsavian@hotmail.com

Professora de Farmacologia– Faculdades Integradas de Bauru –FIB –
apbattochio@ig.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Hipercolesterolemia familiar, Colesterol, Estatinas.

Introdução: A Hipercolesterolemia Familiar (HF) é resultante de uma predisposição genética que interferem no metabolismo de gorduras. A HF é causada por defeitos no gene APOB, em uma frequência de 1:200 a 1:1250 dependendo das populações e acomete quase metade dos descendentes de primeiro grau de um indivíduo afetado, onde os descendentes podem apresentar níveis elevados de lipoproteína de baixa densidade (LDL) desde o nascimento e ao longo de suas vidas, independentemente do sexo (PEREIRA, 2012). A HF pode estar associada a uma vida sedentária e a uma alimentação pouco saudável, com a ingestão farta e frequente de gordura animal e do tipo trans, presente em margarinas, biscoitos, salgadinhos, fastfood e diversos outros produtos industrializados. No entanto, algumas doenças também causam níveis elevados de colesterol, a exemplo do hipotireoidismo, insuficiência renal e de problemas hepáticos (MOREIRA, 2013). É caracterizada por níveis elevados de colesterol total e das LDL, acima do percentil 95% para o sexo e a idade, com valores de colesterol das lipoproteínas de alta densidade e de triglicédeos dentro da normalidade e uma história familiar de hipercolesterolemia e de doença cardiovascular prematura. O nível elevado de colesterol no plasma frequentemente resulta em depósitos de colesterol nos tecidos extravasculares, que por vezes podem ser facilmente identificados: xantomas, xantelasmas, arco corneano em indivíduos ainda jovens abaixo dos 45 anos (BOURBON, 2006). A principal droga utilizada para esse tipo de tratamento é a estatina (PEREIRA, 2012).

Objetivos: Descrever o mecanismo de ação das estatinas no tratamento da hipercolesterolemia familiar.

Relevância: Promover o conhecimento desta classe medicamentosa para crianças, jovens e principalmente mulheres após entrarem na menopausa, que apresentam índice de colesterol alto, devido a má alimentação, a hipoglicemia e obesidade infantil.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema, hipercolesterolemia e mecanismo de ação das estatinas, nos bancos de dados como GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO e BIREME.

Resultados e Discussão: As estatinas (inibidores da 3-hidroxi 3-metilglutaril Coenzima A) são drogas derivadas de microorganismos que interferem na síntese celular do colesterol e causam a inibição parcial e reversível da enzima HMG Coa redutase (enzima chave na rota da síntese do colesterol endógeno), reduzindo o colesterol por induzir a formação de receptores que captam as LDL do plasma e diminuem a síntese de VLDL no fígado (QUINTÃO, 1994). Os inibidores da HMG Coa redutase reduzem os níveis de lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL) por inibição da sua síntese e promoção de seu catabolismo. As VLDLs são precursores das LDLs e a inibição de sua produção resulta em uma redução adicional dos níveis de LDL. A inibição da formação de VLDLs é secundária a inibição da síntese do colesterol, necessário para a formação da lipoproteína, e pela redução dos níveis de apolipoproteína B, a principal apolipoproteína presente em LDLs10. Atualmente seis estatinas estão no mercado: atorvastatina, fluvastatina, lovastatina, pravastatina, rosuvastatina e simvastatina. Dados dos maiores estudos randomizados

envolvendo estes fármacos mostraram que as estatinas são as mais eficientes em baixar os níveis de colesterol total (18 a 25%) e LDL colesterol (25 a 55%). Além disso, também reduzem moderadamente os níveis de triglicérides (10 a 15%) e aumentam da mesma forma os níveis de HDL - colesterol (5 a 10%). Estes estudos também mostraram que a utilização de estatinas diminui os riscos de eventos cardíacos fatais e não fatais independentemente de outros fatores como a idade, sexo, tabagismo, diabetes ou hipertensão (FIEGENBAUM, 2006). Medicamentos hipocolesterolêmicos reduzem eventos cardíacos em pacientes dislipidêmicos ou mesmo naqueles com níveis moderadamente elevados de colesterol e podem melhorar ou mesmo reverter lesões vasculares. As Estatinas têm se mostrado úteis na restauração da função endotelial e proteção contra complicações da doença aterosclerótica, tanto na prevenção primária, quanto na secundária. Estes mecanismos incluem a redução do crescimento das células do músculo liso, formação de trombo, redução da proteína C Reativa, entre outros. Além disso, as estatinas aumentam a atividade de ON síntase com inibição de substâncias vasoconstritoras, como endotelina 1. Sendo assim, se administrados isoladamente ou em associação com outros agentes, poderiam somar efeito para o controle da hipertensão arterial. Pacientes que receberam estatina em adição a drogas anti-hipertensivas apresentaram uma redução mais pronunciada na pressão arterial, efeito independente da redução do colesterol (GIRARDI, 2006).

Referências

BOURBON, M; RATO, Q. Estudo Português de Hipercolesterolemia Familiar. **Rev. Port. Cardiologia**. [s.v], n.25, p. 1001.2006.

FIEGENBAUM, M; HUTZ, M. H. Farmacogenética de fármacos hipolipemiantes. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 39, n. 4, p. 549, 2006.

GIRARDI, JM. et al. Endotélio vascular e efeitos das Estatinas. **HU revista**, v.32, n.1, p.21-25, 2006.

MOREIRA, E. L. G. **A hipercolesterolemia como um fator de risco para o desenvolvimento de comprometimento cognitivo leve: evidências obtidas em modelos experimentais**. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Neurociências. Florianópolis: 2013.

PEREIRA, AC. *et al.* I Diretriz Brasileira de Hipercolesterolemia Familiar (HF). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.99, n.2, supl.2, São Paulo: Agosto. 2012.

QUINTÃO, E. C. R. Estatinas no tratamento da hipercolesterolemia. **Rev. Associação Médica Brasileira**. v.40, n. 1, p. 50-8. 1994

EFEITOS DO OFURÔ COMO METODO TERAPEUTICO DENTRO DAS UTINs

Natalia Caroline Barbaresco Guedes¹, Midori Godoi Kanazawa¹, José Wili Martins Maranhão¹, Vinícius Eduardo Nardello¹; Carolina Souza Tarcinalli²;

¹Alunos do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – natyguessed1@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB caroltar@msn.com.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Ofurô; Fisioterapia; Recém nascido; UTI.

Introdução: Nas unidades de terapia intensiva neonatal (UTINs), os recém nascidos (RNs) estão sujeitos a um ambiente estressante e a muitas intervenções dolorosas. Nesse contexto, algumas práticas têm sido adotadas para favorecer a assistência humanizada ao bebê e a sua família, com medidas que reduzam o estresse, a dor, a manipulação excessiva e que permitam a interação entre o bebê e sua família. O ofurô tem sido utilizado na UTIN como uma modalidade de fisioterapia aquática capaz de transmitir aos recém nascidos prematuros (RNPTs) uma sensação semelhante àquela do útero materno, fornecendo um momento prazeroso, de relaxamento e aconchego. A finalidade terapêutica dessa técnica consiste em ajudar na redução do estresse, da dor, da perda de peso e do tempo de internação (GONÇALVES et al., 2017). Essa técnica (ofurô) foi adaptada do método desenvolvido, em 1997 na Holanda, por obstetras e enfermeiros para simular os estímulos e as sensações experimentadas no útero materno, a fim de obter relaxamento, segurança, limite corporal e favorecer a organização sensorial (ATAÍDE et al., 2016).

Objetivos: objetivo do presente estudo foi revisar a literatura sobre os efeitos do ofurô como método terapêutico dentro das UTINs.

Relevância do Estudo: O método terapêutico dentro das UTINs proporciona benefícios para os RN, sendo considerado um método de humanização que auxilia na melhora comportamental, fisiológica e interacional dos neonatos.

Materiais e métodos: Foram realizadas pesquisas em artigos científicos nos bancos de dados: SCIELO, BIREME, LILACS e BVS, sobre o tema ofurô em recém nascidos.

Resultados e discussões: O ofurô no âmbito hospitalar tem como objetivo, favorecer o ganho de peso e o desenvolvimento neuropsicomotor e afetivo de RNPTs de baixo peso que se encontram estáveis clinicamente (ATAÍDE et al., 2016). O estudo de Perini et al., (2014) demonstrou que, após poucos minutos de imersão no balde de ofurô, os recém-nascidos apresentaram-se mais calmos, cessando o choro e adormecendo no decorrer do banho. O estudo de Ribeiro et al., (2015) observou que a utilização da água morna como método terapêutico para os recém nascidos, proporcionou aos pacientes melhora na frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação periférica de oxigênio. Para Medeiros e Mascarenhas (2010), a imersão do neonato em água morna juntamente com um padrão flexor, reduz a desorganização neuropsicomotora, promovendo melhor ajuste e redução dos níveis de estresse para os RN, respeitando suas individualidades, para que ele seja capaz de intervir com o ambiente, tolerando as intervenções de modo que estas não interfiram em suas funções fisiológicas e comportamentais. Corroborando com este estudo Cardoso et al., (2007) constataram que o banho realizado por imersão contribui do ponto de vista desenvolvimentista para o bebê, promovendo um balanço comportamental e fisiológico, causando menos perda de calor, não aumentando o índice de infecção, além de proporcionar relaxamento ao neonato.

Conclusão: Levando em consideração que os RNs estão sujeitos a procedimentos invasivos e dolorosos dentro das UTINs, o ofurô se apresenta como uma técnica benéfica

para o tratamento do prematuro, pois auxilia na redução dos níveis de irritação, choro e insegurança, além de melhorar os sinais vitais do paciente (FC, SPo2 e FR) e favorecer o desenvolvimento neuropsicomotor e afetivo, contribuindo assim para um melhor desenvolvimento clínico do prematuro.

Referências

ATAÍDE, V. P.; BARBOSA, J. S. V.; CARVALHO, M. G. S.; NEVES, S. M. S. G.; SANCHEZ, F. F.; GONÇALVES, R. L. Ofurô em recém-nascidos pré-termo de baixo peso: relato de experiência. **ASSOBRAFIR Ciência**. v. 7, n. 2, p. 13-22, 2016.

CARDOSO, M. V. L. M. L.; ROLIM, K. M. C.; FONTENELE, F. C.; GURGEL, E. P. P.; COSTA, L. R. Respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido de risco durante o cuidado da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 98-105, 2007.

GONÇALVES, R. L.; CARVALHO, M. G. S.; SANCHEZ, F. F.; MENEGHINI, M. E. F.; JUNIOR, J. A. M.; PADILHA, V. A.; PEREIRA, S. A. Hidroterapia com ofurô como modalidade de fisioterapia no contexto hospitalar humanizado em neonatologia. **Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva**. v. 1, n.6, p. 59-90, 2017.

PERINI, C.; SEIXAS, M. C.; CATÃO, A. C. S. M.; SILVA, G. D.; ALMEIDA, V. S.; MATOS, P. B. C. Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. v. 6, n. 2, p. 785-792, 2014.

MEDEIROS, J. S. S.; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. v. 21, n. 1, p. 51-60, 2010.

RIBEIRO, L. F.; XAVIER, G. N.; KAIRALA, A. L. R.; OLIVEIRA, M. S. A utilização da terapia aquática como método de redução da dor em uti neonatal (relato de caso). **VIII World Congress on Communication and Arts**. p. 313-315, 2015.

FISIOTERAPIA NO PACIENTE ONCOLÓGICO: REVISÃO DE LITERATURA

Natália Munhoz Alves da Silva¹; Vitória Veronez¹; Otavio Rodrigues¹; Celio Guilherme Lombardi Daibem².

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
nattaliemunhoz@hotmail.com

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
vitoriaputinatti@hotmail.com

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – tavinhutti@gmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
celiodaibem@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: oncologia, fisioterapia, terapêutica

Introdução: O Instituto Nacional de Câncer (INCA) considera o câncer como uma doença crônica, devido sua evolução relativamente lenta, sendo hoje a doença mais curável se detectada precocemente (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009). As estratégias não farmacológicas, como a fisioterapia no alívio da dor em Cuidados Paliativos, buscam melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer ou outras doenças avançadas, auxiliando na reabilitação e no manejo dos sintomas. A fisioterapia também atua na prevenção de complicações dos sistemas osteomioarticular e respiratório, além dos efeitos deletérios provocados por desuso, que causem danos físicos e funcionais ao indivíduo. Orientações domiciliares, diagnóstico e intervenção precoce são condutas adotadas na prática clínica, além de favorecer o alívio da dor e reduzir tanto custos pessoais quanto hospitalares (FLORENTINO et al., 2012).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi demonstrar a importância da atuação fisioterapêutica no tratamento de pacientes oncológicos.

Relevância do Estudo: A atuação fisioterapêutica em centros oncológicos, apesar de amplamente realizada, trata-se ainda de um tema pouco explorado na literatura científica. Além disso, o estudo demonstra a relevância da abordagem coadjuvante ao tratamento convencional do paciente oncológico por meio de métodos não farmacológicos, como a fisioterapia, dando suporte não apenas às complicações cinético-funcionais inerentes à patologia porém também àquelas que ocorrem como efeito colateral do próprio tratamento.

Materiais e métodos: Trata-se de revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet, utilizando os sites de busca Scielo, Bireme e Pubmed. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados até julho de 2015.

Resultados e discussões: Em todos os artigos revisados foi constatado que um papel importante do fisioterapeuta com o paciente oncológico é o alívio da dor. A dor oncológica pode se manifestar de várias maneiras e é um fator limitante para a qualidade de vida do paciente (MOZZINI, SCHUSTER; MOZZINI, 2006). Chamam a atenção também para a relação entre o fisioterapeuta e o paciente oncológico terminal, pois devido aos laços criados entre ambos, é de fundamental importância o preparo psicológico adequado que esse profissional deve ter para atender esse tipo de paciente, pois além dos procedimentos técnicos, a relação terapeuta x paciente necessita transmitir segurança ao doente para que este se sinta acolhido nessa fase devastadora da doença. Em um estudo feito por Marcucci (2005) foi visto que é necessário promover um sistema de suporte que ajude o paciente viver mais ativamente possível e sinta-se satisfeito em suas atividades. Manter um caráter super protetor ao atendimento, impedindo a atividade funcional do paciente ou prolongando a hospitalização, pode ser um fator desencadeante para complicações psicofísicas e sociais.

A simples ideia de "fazer" em vez de "ser atendido" dá ao paciente a oportunidade de ser produtivo e facilita os cuidados dos profissionais envolvidos. A reabilitação é parte integrante dos Cuidados Paliativos porque muitos pacientes terminais são restringidos desnecessariamente até mesmo pelos familiares, quando na verdade são capazes de realizar atividades e ter independência. A fisioterapia contribui efetivamente na retomada de atividades da vida diária destes pacientes, direcionando-os a novos objetivos, por meio de um arsenal abrangente de técnicas que complementam os Cuidados Paliativos, na melhora da sintomatologia e da qualidade de vida. As principais indicações para a terapia da dor são a eletroterapia por meio da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) que, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer, 70% dos pacientes com dor crônica respondem a essa terapia). Métodos de terapia manual, utilizados para complementar o alívio da dor e também reduzindo a tensão muscular, melhorando a circulação tecidual e diminuindo a ansiedade do paciente, além das técnicas de alongamentos que também contribuem para diminuir a tensão muscular. Além disso, a crioterapia tem um histórico expressivo como tratamento da dor e desconforto musculoesquelético, com eficácia comprovada, baixo custo e fácil aplicação. No entanto, deixou de ser utilizada com rigor e seu uso ficou reduzido a torções e contusões. O Fisioterapeuta ainda pode usar técnicas de relaxamento, associado ao trabalho do psicólogo, psiquiatra e o educador físico. (MARCUCCI, 2005)

Conclusão: O fisioterapeuta compõem a equipe multidisciplinar e é fundamental para a reabilitação funcional do paciente, não atuando apenas na região lesada pelo câncer, mas em sua reabilitação de uma forma geral, haja visto que o tratamento quimioterápico gera diversos efeitos colaterais que debilitam o paciente oncológico de uma maneira geral. Com isso a intervenção fisioterapêutica por meio de condutas e recursos específicos, contribui na manutenção da qualidade de vida do paciente oncológico, reduzindo a dor, proporcionando reabilitação ao aparelho locomotor e respiratório e indiretamente na melhora psicossocial desse paciente.

Referências

FLORENTINO, M. D.; SOUZA, A. R. F.; MAIWORN, I. A.; CARVALHO, A. C. A.; SILVA, M. K. A fisioterapia no alívio da dor: uma visão reabilitadora em cuidados paliativos. **Rev do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ**, v. 11, n. 2, p. 50-57, 2012.

LEITES, T. G.; KNORST, R. M. ; LIMA, H. C.; ZERWES, L. F; FRISON, B. V. Fisioterapia em oncologia mamária: qualidade de vida e evolução clínico funcional. **Revista Ciência & Saúde**, v. 3, n. 1, p. 14-21, 2010.

MARCUCCI, I. C. F. Physiotherapy on palliative care with cancer patients. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 1, p. 67-77, 2005.

MOZZINI, R. A.; SCHUSTER, C. R.; MOZZINI, B. C. O esvaziamento cervical e o papel da fisioterapia na sua reabilitação. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 1, p. 55-61, 2007.

MUNIZ, M. R.; ZAGO, F. M. M.; SCHWARTZ, E. The Webs Of Oncological Survival: living Again. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, v. 18, n. 1, p. 25-32, 2009.

Tratamentos fisioterapêuticos para disfunções da articulação temporomandibular

Edilaine Henrique Vilela¹, Adriano Paixao¹, Caroline Porta¹, Luana Eduarda Castor¹, Octavio Henrique¹, Elaine Camargo².

¹Alunos de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB –
edilainevilela91@gmail.com

²Professora de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB -
elaineccostaesilva@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Articulação temporomandibular, disfunções, frouxidão ligamentar, dor, postura.

Introdução: A articulação temporomandibular se faz entre a fossa mandibular e o tubérculo articular do osso temporal, superiormente, e a cabeça da mandíbula, inferiormente. As alterações que interferem em um bom funcionamento da ATM da musculatura mastigatória associada, e outras estruturas, são denominadas disfunção temporomandibular (OLIVEIRA et al., 2015). Os sinais e sintomas clássicos dessas disfunções compreendem dor de ouvido, dor facial, cefaleia, zumbidos, travamentos, dores musculares e articulares, limitações e desvios da trajetória mandibular, ruídos articulares durante a abertura e o fechamento bucal, dores de cabeça, nuca e pescoço (TORRES et al., 2012). Com mais frequência em mulheres, sendo sugerida como uma frouxidão ligamentar decorrente de alterações hormonais e estresse. Essa desordem prevalece entre os 20 e 45 anos, sendo que, até os 40 anos, a causa é de origem traumática, e após os 40, a origem é de causas degenerativas. A postura ideal tem que existir equilíbrio entre as estruturas de suporte, envolvendo uma mínima quantidade de esforço e sobrecarga combinada com uma máxima eficiência corporal. Uma alteração de um segmento do corpo causara uma nova organização, assumindo assim uma postura compensatória (OLIVEIRA et al., 2015).

Objetivos: O objetivo do trabalho foi investigar por meio de revisão literária, as principais causas que geram alguma disfunção de ATM e os principais sintomas, e as condutas fisioterapêuticas mais utilizadas.

Relevância do Estudo: Visto que a incidência do DTM é crescente, estudos sobre o tema são importantes a fim de reestruturar ações preventivas e educativas amenizando os gastos gerados com seu tratamento, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos escolhendo as melhores técnicas.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura baseada na contextualização do tema “Tratamentos fisioterapêuticos para disfunções da articulação temporomandibular” por meio de buscas nos bancos de dados Scielo e Bireme.

Resultados e discussões A terapia manual geralmente é usada para a melhora da dor e restauração da mobilidade articular. Tratamento utilizando massoterapia com manobras clássicas nas regiões de rosto e pescoço, realizando 15 sessões com 30 minutos de duração durante 3 semanas foi indicada como recurso para abordar o paciente a fim de obter melhora da dor (BATISTA et al., 2010), e também se mostrou eficiente em distúrbios neuromusculares e articulares (MARIANO et al., 2016). A intervenção através de exercícios prioriza a musculatura mastigatória e da região cervical para melhora da força e a mobilidade da região. Exercício isocinéticos mostrou-se útil para reverter os estalidos frequentes na DTM através de uma série controlada. A laserterapia de baixa intensidade é indicada pelos seus efeitos bioestimulantes, mas mecanismo exato para melhora da dor não é bem compreendido (BATISTA et al., 2010). O TENS de baixa frequência e laser foram efetivos na diminuição da dor, na Frequência de 10 HZ modulada em 50 por cento, com variação de 10 a 5 Hz e largura de pulso de 200 microssegundos (RODRIGUES et al., 2008). O ultrassom no alívio da dor em pacientes com DTM, sendo que 61,53% destes

possuíam DTM severa e 38,46% DTM moderada, após o tratamento, 15,38% possuíam DTM severa, 34,61% DTM moderada, 46,15% DTM leve e 3,84% foram classificados como não portadores de DTM, mostrando que o tratamento com ultrassom pulsado produz melhora significativa das queixas (TORRES et al.,2012).

Conclusão: Através da análise dos artigos conclui-se que existe um grande avanço nas técnicas incluindo diferentes equipamentos e diversos tratamentos de temporomandibular, promovendo alívio nos sintomas e restabelecendo a função da articulação ATM, no qual a desordem pode levar ao desconforto diário e a dor. É importante ressaltar que uma boa anamnese ajuda a selecionar cada caso para a técnica mais adequada e com a realização do tratamento correto o paciente obtém melhora significativa, durante suas atividades de vida diária promovendo maior qualidade de vida. Além disso, a fisioterapia se mostra muito eficaz em pacientes com DTM relacionada com alterações posturais evitando a cirurgia. Algumas técnicas e recursos carecem de maiores estudos para comprovar sua eficácia no tratamento da DTM. O trabalho em conjunto da equipe multidisciplinar (dentista, medico, fonoaudiólogo, psicólogo e fisioterapeuta) é de total importância para o sucesso do tratamento.

Referencias

BATISTA, K.O; OLIVEIRA, C.P; GALACE, D.F. A abordagem fisioterapêutica na disfunção da articulação temporomandibular. Revisão da literatura. **Med Reabil** , v. 29, n.3, p.61-64, 2010.

MARIANO, F.N; VILELAR.G.S; LOPES,M.G.O; Evolução das técnicas utilizadas para o tratamento das DTMs – Uma revisão de literatura .**Universidade do Vale do Paraíba**, 2016.

OLIVEIRA, M.V; CASTELLO, B.M.F.L; RODRIGUES, J.N.M. Avaliação de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical. **RevOdontoUnesp**, v.44, n.3, p.125-130,2015.

RODRIGUES, B.D; ALMEIDA, A.F.N; BERNI, K.C.S. Utilização de diferentes estimulações elétricas para o tratamento da dor em mulheres com disfunções temporomandibular.**Rev Bras Fisioter**, v.12, n. 6, p.476-481, 2008.

TORRES, F; GUTERRES, L.C; FETTER, F.H. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. **FisioterMov**, v. 25, n. 1, p. 117-125, 2012.

O USO DE CORRENTES DIADINÂMICAS NA FISIOTERAPIA: REVISÃO DE LITERATURA

Luana Eduarda Castor¹, Adriano Paixão¹, Edilaine Henrique Vilela¹, Reinaldo M Marques²

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
luanaeduarda.castor@gmail.com

²Professor de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Correntes Diadinâmicas, tratamento Correntes Diadinâmicas, Diadinâmicas de Bernard, dor.

Introdução: As Correntes Diadinâmicas desenvolvidas na França pelo Pierre Bernard no início de 1950. Elas são alternadas, com ondas completas ou em semi ondas, com frequência de 50 e 100Hz (RATAJCZAK et al., 2011). Este tipo de corrente com sentido unidirecional, os elétrons dirigem-se do pólo negativo para o positivo a partir do circuito gerador, assim fica polarizada, tendo o fluxo convencional da corrente o sentido contrário. O efeito tem como consequência dos fenômenos alternados de polarização e despolarização tecidual, proporcionando a analgesia, efeito antiinflamatório, bacteriostático, redução de edema, eletroestimulação muscular, facilitando o processo de cicatrização tecidual (ROSSONI et al., 2009). Tem grande efeito analgésico em lesões de tecidos moles e em distúrbios sistêmicos. Classificadas em cinco tipos e cada uma tem efeitos fisiológicos e terapêuticos diferentes, dependendo do objetivo da terapia (BERTOLINI; BRENDA, 2002). Corrente difásica fixa tem efeito analgésico rápido e temporário, por causa do mascaramento do sistema nervoso central, apresenta efeito espasmo lítico. A monofásica fixa tem indicação para eletroestimulação muscular e tem uma melhora circulatória local. A de curtos períodos tem efeito circulatório mais intenso. A de longos períodos tem efeito analgésico persistente. O ritmo sincopado tem finalidade à realização de contrações musculares (CAMARGO et al., 2012).

Objetivos: Descrever o funcionamento e indicação das Correntes Diadinâmicas de acordo com os assuntos apresentados osteoartrite de joelho, redução de medidas abdominais, redução de edemas, dor crônica na lombar.

Relevância do Estudo: Demonstrar o manuseio e indicação das Correntes Diadinâmicas para pacientes que deseja usar a corrente e para profissionais da área da saúde.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado no tema corrente diadinâmica nos bancos de dados como Scielo, Bireme e PubMed.

Resultados e discussões: Correntes Diadinâmicas podem até duplicar o índice de reabsorção tecidual devido a sua capacidade de causar hiperemia (CARVALHO et al., 2005). No tratamento de osteoartrite de joelho com as Diadinâmicas foram os seguintes parâmetros: aplicação da corrente difásica e logo em seguida a longo período. Cada corrente foi aplicada por 4 minutos no lado medial e lateral do joelho. Em todas as sessões foi realizada a aplicação da Diadinâmicas e logo em seguida foram realizados exercícios com a duração de 1h. Realizando o tratamento três vezes por semana com duração de dois meses (PEREIRA et al., 2015). Às Correntes Diadinâmicas, sabe-se que a difásica fixa usada primeiramente para diminuir a impedância da pele. A de curto prazo e a de longo prazo tem efeito vascular. Apesar dos efeitos iônicos causados pela aplicação dessas correntes, não ter influência na redução de medidas abdominais; esse resultado pode estar relacionado com a profundidade de aplicação, o qual não consegue atingir o tecido adiposo por se tratar de correntes de baixa frequência (ROSSONI et al., 2009). As correntes mais utilizadas que tem a finalidade de remoção ou acúmulo de líquido são as Diadinâmicas,

principalmente o tipo monofásica fixa e curto período alterna. Em casos agudos, o pólo positivo é colocado no local da lesão e o pólo negativo onde se deseja a remoção de líquido, pelo efeito endosmose. A inversão da colocação dos eletrodos também pode ser utilizada em situações crônicas, quando a intenção é atrair líquido para o local da lesão (BERTOLINI; BREDA, 2002). Estudo usou as Correntes Diadinâmicas difásicas fixa e longo prazo com e sem iontoforese de hidrocortisona 1% no tratamento de pacientes com dor lombar crônica. Cada corrente foi aplicada por 5 minutos e ambos os grupos apresentaram melhora estatisticamente significativa da dor após sete sessões consecutivas (CARVALHO et al., 2005).

Conclusão: O uso dessas Correntes Diadinâmicas em osteoartrite de joelho é eficaz se junto utilizar exercícios, diminuindo a dor, mobilidade articular. Já nas medidas abdominais ela não tem efeito por não alcançar o tecido adiposo. Na remoção de líquido ela já tem um bom efeito. E na dor lombar crônica ela já teve uma melhora.

Referências

BERTOLINI, G. R. F.; BRENDA, D. Uso das correntes diadinâmicas de Bernard (DF e CP) no tratamento de hiperidrose - Avaliação de 10 casos. **Fisioterapia Brasil**, v.3, n.4, p.231-236, 2002.

CAMARGO, B. F. S; MENDONÇA, M. S; ELOIN, R. L. Efeito hipoalgésico das correntes diadinâmicas de Bernard em indivíduos saudáveis. **Rev. dor**, Dez, v.13, n.4, p.337-331, 2012.

CARVALHO, A. R. et al. Correntes diadinâmicas de Bernard e iontoforese no tratamento da dor lombar. **Fisioter Mov.**, v.18, n.4, p. 11-19, 2005.

PEREIRA, P. A; OLIVEIRA, E. A. M. S. Eficácia das Correntes Diadinâmicas associadas a exercícios de pacientes com osteoartrite de joelho. **Universidade Paulista**, São Paulo 2015.

RATAJCZAK, B; HAWRYLAK, A; DEMIDAS, A; LEWANDOWSKA, J; BOERNER, E. Effectiveness of diadynamic currents and transcutaneous electrical nerve stimulation in disc disease lumbar part of spine. **Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation**, v. 24, n. 3, p. 155-159, 2011.

ROSSONI, M. A; NAKAYAMA, G. K; BERTOLINI, G. R. F. Correntes diadinâmicas de Bernard com e sem iontoforese na DTM: ensaio clínico randomizado. **Arq Ciênc Saúde Unipar**, v.13, n.1, p. 03-08, 2009.

PARALISIA CEREBRAL: necessidades e cuidados com quem cuida

Dandara Regina Marin Neves¹; Andréia Barbosa de Lima²;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – dandara.fisio@gmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
deialimapsico@yahoo.com.br.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: crianças e adolescentes; qualidade de vida; paralisia cerebral; mães e estresse.

Introdução: De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), a faixa etária que se refere à criança é até doze anos incompletos, e a adolescência entre doze e dezoito anos. Essas fases são marcadas por características específicas no curso de seu desenvolvimento, quais sejam: emocionais, físicas, sociais, culturais, entre outras. O nascimento do primeiro filho de um casal está associado a uma série de mudanças no relacionamento e na unidade familiar, caracterizada pela transição nas identidades individuais de marido e mulher para pai e mãe. Frequentemente as características físicas e intelectuais das crianças são planejadas pelos pais desde o início da gravidez. Nesse período os pais almejam filhos saudáveis, inteligentes e colocam no bebê suas expectativas e idealizações (CARVALHO et al., 2010). Desta forma, o nascimento de uma criança com deficiência acarreta frustrações, ambivalência e alterações no funcionamento familiar. A paralisia cerebral (PC) ou encefalopatia crônica não progressiva da infância é decorrente de uma lesão estática no encéfalo durante o período de desenvolvimento que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorrem no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil até o segundo ano de vida pós-natal (CARVALHO et al., 2010). As desordens motoras da PC podem frequentemente estar acompanhadas por distúrbios sensoriais, cognição, comunicação, percepção, comportamental, desordens epiléticas, dentre outros danos (GRAÇÃO; SANTOS, 2008). Nesse sentido, as rotinas de cuidados, associada aos tratamentos, pode provocar sobrecargas emocionais e a presença de sintomas nas mães como, por exemplo, ansiedade, depressão ou outros agravos para a saúde física (FREITAS; ROCHA; HAASE, 2014). A fragilidade dos pais das crianças com PC, à sobrecarga resultante do processo de cuidar de seus filhos varia de acordo com sua habilidade em lidar com os fatores estressantes e com diferentes níveis de tolerância aos eventos vitais. O desgaste físico e psicológico tem sido associado a prejuízos na qualidade de vida materna (MIURA; PETEAN, 2012). A Qualidade de vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, contexto e valores culturais nos quais vive, e a relação com suas metas, objetivos e expectativas. É um amplo conceito que incorpora a saúde física da pessoa, status psicológico, nível de independência, relacionamento, inserção social e sua relação com as características do ambiente (ROCHA; AFONSO; MORAIS, 2008).

Objetivos: Realizar uma revisão bibliográfica sobre a qualidade de vida de mães e cuidadores de crianças com paralisia cerebral.

Relevância do Estudo: A qualidade de vida (QV) esta relacionada a condições que envolvem o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, bem como outras situações que afetam a vida humana. Nesse sentido, a mães e cuidadoras de crianças com paralisia cerebral estão expostas a situações que repercutem e influenciam na QV, vivenciam uma rotina de cuidados, ansiedades, medos, inseguranças, entre outros sentimentos. Desta forma, o tema é significativo para subsidiar práticas dos profissionais da saúde em relação aos cuidados e atenção com as mães e cuidadores de crianças com PC.

Materiais e métodos: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se as bases de dados Pepsic, Scielo, Bireme, em artigos publicados em revistas científicas a partir de 2008 a 2016.

Resultados e discussões: Diante da complexidade da definição de QV, alguns estudos têm sido realizados com mães de crianças com PC, sendo que o de Carvalho et al. (2010) verificou a indisposição para a realização de atividades físicas, para o relacionamento social, má percepção da saúde, predisposição ao estresse, falta de conhecimento a respeito da doença do filho, diminuição do humor e problemas no convívio social, familiar e profissional das mães, apontando que a relação entre a idade dos filhos e a percepção materna sobre todos os domínios é positiva pelas mães de crianças, e negativas para mães de filhos adolescentes. Ribeiro et al. (2014) em pesquisa com mães de crianças e adolescentes com PC de leve a grave apontaram um alto índice nos níveis de estresse entre mães com crianças com comprometimento motor, e as mães de crianças maiores evidenciaram mais estresse, sendo que fatores como o trabalho remunerado e o lazer diminuiram o estresse dessas mães.

Conclusão: Em relação com estudos feitos por Carvalho et al. (2010) e Ribeiro et al. (2014) o estresse e a forma de enfrentar os cuidados com a criança e o adolescente com PC mudam em função da situação vivida pelas mulheres. De modo geral, a saúde emocional das mães fica prejudicada quando existem maiores exigências e falta de apoio. Há necessidade de oferecer às famílias suporte, informações, orientações e encaminhamento para intervenções específicas, com objetivo de auxiliar as mães e outros cuidadores a lidarem com diferentes desafios.

Referências

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

CARVALHO, J. T. M.; RODRIGUES, N. M.; SILVA, L. V. C.; OLIVEIRA, D. A. Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Rev. Fisioter. Mov.** v. 23, n. 3, p. 389-397, 2010.

FREITAS, P. M.; ROCHA, C. M.; HAASE, V. G. Análise dos preditores do estado psicológico das mães de crianças com paralisia cerebral. **Rev. Estudos e Pesquisas em Psicologia.** v. 14, n. 2, p. 453-473, 2014.

GRAÇÃO, D. C.; SANTOS, M. G. M. A percepção materna sobre a paralisia cerebral no cenário da orientação familiar. **Rev. Fisioter. Mov.** v. 21, n. 2, p. 107-113, 2008.

MIURA, R. T.; PETEAN, E. B. L. Paralisia cerebral grave: o impacto na qualidade de vida de mães cuidadoras. **Rev. Advances in Health Psychology.** v. 20, n. 2, p. 7-12, 2012.

RIBEIRO, M. F. M.; SOUSA, A. L. L.; VANDENBERGHE, L.; PORTO, C. C. Estresse parental em mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Rev. Latino-AM Enfermagem.** v. 22, n. 15, p. 440-447, 2014.

ROCHA, A. P.; AFONSO, D. R. V.; MORAIS, R. L. S. Relação entre desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral e qualidade de vida relacionada à saúde de seus cuidadores. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa.** v. 15, n. 3, p. 292-297, 2008.

A ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA E EFICÁCIA DO LASER DE BAIXA POTÊNCIA NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO

Inghrid Gabrielle Ramos¹; Daiane Aparecida Vicente¹; Rosiane Alves de Souza Moraes¹; Laís Maximiano¹; Carla Orne Fontes¹; Reinaldo M Marques².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
inghrid_gramos@yahoo.com.br

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Laser, cicatrização de feridas.

Introdução: A cicatrização de feridas consiste em perfeita e coordenada cascata de eventos celulares, moleculares e bioquímicos que se interagem, para que ocorra a reconstituição tecidual. O mecanismo da cicatrização é constituído em três fases: fase inflamatória, fase de proliferação ou granulação e fase de remodelação ou de maturação (CAMPOS; BORGES-BRANCO; GROTH 2007).

Entre os vários recursos utilizados, o laser de baixa potência vem ganhando destaque nas últimas décadas. Essa fototerapia que envolve a aplicação de luz monocromática e coerente de baixa energia em vários tipos de lesões obtém grande sucesso quando usada para induzir a cicatrização de difíceis feridas (ANDRADE; LIMA; ALBURQUERQUE, 2010). O laser é um tipo de luz com características particulares, constituído por um feixe de luz branca comum, como o produzido por uma lâmpada incandescente, composto por ondas de diferentes comprimentos propagando-se de forma caótica em diversas direções. Essas propriedades permitem ao mesmo fornecer grande quantidade de energia concentrada em pequenos pontos e com alta precisão (BORGGO, 2010).

Objetivos: O objetivo do presente trabalho foi verificar a eficácia do laserterapia na reparação tecidual, estimular o processo de cicatrização do joelho esquerdo com o contexto de aumentar a propriocepção e diminuir o quadro algíco de dor.

Relevância do Estudo:

Materiais e métodos: Para o presente estudo realizou-se uma revisão de literatura publicada, que aborda o tema. O trabalho foi realizado na Biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru-FIB/Bauru/SP. Os estudos foram selecionados, utilizando como estratégia de busca e fonte de informação nos bancos de dados computadorizados como Bireme, Lilacs, Revista Brasileira de Ortopedia e Scielo. A coleta de dados foi realizada na clínica da instituição (FIB).

Resultados e discussões: A lesão tecidual é um estímulo inicial para o processo de cicatrização, com liberação de vários mediadores vasoativos e quimiotáticos após o agravo do tecido, nos quais conduzem o processo cicatricial mediante atração de células inflamatórias para a região da ferida (CAMPOS, BORGES-BRANCO E GROTH 2007). No âmbito do seu tratamento, a fisioterapia tem contribuído para restauração das lesões teciduais, musculotendíneas e osteoarticulares recorrendo recursos eletrotermofototerapêuticos (SOUZA; SILVA, 2016).

De acordo com a *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, a laserterapia é apresentada como uma das principais formas de tratamento complementares para a reparação tecidual (PAGALI et al., 2015). Na qual vem sendo empregada mundialmente para o tratamento de diversas afecções, sendo estudada desde 1960, por meio de pesquisas realizadas para investigar a ação terapêutica do laser de baixa potência. Onde suas propriedades permitem que a luz penetre na superfície da pele, e a energia gerada seja transferida diretamente a célula-alvo, sem causar dano ao tecido (SOUZA; SILVA, 2016). Dessa forma a paciente T.A.R.; 20 anos, procurou a clínica de reabilitação em ortopedia da

Faculdades Integradas de Bauru- FIB em abril de 2017. Relatando que sofreu um acidente automobilístico (moto) em setembro de 2016, precisou realizar cirurgia do joelho esquerdo, porém a cicatrização não obteve bons resultados se tornando assim a principal queixa, interferindo de forma negativa nas suas atividades diárias, a mesma apresentava amplitude total de movimento do joelho esquerdo e não referia dor.

Durante o tratamento, foi utilizado Laser Pontual de Baixa Potência Tipo: 904nm, com os seguintes parâmetros: 50mw 2j/cm² Pontual: 12 segundos. Ultrassom no modo Contínuo com 1.0 Hz sendo 9 minutos ao redor da cicatriz do joelho esquerdo, mobilização patelar, siriáx e estímulo proprioceptivo na região do joelho esquerdo utilizando palitos de diversas texturas.

Conclusão: Conclui-se, portanto que o laser de baixa potência é bastante eficaz no processo de cicatrização, a paciente seguiu todas as orientações passadas pela fisioterapeuta em relação à higiene da ferida e compareceu em todos os atendimentos somando assim para os resultados positivos do tratamento. A paciente se mostrou bastante satisfeita com o resultado do tratamento fisioterapêutico.

Referências

ANDRADE, G.; A. LIMA, F.; C. ALBURQUERQUE, B.; K.; A. Efeitos do laser terapêutico no processo de cicatrização das queimaduras: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Queimaduras**, v. 9, n. 1, p. 21-30, 2010.

BORGIO, M. Avaliação do processo de reparo de incisões realizadas em tecido cutâneo de ratos e submetidas a laser terapêutico, 2010. 185f. (Mestrado) Faculdade de Odontologia /USP/Bauru, São Paulo.

CAMPOS, L.; C.; A. BORGES-BRANCO, A. GROTH, K.; A. Cicatrização de feridas. **Arq Bras Cir Dig.**, v.20 n.1 p.51-8. 2007.

PAGALI, S. SEVERO, M.; I. MENEGON, B.; D. LUCENA, F.; A. Laserterapia em úlcera por pressão: avaliação pelas Pressure Ulcer Scale for Healing e Nursing Outcomes Classification. **Rev Esc Enferm USP**, v.49 n.5 p.826-833, 2015.

SOUZA, M. V.; SILVA, M. O. Laserterapia em afecções locomotoras: revisão sistemática de estudos experimentais. **Rev Bras Med Esporte**. v. 22 n. 1, p.77-82, 2016.

FACCI, L. M. **Comparação dos efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea com os da corrente interferencial em pacientes com lombalgia crônica não específica: Ensaio Clínico Randomizado**. 2007. 139 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

A INTERRUPÇÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO E O IMPACTO PARA O DESMAME DA VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

Natalia Caroline Barbaresco Guedes¹; José Wili Martins Maranhão²; Midori Godoi Kanazawa³;
Isabela
Suenaga Moço⁴; Rodrigo de Alcântara Corral⁵; Celio Guilherme Lombardi Daibem⁶

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB natyguessed1@hotmail.com

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB josewili_fisio@hotmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
midorikanazawa@hotmail.com

⁴Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB isa_belas@hotmail.com

⁵Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
rodrigoalcantara.1993@hotmail.com

⁶Professor do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB
celiodaibem@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Sedação, Desmame, Cuidados Críticos

Introdução: A sedação é um procedimento realizado mediante a utilização de medicamentos que promovem conforto ao paciente para realização de procedimentos, obter maior sincronia paciente-ventilador, evitar o aumento no consumo de oxigênio pelo miocárdio e proporcionar descanso para a musculatura respiratória. Em UTI, geralmente utiliza-se sedação profunda, levando à depressão da consciência e o paciente dificilmente será acordado (BASTO et al., 2014). Entretanto, a sedação prolongada é deletéria ao paciente promovendo problemas à memória e maior mortalidade a curto e longo prazo. Neste sentido, a interrupção diária da infusão de sedativos tem como objetivo minimizar os efeitos deletérios induzidos pela sedação excessiva (JUNIOR e PARK, 2016). Desmame da ventilação mecânica é o termo que se refere ao processo de transição da ventilação artificial para a espontânea em pacientes que permanecem em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas. Estudos apontam que a interrupção diária da sedação parece auxiliar o processo de desmame da ventilação mecânica invasiva (GOLDWASSER et al., 2007).

Objetivos: Realizar uma revisão de literatura sobre a utilização da interrupção diária da sedação e os benefícios para o desmame da ventilação mecânica invasiva.

Relevância do Estudo: Demonstrar a importância da interrupção diária da sedação no desmame da ventilação invasiva bem como proporcionar aos fisioterapeutas que atuam na área de terapia intensiva, subsídios na literatura pertinente para fundamentar a atuação prática.

Materiais e métodos: Foram realizadas pesquisas de artigos científicos nos bancos de dados SCIELO, BIREME e LILACS, além de livros do acervo da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru (FIB).

Resultados e discussões: Teixeira, Gomes e Coelho (2013) em estudo que comparou o teste de respiração espontânea associada a interrupção diária da sedação concluíram que a interrupção diária na infusão de sedativos até os pacientes despertarem reduz o tempo de ventilação mecânica, observando também que o grupo experimental apresentou redução tanto no tempo da ventilação mecânica quanto de internação na UTI. Kress et al., (2000) mostraram que a interrupção diária da sedação até os pacientes acordarem reduz o tempo de ventilação mecânica e ainda apontaram, como desvantagens com a continuidade de sedativos, que fica prejudicada a avaliação de sinais clínicos e o status neurológico do paciente. Portanto, os clínicos podem ser obrigados a solicitar estudos de diagnóstico para

excluir nova lesão neurológica quando os pacientes não acordam rapidamente após a infusão sedativa ser descontinuada. Michael et al., (2014) relataram que em alguns estudos em que foram realizados a interrupção diária da sedação foi associada à redução da administração do sedativo benzodiazepina e o resultado foi a redução da duração da ventilação mecânica, menor tempo de permanência na UTI e aumento significativo da sobrevivida. No entanto, ainda existe a interpretação em que o resultado benéfico é somente quando existe a redução total da dose de sedativo administrado. Kress, Jesse e Hall (2014) demonstraram que a interrupção diária do uso sedativo durante a ventilação mecânica aumenta a porcentagem de dias acordado e auxilia para o desmame ventilatório do paciente, reduzindo custos hospitalares.

Conclusão: Com base nos estudos aqui elucidados, conclui-se que a interrupção diária da sedação é benéfica e auxilia no desmame ventilatório, diminui o tempo de permanência em ventilação mecânica e os dias de internação em UTI, previne complicações neurológicas e reduz custos hospitalares.

Referências

BASTO, P. A. S.; SOARES, Y. O.; DE OLIVEIRA, H. S.; GONÇALVES, W. S.; BALESTRA, L. F.; GARDENGHI, G. Repercussões da sedação em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 5, n. 2, p. 59-72, 2014.

GOLDWASSER, R.; FARIAS, A. ; FREITAS, E. E.; SADDY, F.; AMADO, V.; OKAMOTO, V. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica: desmame e interrupção da ventilação. **J Bras Pneumol**, v. 33, n. 2, p. 128-36, 2007

KRESS, J. P.; POHLMAN, A. S.; O'CONNOR, M. F.; HALL, J. B. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. **N Engl J Med**, v. 342, n. 20, p. 1471-77, 2000.

KRESS, J. P.; JESSE, B.; HALL, J. B. ICU-Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. **N Engl J Med**, v. 370, n. 17, p. 1626-35, 2014.

NASSAR JUNIOR, A. P.; PARK, M.; Protocolos de sedação versus interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 28, n. 4, p. 444-51, 2016.

READE, M. C. & FINFER, S. Sedation and Delirium in the Intensive Care Unit. **N Engl J Med**, v. 370, n. 5, p. 444-54, 2014.

TEIXEIRA, R. C.; GOMES, A. C.; COELHO, C. Fatores que influenciam no sucesso do desmame da ventilação mecânica a partir da suspensão da sedação. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 4, n. 2, p. 19-25, 2013.

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA PREVENTIVA PARA PACIENTES COM DORT'S

Adriano Paixão¹, Edilaine Henrique Vilela¹, Luana Castor¹, Ana Júlia Ap. Alves¹, Rubens Melo²

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
adrianoxsp@yahoo.com.br

²Professora de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
acupuntura.bauru@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: DORT, prevenção, ergonomia, tratamento de DORT.

Introdução: As lesões por esforços repetitivos (LER) ou distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são um conjunto de doenças que afetam músculos, tendões, nervos e vasos dos membros superiores e inferiores que têm relação com as exigências das tarefas, ambientes físicos e com a organização do trabalho (CHIAVEGATO FILHO; PEREIRA JR., 2004) O tratamento desses trabalhadores não deve considerar apenas aspectos clínicos e incluir uma preparação para o retorno ao trabalho, algumas orientações para melhorar a forma de realizar as atividades laborais e a própria modificação do trabalho. Apesar dos programas de tratamentos e reabilitação de pacientes com LER/DORT indicarem uma abordagem multidisciplinar, a fisioterapia é muitas vezes o primeiro e único procedimento terapêutico e pode ser uma etapa de longa duração no tratamento desses trabalhadores (MENDES; LANCMAN, 2010). As queixas mais comuns em trabalhadores com DORT são dores localizadas, irradiadas ou generalizadas, muitos relatam formigamento, dormência, choque, falta de força nas mãos. É importante caracterizar as queixas de acordo com tempo de duração localização, intensidade e fatores que pioram com o passar do tempo. Alguns Quadros clínicos que devem ser pesquisados devidos as queixas do trabalhador: bursite, síndrome do supinador, dedo em gatilho, tendinite do supra- espinhoso, doença de Quervain (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Objetivos: Descrever a atuação da fisioterapia na prevenção e tratamentos para paciente que tem DORT.

Relevância do Estudo: Demonstrar alguns tratamentos e prevenção para pacientes com DORT e para profissionais da área da saúde.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema "A atuação da fisioterapia preventiva para pacientes com DORT" nos bancos de dados como Scielo e Bireme além de livros de ergonomia, da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru.

Resultados e discussões: Dos 20 funcionários de uma empresa de setor financeiro de uma loja, foram selecionadas 10 e teve uma melhora de 82% da qualidade de vida. Dos serviços realizados, destacam a ginástica laboral, orientações posturais e ergonômicas, treinamento e manuseio de carga (PANDOLPHI; VASCONCELOS; ALMEIDA, 2016). Empregados que usam computador, foram realizadas mudanças nos postos de trabalho. Muitos funcionários posicionam lateralmente ao monitor, cervical tem movimentos de inclinação, rotação e flexão excessivas. É indicado distribuir as tarefas ao longo do dia, inserindo um tempo de pausa entre as atividades. Os computadores têm impacto na frequência de sintomas cervicais em trabalhadores que usam o equipamento mais que 6 horas. Em relação ao posto de trabalho, as propostas de intervenção são: suporte para os pés, cadeiras reguláveis, orientar os funcionários evitar uma postura inadequada. Regulagem correta de cadeiras, os cotovelos devem ficar fletidos a mais de 90 graus, tronco deve estar livre para alcançar a mesa (FERREIRA, SHIMANO; FONSECA, 2009). O processo de retorno ao trabalho e de permanência para os pacientes com LER/DORT é

bastante complexo e um dos mais importantes aspectos da prevenção, do tratamento e da reabilitação de trabalhadores portadores desse tipo de lesão (MENDES e LANCMAN, 2010).

Conclusão: O uso desses tratamentos e prevenção é eficaz no controle da DORT, ocorre o alívio das dores ocasionadas pelas DORTS, alívio do stress trazendo ao trabalhador segurança e qualidade de vida durante a sua rotina de trabalho. É importante eleger de maneira adequada os tratamentos e prevenção para cada setor a ser trabalhado pelo fisioterapeuta. Sendo feito um trabalho seguro e correto pelo terapeuta os afastamentos pelas DORT e acidentes de trabalho terá uma grande diminuição trazendo qualidade de vida para o trabalhador e lucro para empresa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Diagnóstico, tratamento, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; PEREIRA JR, A. LER/DORT: multifatorialidade etiológica e modelos explicativos, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 149-62, 2004.

FERREIRA, V. M. V.; SHIMANO, S. G. N.; FONSECA, M. C. R. Fisioterapia na avaliação e prevenção de riscos ergonômicos em trabalhadores de um setor financeiro. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 239-245, 2009.

PANDOLPHI, J. L. A.; VASCONCELOS, E. F. L.; ALMEIDA, I. A. D. L. Gestão de um programa de prevenção das LER/DORT em uma rede de supermercados: um relato de experiência. **InVita Ergonomia**, v. 3, n. 3, p. 953-958, 2016.

MENDES, L. F.; LANCMAN, S. Reabilitação de pacientes com LER/DORT: contribuições da fisioterapia em grupo*, **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 23-32, 2010.

USO DE CPAP NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO

Midori Godoi Kanazawa¹, José Wili Martins Maranhão¹, Natália Caroline Barbaresco Guedes¹, Isabela Suenaga Moço¹, Daniela Stefani da Silva¹ Roberta Munhoz Manzano².

¹Alunos do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru-FIB_
josewili_fisio@hotmail.com

²Professora Doutora do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru-FIB_
roberta_m_m@hotmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono, Tratamento, Pressão Positiva nas Vias Aéreas.

Introdução: A Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) é uma doença com alto índice de prevalência. Os efeitos do colapso intermitente das vias aéreas superiores causam esforços inspiratórios ineficazes, pausas ventilatórias, altas pressões negativas intratorácicas, alterações dos gases arteriais e estimulação de quimiorreceptores e barorreceptores. Isso leva a despertares noturnos frequentes e aumento da atividade nervosa simpática muscular, sendo um fator de risco para doenças cardiovasculares principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o acidente vascular encefálico (AVE) (KATO et al., 2009). A SAOS pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas a maior incidência está entre os homens de meia idade (40 e 50 anos). O uso domiciliar de Pressão Positiva nas Vias Aéreas (PAPs) surge como um tratamento eficaz, podendo levar ao total controle dos sintomas se houver boa aderência do paciente (KATO et al., 2009).

Objetivos: O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura sobre o uso de Aparelhos de Pressão Positiva no tratamento da Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono.

Relevância do Estudo: Demonstrar a eficácia dos Aparelhos CPAP e BIPAP na SAOS, pois os estudos têm indicado que tal uso melhora a qualidade de vida dos pacientes.

Materiais e métodos: Foram realizadas pesquisas em artigos científicos nos bancos de dados SCIELO, BIREME, LILACS.

Resultados e discussões: A terapia com Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) produz uma verdadeira mudança de vida nos portadores da SAOS, pois melhoram os sintomas. Os pacientes com distúrbios graves são os que melhor aderem ao tratamento. Poucos pacientes graves não aderem ao tratamento com CPAP, necessitando tentar outras modalidades que incluem o BIPAP ou Auto-CPAP (SILVA; PACHITO, 2006). O CPAP possui um mecanismo que capta o ar do meio ambiente, filtra e o envia ao paciente através de um tubo flexível, por meio de uma máscara (nasal, naso-oral ou as almofadas nasais) sob pressão contínua pré-estabelecida para cada paciente. A pressão eficaz situa-se geralmente na escala de 5 a 13 cm H₂O (SILVA et al., 2010). O ar sob pressão impede o colapso da via aérea superior, evitando a ocorrência das apnéias, hipopnéias e de respiração com esforço aumentado gerando despertares noturno. O aparelho impede também a vibração de outras estruturas moles da faringe, evitando o ronco (SILVA; PACHITO, 2006). O BIPAP permite a oferta de ar em dois níveis pressóricos, uma pressão durante a inspiração, mais elevada, e outra durante a expiração, de menor intensidade (IPAP e EPAP), respectivamente. É bastante útil em cardiopatas graves e pacientes com enfisema pulmonar com grandes bolhas (KATO et al., 2009; NUSSBAUMER et al., 2006). A possibilidade de ajuste individualizado permite a utilização de pressão inspiratória em níveis que não seriam tolerados de forma contínua. Os aparelhos de Auto-CPAP possuem sistema de detecção de eventos respiratórios anormais e geração automática da pressão positiva ofertada, variando com a necessidade momentânea (SILVA; PACHITO, 2006). De acordo com os parâmetros práticos da Academia Americana de Medicina do Sono, os aparelhos de Auto-CPAP devem ser utilizados somente após polissonografia, excluindo-se as seguintes

condições: insuficiência cardíaca congestiva, DPOC e hipoventilação relacionada à obesidade (LITNER, 2002). Nussbaumer et al., (2006) analisaram 30 pacientes em dois grupos, durante dois meses, com seguimento duplo-cego. Um grupo usou o auto-CPAP por um mês e depois o CPAP e vice-versa. Ambos alcançaram resultados semelhantes quando analisada a sonolência diurna, o tempo de uso e a melhora no índice de apnéia-hipopnéia (IAH). Porém, subjetivamente, os pacientes preferiram os modelos automáticos. O grande limitador dos aparelhos automáticos é o seu preço mais elevado (NUSSBAUMER et al. 2006). Duran--Cantolla et al., (2010) em trabalho multicêntrico, duplo-cego, randomizado e controlado, utilizou CPAP e CPAP-placebo (*Sham-CPAP*). Demonstrou que após três meses de uso do CPAP, os pacientes com HAS e SAOS moderada ou grave apresentavam uma diminuição de 1,5 mmHg na pressão média diurna e 2,1 mmHg na noturna medida pela monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) (DURAN-CANTOLLA et al., 2010; NGUYEN et al., 2010). Tomfohr et al., (2011) avaliaram a melhora nas queixas de fadiga e sonolência de pacientes em início de uso do CPAP (utilizando Escalas), após três semanas de tratamento, houve melhora significativa em todos os analisados, principalmente nos pacientes mais graves (TOMFOHR et al., 2011). Quanto mais o paciente souber sobre os mecanismos do seu tratamento, melhor será seu resultado (NUSSBAUMER et al., 2006).

Conclusão: Concluímos assim que o uso de Aparelhos como CPAP e BIPAP é considerado “Padrão- Ouro”, sendo o tratamento mais eficaz não invasivo da SAOS.

Referências

DURAN- CANTOLLA, J.; AIZPURU, F.; MONSTSERRAT, J.M.; BALLESTER, E.; TERAN-SANTOS, J.; AGUIRREGOMOSCORTA, J.I.; et al. Continuous positive airway pressure as treatment for systemic hypertension with obstructive sleep apnoea: Randomised controlled trial. **BMJ**. v.. 341, N.5991, p. 127-134, 2010.

KATO, M.; ADACHI, T.; KOSHINO, Y.; SOMERS, V.K. Obstructive sleep apnea and cardiovascular disease. **Circ J**. v.73, p.1363-1370, 2009.

LITNER, M.; HIRSHKOWITZ, M.; DAVILA, D.; ANDRESON, W.M.; KUSHIDA, C.A.; WOODSON, B.T.; JOHNSON, S.F.; MERRILL, S.W.. Merrill S.W. Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the use of auto-titrating continuous positive airway pressure devices for titrating pressures and treating adult patients with obstructive sleep apnea syndrome. An American Academy of Sleep Medicine Report. **Sleep**. V.25, n.2, p.143-147, 2002.

NGUYEN, P.K.; KATIKIREDDY, C.K.; MCCONNELI, M.V.; KUSHIDA, C.; YANG, P.C. Nasal continuous positive airway pressure improves myocardial perfusion reserve and endothelial dependent vasodilation in patients with obstructive sleep apnea. **J Cardiovasc Magn Reson**. v.12, n.1, p. 50-63, 2010.

NUSSBAUMER, Y.; BLOCH, K.E.; GENSER, T.; THURNHEER, R. Equivalence of autoadjusted and constant continuous positive airway pressure in home treatment of sleep apnea. **Chest**. v.129, n.3, p. 638-643, 2006.

SILVA, G.A.; PACHITO, D.V. **Simpósio: Distúrbios respiratórios do sono;** Abordagem terapêutica dos distúrbios respiratórios do sono tratamento com ventilação não invasiva (CPAP, BiPAP e Auto- CPAP). Capítulo VI. v.39, n. 2, p. 212-217, 2006.

SILVA, R.Z.M.; DUARTE, R.L.M.; SILVEIRA, F.J.M. Pressão positiva e apneia do sono. Tratamento da Apnéia obstrutiva o sono com pressão positiva continua na via aérea. **Pulmão RJ**; v.19, n.3, p.83-87, 2010.

TOMFOHR, L.M.; ANCOLI-ISRAEL, S.; LOREDO, J.S.; DIMSDALE, J.E.. Effects of continuous positive airway pressure on fatigue and sleepiness in patients with obstructive sleep apnea: Data from a randomized controlled trial. **Sleep**. v. 34, n.1, p.121-126, 2011.

A EFICÁCIA DO FORTALECIMENTO DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Laís Maximiano¹; Daiane Aparecida Vicente¹; Inghrid Gabrielle Ramos¹; Rosiane Alves de Souza Moraes¹; Carla Orne Fontes¹; Fernanda Piculo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru FIB –
laismaximiano93@hotmail.com

²Professora de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB–
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: fortalecimento muscular, músculos do assoalho pélvico, disfunção sexual.

Introdução: O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode acarretar o surgimento de disfunções sexuais (ANTONIOLI e SIMÕES, 2010). As disfunções sexuais (DSFs) são classificadas como transtorno do desejo sexual hipotivo, transtorno da excitação sexual, transtorno ou disfunção orgásmica, dispareunia e vaginismo. São pouco detectadas, apesar de ter alta prevalência em mulheres ao longo da vida (GOUVEIA et al., 2015). Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde e Vida Social mostram que entre 30 e 50% das mulheres americanas têm algum tipo de disfunção sexual. No Brasil, o Estudo da Vida Sexual do Brasileiro (EVSB), no qual foram pesquisadas 3.148 mulheres em 18 cidades, observou que 51% delas referiam alguma disfunção sexual (PIASSAROLLI et al., 2010). As causas de disfunção sexual nas mulheres são multifatoriais, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais e causas idiopáticas. Entre as causas, as mais apontadas na literatura são a idade (> 44 anos), diminuição do estrogênio causado pela menopausa, procedimentos cirúrgicos vaginais, disfunções sexuais do parceiro, crenças religiosas. Além disso, fadiga, consumo de álcool ou drogas, gravidez, doenças crônicas e o desuso da musculatura perineal também têm sido mencionados como causas de disfunção (PIASSAROLLI et al., 2010). A atuação da fisioterapia no tratamento das DSFs é dirigida à melhora da mobilidade da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e ao alívio da dor pélvica e/ou abdominal (WOLPE et al., 2015). Para isso, diversas terapêuticas simples e de baixo custo são utilizadas como a cinesioterapia, através de exercícios perineais, na tentativa de otimizar a vida sexual dessas mulheres. O fortalecimento dos MAP pode levar ao aumento da força dos músculos que se inserem no corpo cavernoso do clítoris, melhorando a resposta do reflexo sensorio-motor, auxiliando na excitação e no orgasmo (PIASSAROLLI et al., 2010).

Objetivos: O objetivo deste estudo foi verificar a eficácia do fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico no tratamento de disfunções sexuais femininas.

Relevância do Estudo: A disfunção sexual feminina é um problema de saúde pública que afeta significativamente a qualidade de vida das mulheres. Abranger este tema é interessante aos olhos femininos, que vendo os resultados alcançados em diversas terapias, tem disseminado os benefícios e quebrado estigmas, fazendo com que as mulheres dêem crédito a novas alternativas. Dentre elas, a fisioterapia mostra ser um caminho benéfico para o tratamento das disfunções sexuais.

Materiais e métodos: Para a realização deste estudo foi feita uma revisão bibliográfica nas bibliotecas eletrônicas: SCIELO, LILACS, PUBMED e MEDLINE. Os artigos utilizados para o estudo foram de 2010 à 2017.

Resultados e discussões: Os estudos apresentaram respostas satisfatórias quanto ao fortalecimento dos MAP como ferramenta no tratamento da disfunção sexual feminina. A cinesioterapia, também conhecida como treino da MAP ou exercícios de Kegel, tem sua aplicabilidade no tratamento das DSFs, devido ao recrutamento muscular local com

consequente incremento da vascularização pélvica e sensibilidade clitoriana. Tal fato promove melhora da excitação e da lubrificação (WOLPE et al., 2015). Em um estudo envolvendo 42 mulheres com incontinência urinária, observou-se que elas também apresentavam algum problema sexual, como desejo sexual diminuído, perda de urina durante o coito, dispareunia e dificuldade de atingir o orgasmo. Após a reabilitação do assoalho pélvico utilizando a cinesioterapia associada a outros recursos, observaram que, além da melhora da incontinência, também houve efeitos positivos na vida sexual; 14,3% relataram um aumento no desejo, 30,9% sentiram a diminuição da perda de urina durante o intercuro; 21,4% tiveram uma melhora ligeira na dispareunia; e 9,5% tiveram recuperação completa (MENDONÇA e AMARAL, 2011). Adicionalmente, segundo o estudo de Piassarolli et al. (2010), esses exercícios aumentam a conscientização e a propriocepção da musculatura da região perineal, a receptividade para a relação sexual e a satisfação com o desempenho, o que indica que essa abordagem terapêutica pode ser utilizada com sucesso no tratamento das disfunções sexuais femininas. Entretanto, apesar das citações na literatura, poucos estudos utilizaram questionários objetivos para avaliação da função sexual feminina após a aplicação dessa técnica fisioterapêutica. É indicado que sejam feitas novas pesquisas a respeito do fortalecimento dos MAP no tratamento das disfunções sexuais, para promover resultados mais expressivos com esse tipo de técnica.

Conclusão: Conclui-se que a fisioterapia pode ser um recurso útil no tratamento das disfunções sexuais. A conscientização e o fortalecimento dos MAP são técnicas auxiliares no tratamento das DSFs que alteram de maneira positiva a vida sexual. O tratamento com esse foco frequentemente promoveria o aumento do desejo sexual com maior possibilidade de melhorar a excitação e, conseqüentemente, a qualidade de vida das pacientes.

Referências

ANTONIOLI, R. S.; SIMÕES, D. Abordagem fisioterapêutica nas disfunções sexuais femininas. **Rev Neurocienc**, v. 18, n. 2, p. 267-274, 2010.

GOUVEIA, P. F.; SILVA, I.; HAIDDAR, M. A.; AMBROGINI, C. C. Comparação entre exercícios perineais e exercícios sexuais como método de tratamento fisioterapêutico na disfunção orgásmica feminina. **RBM rev. bras. med**, v. 72, n. 11, p. 493-498, 2015.

MENDONÇA, C. R.; AMARAL, W. N. Tratamento fisioterapêutico das disfunções sexuais femininas: revisão de Literatura. **Femina**, v. 39, p. 139-142, 2011.

PIASSAROLLI, V. P.; HARDY, E.; ANDRADE, N. F.; FERREIRA, N. O.; OSIS, M. J. Pelvic floor muscle training in female sexual dysfunctions. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 32, n. 5, p. 234-240, 2010.

WOLPE, R. E.; TORIY, A. M.; SILVA, F. P.; ZOMKOWSKI, K.; SPERANDIO, F. F. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **Acta Fisiátr**, v. 22, n. 2, p. 87-92, 2015.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA REABILITAÇÃO DA MARCHA EM PACIENTES COM PARKINSON

Carla Cristina Orne Fontes¹; Mariana Paula Maturana Rodrigues²; Laís Maximiano³; Rosiane Moraes⁴; Ana Paula Akashi⁵;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – carlac.fontes@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB marianapmaturana@gmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB laismaximiano93@hotmail.com;

⁴Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – rosianemoraesy@gmail.com

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
ap.akashi@bol.com.br,

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Fisioterapia, marcha, Parkinson.

Introdução: Com o envelhecimento populacional ocorre a formação de um novo perfil epidemiológico, trazendo consigo um volume crescente de doenças crônicas e degenerativas como a doença de Parkinson (DP), que está entre as patologias neurodegenerativas de maior incidência em pessoas idosas (PEREIRA, LEITE e GONÇALVES, 2011) Essa condição geralmente começa na faixa etária de 50 a 60 anos, e os homens são mais afetados que as mulheres, embora uma pequena porcentagem possa ocorrer na faixa dos 40, e até antes dos 30 anos (LIMA, BARROS e MATA, 2008). A DP ocorre pela diminuição na produção do neurotransmissor dopamina, devido à degeneração dos neurônios dopaminérgicos que se encontram na parte compacta da substância negra um dos núcleos da base, situada no mesencéfalo (SANTOS et al., 2012). O padrão da marcha na DP é caracterizado por redução de movimentos e diminuição da velocidade. A marcha festinada ocorre na tentativa de perseguir o centro de gravidade a fim de evitar a queda para frente, sendo caracterizada por um aumento progressivo na velocidade e encurtamento do passo (OBERG et al., 2005). A fisioterapia tem fundamental importância no tratamento da DP, devendo ser aplicada desde os primeiros momentos da instalação da doença, atuando diretamente nos sinais e sintomas com o objetivo de promover exercícios que mantêm os músculos ativos e preservam a mobilidade, baseando-se em movimentos funcionais, melhora do equilíbrio e da marcha (SANTOS et al., 2015).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre a fisioterapia na reabilitação da marcha dos pacientes portadores de doença de Parkinson.

Relevância do Estudo As alterações da marcha no paciente com doença de Parkinson causam muitas quedas e incapacidades, portanto a reabilitação é essencial para a funcionalidade do paciente.

Materiais e métodos: O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (www.bireme.br), Pubmed, Scielo e Google acadêmico referente às publicações do ano 2005 a 2015.

Resultados e discussões: A maioria das pessoas com DP se encontra na faixa etária geriátrica e apresenta vulnerabilidade a problemas relacionados com a idade, resultando em comprometimento físico, redução da mobilidade e alterações cognitivas, que estão por vezes associadas à outras comorbidades que acompanham o avanço da doença. Sabe-se que durante o envelhecimento os indivíduos perdem de 20% a 40% de sua força muscular, o que pode comprometer algumas funções. Em contra partida, estima-se que 5% a 40% dessa perda possa ser recuperada por meio dos exercícios (PEREIRA, LEITE e GONÇALVES, 2011). A DP possui prevalência estimada em 1 a 2% da população mundial, acomete preferencialmente o sexo masculino acima de 60 anos. O início da doença ocorre de forma insidiosa afetando primeiro um lado do corpo, tornando-se bilateral com a

progressão da doença. O quadro clínico é caracterizado principalmente por sintomas motores, entre os quais se destacam a bradicinesia, a rigidez muscular, o tremor de repouso, as alterações da postura e da marcha. A marcha é um dos sintomas mais incapacitantes na DP, podendo ser denominada de festinação ou *petit pass*, é caracterizada pela pobreza dos movimentos, passos curtos, pés rentes ao chão e diminuição da velocidade (SANTOS et al., 2012). Sabe-se que um ótimo manuseio para o treino de marcha na DP envolve tanto o tratamento farmacológico quanto a prática da fisioterapia (OBERG et al., 2005). O programa fisioterapêutico tem como objetivo promover exercícios que mantêm os músculos ativos e preservam a mobilidade, baseando-se em movimentos funcionais, melhora do equilíbrio e da marcha (SANTOS et al., 2015). As pistas visuais são utilizadas para desviar a função dos núcleos da base a fim de regular a função motora deficitária. Essas pistas têm acesso a mecanismos de controle motor, envolvidos no aprendizado e recrutamento de sinais adicionais, que levam a um desvio da preparação do movimento do circuito núcleos da base e área motora suplementar, para a área visual-motora, cerebelo e córtex pré-motor, melhorando a preparação do passo, funcionam alternativamente por focarem a atenção do paciente para sua execução. É feito treino de marcha realizado em uma pista visual/obstáculos e uma tarefa cognitiva composta por obstáculos com sequências de formas e cores, realizados em um local sem interferências externas (SANTOS et al., 2012). Em um estudo, os pacientes realizaram o treinamento simultâneo da parte motora e cognitiva, iniciando pela marcha e ao retornar passando pelo primeiro obstáculo era exposto na tela o primeiro slide que permanecia por 20 segundos, o paciente retornava e então descrevia respectivamente a sequência de formas e cores. Cada paciente realizava o percurso 3 vezes até cessarem os três slides, retornando a posição inicial. Após as 20 sessões de treino de marcha com pistas visuais, houve melhora da marcha (SANTOS et al., 2012). Em outro grupo de estudo, após realizar fisioterapia convencional associada ao treino de marcha com pistas visuais, houve redução significativa no número de passos, num percurso de 10m (OBERG et al., 2005).

Conclusão: Os resultados mostraram melhora na reabilitação da marcha por meio de exercícios com pistas visuais, porém, mais estudos são necessários para avaliar quais os melhores protocolos para o treino de marcha em pacientes com Parkinson.

Referências

LIMA, F. C.; BARROS, S. L. A.; MATA, D. F. A. F. Avaliação do risco de queda em pacientes com Doença de Parkinson. **Revista neurociência**, v. 16, n. 1, p. 20-24, 2008.

OBERG, D. T.; CACHO, A. W. E.; FRAGA, A. D.; DIAS, P. N. Treino de marcha com pistas visuais no paciente com doença de Parkinson. **Revista Fisioterapia em movimento**, v. 18, n. 4, p. 43-51, 2005.

PEREIRA, S. J.; LEITE, A. A. M.; GONÇALVES, B. G. Influência das distintas modalidades de reabilitação sobre as disfunções motoras decorrentes da Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de neurologia**, v. 47, n. 2, p. 22-30, 2011.

SANTOS, D. G. D.; JAKAITIS, F.; NALESSO, P. R.; FERNANDES, S. A.; SAEKI, A.; CILLO, L. D. A. B.; CANDIDO, P. D. Análise dos Efeitos da Dupla Tarefa na Marcha de Pacientes com Doença de Parkinson: Relato de Três Casos. **Revista Neurociência**, v. 20, n.2, p. 240-45, 2012.

SANTOS, S. M. A.; FERRAZ, B. H.; BASTISTETTI, L. C.; LEMES, B. L.; NASCIMENTO, D. D. T.; ALMEIDA, D. A. I. Efeito imediato da fisioterapia na marcha em indivíduos com doença de Parkinson. **Revista saúde e pesquisa**, v. 8, n. 2, p. 247-53, 2015.

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DE PÓS-OPERATÓRIO DO MANGUITO ROTADOR

Midori Godoi Kanazawa¹; José Wili Martins Maranhão¹; Natalia Caroline Barbaresco Guedes¹; Vinicius Eduardo Nardello¹; Reinaldo Monteiro Marques².

¹Alunos do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – midorikanazawa@hotmail.com;

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Manguito rotador; Ombro; Trauma.

Introdução: O manguito rotador (MR) é uma estrutura de função não somente estabilizadora, mas também de grande importância na movimentação do ombro. É formado pela união dos tendões dos músculos supra espinhal, infra espinhal, redondo menor e subescapular, originados da escápula, que envolvem a articulação glenoumeral e se inserem nos tubérculos umerais (SILVA, ALMEIDA e SANTOS, 2017). Suas lesões são frequentes, associadas a trauma ou ao processo degenerativo do tendão, variadas em tamanho e número de tendões envolvidos e seu quadro clínico é bastante diversificado, desde pacientes assintomáticos sem qualquer limitação até quadros de dor intensa e incapacidade funcional importante. É a principal causa de dor no ombro em adultos (METZKER, 2010). Além dos testes funcionais e manobras irritativas do manguito amplamente conhecidos, a ressonância magnética (RM) o exame mais acurado para mensuração e localização das lesões, avaliação da qualidade dos tecidos envolvidos e programação de tratamento (VEADO et al., 2011). O tratamento conservador com medicação e fisioterapia deve ser recomendado, na maioria dos casos, antes de se indicar uma abordagem mais agressiva, principalmente em idosos (METZKER, 2010). Nos casos cirúrgicos, pode-se optar pelo reparo aberto, por mini-incisão ou totalmente artroscópico, todos eles promovendo altos índices de bons resultados. Entretanto, todas as técnicas apresentam risco de nova ruptura, sua pior complicação, principalmente nas lesões grandes e extensas. A decisão entre qual abordagem realizar depende de vários fatores, como idade, tamanho da lesão e experiência do cirurgião (VENÂNCIO, GESSER e GODINHO, 2012).

Objetivos: O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura para verificar a atuação fisioterapêutica no tratamento aplicado ao paciente no período pós-operatório de cirurgia videoartroscópica para reparo de lesão do manguito rotador.

Relevância do Estudo: Demonstrar a eficácia do tratamento fisioterapêutico no pós operatório de cirurgia videoartroscópica do manguito rotador, pois os estudos tem indicado que tal tratamento acelera a recuperação e o retorno do paciente as AVDS.

Materiais e métodos: Foram realizadas pesquisas em artigos científicos nos bancos de dados SCIELO, BIREME e LILACS.

Resultados e discussões: Várias são as estruturas anatômicas que compõem o complexo do ombro, entretanto, quando relacionadas à patologia em questão, algumas delas merecem destaque especial: as articulações acromioclavicular e escapuloumeral, as bursas subdeltoidea e subacromial, o arco acromioclavicular, os ligamentos coracoumeral e glenoumerais, os tendões dos músculos do manguito rotador e do bíceps braquial e o músculo deltoide (METZKER, 2010). A articulação glenoumeral propicia a realização de vários movimentos que podem ser realizados isoladamente ou de forma combinada: flexão e extensão, adução e abdução, adução e abdução na horizontal e rotação interna e externa. A função principal do manguito rotador, além de participarem efetivamente na rotação interna (subescapular), abdução e rotação externa (supraespinhal) e abdução na horizontal e rotação externa (infraespinhal e redondo menor), é a de manter o úmero centralizado na cavidade glenoide durante algum movimento de elevação anterior. Desta forma, qualquer alteração anatomopatológica que interfira nesse mecanismo de sinergia muscular ou que

comprometa a biomecânica normal do ombro, poderá ocasionar micro lesões traumáticas de origem inflamatória e/ou degenerativas (VEADO et al., 2008). Independentemente da etiologia, o tratamento preferencial para a dor no ombro é a fisioterapia. Verifica-se que 79% dos médicos encaminham os seus utentes com queixas de dor no ombro para a fisioterapia. Tem-se o objetivo de reduzir a dor e de melhorar a função, melhorando a biomecânica e padrões de movimento do complexo articular do ombro. Em sua revisão sistemática, Santos et al. teve como conclusão de que a mobilização passiva aliada a outras terapias tem grande valia na diminuição da dor, melhoria da força e da função. O tratamento pode incluir diversas técnicas e procedimentos, tais como eletroterapia, massagem, exercícios, mobilização e manipulação, sendo a mobilização passiva uma das mais frequentemente utilizadas (SANTOS, CUNHA e SILVA, 2011). Boeck, Dohnert e Pavão (2012) verificaram que o grupo de intervenção tratado com um programa de exercícios em Cadeia Cinética Fechada apresentou resultados mais expressivos quanto ao ganho de mobilidade articular, funcionalidade, força e ativação muscular do manguito rotador, em comparação ao programa de exercícios em Cadeia Cinética Aberta. Segundo Andrade, Correa Filho e Queiroz (2004) a cinesioterapia é a parte mais importante do tratamento não-cirúrgico e é dividida em duas fases: na primeira são instituídos os exercícios de alongamento com o objetivo de obter a recuperação completa das amplitudes do movimento; a segunda fase constitui-se de exercícios de reforço para o manguito rotador e os estabilizadores da escápula e, posteriormente, para o deltoide. Embora alguns pacientes possam reabilitar-se com sucesso apenas com exercícios domiciliares, a orientação e o acompanhamento de um fisioterapeuta parece que os beneficiam em sua grande maioria.

Conclusão: Conclui-se que o tratamento fisioterapêutico com predomínio de técnicas de cinesioterapia aplicadas em sessões diárias de atendimento surtiram bons resultados segundo os objetivos inicialmente descritos neste estudo.

Referências

- ANDRADE, R. P.; CORREA FILHO, M. R. C.; QUEIROZ, B. C. Lesões do manguito rotador. **Rev Bras Ortop.** V. 39, n. 11, p. 29-34, 2004.
- BOECK, R. L.; DOHNERT, M. B.; PAVÃO, T. S. Cadeia cinética aberta Versus cadeia cinética fechada na reabilitação avançada do manguito rotador. **Fisioter. mov.[online]**, v. 25, n. 2, p. 291-299, 2012.
- DONEUX, S. P.; MIYAZAKI, A. N.; PINHEIRO, J. J. A.; FUNCHAL, L. F. Z.; CHECCHIA, S. L. Tratamento da síndrome do impacto em tenistas. **Rev Bras Ortop.** V. 33, n. 12, p. 939-44, 1998.
- METZKER, C. A. B. Tratamento conservador na síndrome do impacto do ombro. **Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 23, n. 1, p. 141-151, 2010.
- SANTOS, A.; CUNHA, L.; SILVA, A. G. A efetividade da mobilização passiva no tratamento de patologia do ombro. **ConScientiae Saúde**, v. 10, n. 2, p. 369-379, 2011.
- SILVA, B. V.; ALMEIDA, M. R. M.; SANTOS, M. J. S. Tendinite do manguito rotador e sua relação com atividades laborais: uma revisão integrativa. **Revista expressão Católica.** Ceará, v. 01, n. 01, p. 161-168, 2017.
- VEADO, M. A.; ASTILHO, R. S.; MAIA, P. E.; RODRIGUES, A. U. Estudo prospetivo e comparativo dos resultados funcionais após reparo aberto e artroscópico das lesões do manguito rotador. **Rev. Bras Ortop.** Belo Horizonte. V. 46, n. 5, p. 546-552, 2011.
- VEADO, M. A.; ALMEIDA FILHO, I. A.; DUARTE, R. G.; LEITÃO, I. Avaliação funcional do reparo artroscópico das lesões completas do manguito rotador. **Rev. Bras Ortop.** Belo Horizonte. V.43, n. 12, p. 505-12, 2008.
- VENÂNCIO J. P.; GESSER, M. O.; GODINHO, M. A. A. Tratamento fisioterapêutico no pós operatório de videoartroscopia de ombro decorrente de lesão do manguito rotador – um estudo de caso. **NovaFisio**, Florianópolis, 2012.

DISFUNÇÃO SEXUAL APÓS O CÂNCER DE MAMA

Daiane Aparecida Vicente¹; Inghrid Gabrielle Ramos¹; Rosiane Alves de Souza Moraes¹; Mariana Maturana¹; Lais Maximiano¹; Fernanda Piculo².

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
daianevicentespt@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: câncer de mama, mastectomia, disfunção sexual.

Introdução: O câncer de mama constitui a primeira causa de mortalidade entre as mulheres brasileiras (PANJARI, BELL e DAVIS, 2011). Apresenta maior incidência na população feminina, com uma estimativa de 458 mil mulheres diagnosticadas anualmente (SILVA e RUIL, 2011). A mastectomia é um procedimento cirúrgico necessário em uma porcentagem alta de mulheres acometidas pelo câncer de mama. Seu processo induz a modificações ao esquema corporal da mulher, alterando sua maneira de sentir e vivenciar o corpo, ocasionando consequências graves sobre a vivência da sexualidade e do relacionamento sexual, refletindo grandemente em sua qualidade de vida (PANJARI, BELL e DAVIS, 2011).

Objetivos: Este estudo teve como objetivo verificar a presença de disfunção sexual e seus subtipos em mulheres mastectomizadas.

Relevância do Estudo: Diante das diversas complicações pós-mastectomia em mulheres acometidas pelo câncer de mama, destaca-se a interferência em sua qualidade de vida sexual, assunto pouco relatado por essas mulheres e pouco discutido pelos profissionais da saúde, mas com repercussões negativas consideráveis.

Materiais e métodos: Para o presente estudo realizou-se uma revisão de literatura publicada, que aborda o tema. O trabalho foi realizado na Biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru-FIB/Bauru/SP. Os estudos foram selecionados utilizando como estratégia de busca e fonte de informação os bancos de dados computadorizados como Scielo, Lilacs, Bireme, PubMed e Google Acadêmico.

Resultados e discussões: A mastectomia consiste na retirada cirúrgica da massa tumoral (mama) e as intervenções cirúrgicas variam de acordo com a extensão do tumor na mama acometida, classificadas como: nodulectomia e quadrantectomia (CESNIK e SANTOS, 2012). Tal procedimento abrange também a retirada de linfonodos axilares e músculos locais. Quando associado com terapias adjuvantes, acarreta complicações no que diz respeito a capacidade funcional, aspectos físicos, sociais, dor e vitalidade (SANTOS, SANTOS e VIEIRA, 2014). As mamas são símbolo corporal da sexualidade, observadas como um dos principais atrativos sexuais da mulher, com uma grande aceção à beleza, feminilidade e fertilidade (SEARA, VIEIRA e PECHORRO, 2012). Algumas mulheres mastectomizadas podem se sentir sexualmente repulsivas, a ponto de chegarem a evitar e/ou manter contatos sexuais. Dentre as reclamações mais frequentes destacam-se: medo de não ser mais atraente sexualmente e sensação de diminuição da feminilidade (CESNIK e SANTOS, 2012). O modo como a pessoa se vê e se valoriza interfere efetivamente na forma como irá exercer a sua sexualidade (SEARA, VIEIRA e PECHORRO, 2012). Uma vida sexual satisfatória é parte importante da saúde global e do bem-estar individual do ser humano, sendo muito influente numa relação afetiva. A disfunção sexual entende-se pela não concretização de um ato sexual ou em situações que esta seja insatisfatória para si e/ou companheiro (RIBEIRO, MAGALHÃES e MOTA, 2013). A mulher pode vivenciar a dificuldade ou mesmo a impossibilidade da penetração vaginal e desenvolver transtornos sexuais como vaginismo, dispareunia e transtorno de dor genitopélvica (TOZO et al., 2007).

A **dispareunia** consiste em dor genital associada ao ato sexual com ocorrência antes, durante ou após o intercuro. Mulheres na menopausa podem apresentar dispareunia secundária à atrofia da mucosa vaginal e redução da lubrificação. O **vaginismo** refere-se à contração involuntária, recorrente ou persistente dos músculos do períneo, quando tentada a penetração vaginal. O **transtorno de dor genitopélvica** consiste em dificuldades persistentes ou recorrentes em uma ou mais das seguintes situações: penetração vaginal; dor pélvica ou vulvovaginal intensa durante o intercuro ou tentativas de penetração; medo intenso ou ansiedade em relação a dor pélvica (BRASIL e ABDO, 2016). No âmbito do tratamento, a abordagem das mulheres acometidas pelo câncer de mama e submetidas à mastectomia deve ser multidisciplinar, compreendendo-as em um panorama biopsicossocial. **Conclusão:** Por meio dessa revisão literária, conclui-se que o tratamento cirúrgico do câncer de mama altera o estilo de vida das mulheres e resulta em redução da auto-estima, alterações de identidade, sentimento de perda da feminilidade e dificuldades no relacionamento conjugal. Tais situações refletem negativamente na qualidade de vida sexual e social das mulheres mastectomizadas, desencadeando transtornos sexuais e afetivos.

Referências

- BRASIL, A. P. A.; ABDO, C. H. N. Transtornos sexuais dolorosos femininos. **Diagn Tratamento**. v. 21, n. 2, p. 89-92, 2016.
- CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Mastectomia e Sexualidade: Uma Revisão Integrativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 2, p. 339-349, 2012.
- PANJARI, M.; BELL, R. J.; DAVIS, S. R. Sexual Function after Breast Cancer. **J Sex Med.**, v. 8, n. 1, p. 294-302, 2011.
- RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Revista da SBPH**, v. 12, n. 1, p. 85-97, 2009.
- RIBEIRO, B.; MAGALHÃES, A. T.; MOTA, I. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva – prevalência e fatores associados. **Rev Port Med Geral Fam.**, v. 29, p.16-24, 2013.
- SANTOS, D. B.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1342-1355, 2014.
- SEARA, L. S.; VIEIRA, R. X.; PECHORRO, P. S. Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. **Rev. Int Androl.** v. 10, n. 1, p.104-110, 2012.
- SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. Bras. enferm**, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011.
- TOZO, I. M.; LIMA, S. M. R. R.; GONÇALVES, N.; MORAES, J. C. T.; AOKI, T. Disfunção Sexual feminina: a importância do conhecimento e do diagnóstico pelo ginecologista. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med.** Santa Casa São Paulo. v. 52, n. 3, p. 94-99, 2007.

TRATAMENTO DE ACUPUNTURA NA ANSIEDADE

Drielly Pereira Manarim¹; Julya Cristiane Moura¹; Lais Maximiano¹; Rosiane Alves de Souza Moraes¹; Rubens BoschettoMello²

¹Aluna de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –driellymanarin@hotmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
acupuntura.bauru@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Acupuntura, Ansiedade, Tratamento.

Introdução: Nas últimas décadas, a expressiva mudança nos níveis da sociedade passou a exigir do ser humano uma grande capacidade de adaptação física, mental e social(SANTOS, SPEROTTO e PINHEIRO, 2011). Tais exigências ao âmbito social favorecem o desenvolvimento de quadros patológicos significativos a saúde do indivíduo.A ansiedade é uma emoção gerada por uma antecipação de um perigo difuso, difícil de prever e de controlar,transformando-se em medo diante de um perigo identificado. É acompanhada por modificações fisiológicas e hormonais, características dos estados de ativação elevada.Os transtornos da ansiedade, caracteriza-se por estados subjetivos desagradáveis de inquietação, tensão e apreensão, com tendência a cronicidade. Trazendo consequências graves para o cotidiano da vida diária do indivíduo acometido (GOYATA et al.,2016). Nesse contexto, pesquisas vem sendo realizadasno âmbito da pratica assistencial, a fim de mudar o foco docuidado curativista e farmacoterapêutico, o que pode ser alcançado com o uso de terapias complementares como a acupuntura (SILVA, 2010).

Objetivos: O objetivo do presente estudo, foi estudar o tratamento da acupuntura na ansiedade.

Relevância do Estudo: Este estudo teve por relevância descrever o tratamento da ansiedade por meio da acupuntura, e os benefícios que a prática da técnica proporciona ao organismo do indivíduo acometido pelo Transtorno da ansiedade.

Materiais e métodos: Para o presente estudo realizou-se uma revisão de literatura publicada, que aborda o tema. O trabalho foi realizado na Biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru-FIB/Bauru/SP. Os estudos foram selecionados utilizando como estratégia de busca e fonte de informação nos bancos de dados computadorizados como Scielo, Lilacs, Bireme, PubMed e Google Acadêmico.

Resultados e discussões: Em situações emocionais, o ser humano pode experimentar basicamentetrês emoções principais, em resposta a uma situaçãoameaçadora: raiva dirigida para fora (cólera),raiva dirigida contra si mesmo (depressão) e ansiedadeou medo. Encontrando-se em estado de alerta, o organismoreage com um comportamento de fuga ou de ataque ao agenteestressor (ARAÚJO, MELLO e LEITE, 2007). Quando em graus muito elevados e contínuos, a ansiedade é considerada prejudicial ao organismo, fazendo com que este permaneça em constante estado de alerta, configurando então, uma situação patológica (Transtornos de ansiedade)(SILVA, 2010). Entre os sintomas são comuns a taquicardia,sudorese, insônia, fadiga, cefaleia, dificuldade de relaxar, impaciência, dores musculares e movimentos repetitivos das mãos, dedos e pés (ZUARD, 2017).Com os avanços realizados pela medicina convencional acerca da ansiedade, tem havido um crescimentosexponencial no interesse e no uso das Medicinas Alternativas e Complementares.Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturaisde prevenção, agravos e recuperação da saúde, promovendo uma melhor qualidade de vida (SANTOS, SPEROTTO e PINHEIRO, 2011).

A acupuntura é um dos muitos elementos que compõem a Medicina Tradicional Chinesa (MTC), na qual utiliza práticas como a massagem, a fitoterapia, exercícios físicos e respiratórios, como o *tai chi chuane* o *qiqong*, para promover a saúde física, psíquica e espiritual do indivíduo (SILVA, 2010). Compreende um conjunto de procedimentos que permite o estímulo preciso de locais anatômicos, definidos por meio da inserção de agulhas filiformes metálicas para prevenção de agravos a doenças (SANTOS, SPEROTTO e PINHEIRO, 2011). A acupuntura enfatiza que a melhor forma de minimizar e/ou eliminar uma patologia que esteja instalada no organismo, é por meio da estimulação de pontos específicos do corpo (acupontos), nos quais tem a propriedade de restabelecer o equilíbrio e promover a homeostase (SILVA, 2010). A referida técnica efetua tratamentos de enfermidades físicas e mentais devido ao reflexo que a agulha induz ao SNC. Por meio de seus inúmeros filetes nervosos e vasos capilares. É considerada assim um método completo de terapia coadjuvante ao tratamento principal melhorando a resposta do mesmo, ou até mesmo um tratamento prioritário, ao longo do tempo, a fim de prolongar o efeito da terapêutica no indivíduo (MOURA et al., 2014).

Conclusão: Os resultados revelam que a utilização da Medicina Tradicional Chinesa (MTC) através da acupuntura como estratégia terapêutica, pode reduzir os sintomas psicológico e fisiológico da ansiedade. Dessa forma a terapia por meio de estimulação dos acupontos tem a capacidade de minimizar os sintomas induzidos pelo transtorno da ansiedade, proporcionando assim, uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Referências

ARAÚJO, S. R.C.; MELLO, M. T.; LEITE, J. R. Transtornos de ansiedade e exercício físico. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.29, n. 2, p. 164-171, 2007.

GOYATA, S. L.T.; AVELINO, C. C. V.; SANTOS, S. V. M.; SOUZA, J. R. D. I.; GURGEL M. D. S. L.; TERRA, F. S. Effects from acupuncture in treating anxiety: integrative review. **Revbrasenferm.**, v. 69, n. 3, p. 564- 571, 2016.

MOURA, C. C.; CARVALHO, C. C.; SILVA, A. M.; IUNES, D. H.; CARVALHO, E. C.; CHAVESI, E. C. L. Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade, **Rev Cubana Enferm.**, v. 30, n. 2, p. 1-13, 2014.

SANTOS, D. R.; SPEROTTO, D. F.; PINHEIRO, U. M. S. A medicina tradicional chinesa no tratamento do transtorno de ansiedade: um olhar sobre o stress. **Revista Contexto & Saúde.**, v. 10, n. 20, P.113-120, 2011.

SILVA, A. L. P. O Tratamento da Ansiedade por Intermédio da Acupuntura: Um Estudo de Caso. **Psicologia ciência e profissão**, v.30, n. 1, p. 200-211, 2010.

ZUARD, A. W. Características básicas do transtorno de ansiedade generalizada. **Medicina Ribeirão Preto Online.**, v. 50, n. 1, p.51-55, 2017.

NEUROPLASTICIDADE NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: REVISÃO DE LITERATURA

Nayara Nunes dos Santos¹; Rodrigo Cristiano Bazoni Junior¹; Vanessa Ferreira Maciel¹; Ana Paula Akashi²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
nayara.santos.n@gmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
ap.akashi@bol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: neuroplasticidade, acidente vascular encefálico, fisioterapia, reabilitação;

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE), segundo a Organização Mundial da Saúde, é causado pela interrupção do suprimento sanguíneo ao cérebro resultante de um bloqueio (AVE isquêmico) ou da ruptura de um vaso (AVE hemorrágico). A restrição sanguínea ao cérebro pode levar a uma lesão celular e, conseqüentemente, a alterações nas funções neurológicas (CRUZ, SANTANA e DUMAS, 2012). A sintomatologia do AVE é dependente de uma série de fatores, inclusive a localização, o tamanho da área, a natureza e função da área envolvida e a disponibilidade de um fluxo sanguíneo colateral (SILVA e LIMA, 2016). O encéfalo é altamente vascularizado e seu metabolismo é composto por um círculo arterial rico em glicose e oxigênio, responsável pela homeostase das células nervosas. A partir do momento que essas concentrações diminuem, pode ocorrer uma hipóxia ou apóxia por causa de uma lesão instalada ou trauma. O AVE leva a disfunções motoras e sensoriais dependendo da região atingida no cérebro. As deficiências motoras geralmente se manifestam como hemiplegia ou como hemiparesia, as deficiências sensoriais mais frequentes estão relacionadas à sensibilidade, à linguagem e à percepção espacial. Buscando reverter os comprometimentos do AVE, muitos pesquisadores têm procurado explorar a capacidade do cérebro de se reorganizar e de reaprender funções, é a plasticidade neural ou neuroplasticidade (ARTHUR et al., 2010). A neuroplasticidade faz parte de um processo dinâmico, no qual esse input aferente, quando adequadamente direcionado, proporciona vantagens terapêuticas. Por conseguinte, a Fisioterapia, com o uso de estratégias baseadas no movimento e em estímulos sensoriais, pode ser benéfica para promover a plasticidade neuronal (CRUZ, SANTANA e DUMAS, 2012).

Objetivos: Realizar um levantamento da literatura sobre o efeito da fisioterapia na neuroplasticidade durante o tratamento de pacientes acometidos por acidente vascular encefálico.

Relevância do Estudo: Falar da importância da neuroplasticidade no ganho de movimentos.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Bireme, Google Acadêmico, Scielo, Lilacs e Pubmed. As palavras-chave utilizadas na busca foram: neuroplasticidade, acidente vascular encefálico, fisioterapia, reabilitação.

Resultados e discussões: Os benefícios alcançados com a fisioterapia como a melhora da recuperação motora, melhora nas AVD's e independência funcional podem confirmar pela literatura que afirma que a reabilitação na fase aguda além de reduzir a instalação de complicações secundárias, favorece a capacidade de realizar outras tarefas, eleva a autoestima, e colabora com a recuperação motora, funcional e da autonomia do paciente (SILVA e LIMA, 2016). As lesões do sistema nervoso central (SNC) decorrentes do AVC apresentam como principal consequência a espasticidade, uma das principais causas da perda funcional e que deve ser priorizada intervenções terapêuticas (ZILLI, LIMA e KOHLER, 2014). A conduta fisioterapêutica objetiva maximizar a capacidade funcional e evitar complicações secundárias, possibilitando ao paciente reassumir todos os aspectos da

vida. Os programas terapêuticos aplicados pelos profissionais da saúde consistem em processos pelos quais se ministra, orienta, guia e ensina a demanda funcional adequada, a fim de estimular que os mecanismos de reorganização neural desenvolvam-se de forma ideal, na tentativa de recuperar ao máximo as funções sensório-motoras dos pacientes com lesão neurológica (PIASSAROLI et al., 2012). No conceito Bobaths são usados procedimentos que visam o desenvolvimento de padrões apropriados do tônus muscular e da postura, com movimentos voltados para estabilizar, equilibrar e realizar descarga de peso em membros inferiores no solo. A facilitação neuromuscular proprioceptiva é baseada em movimentos de sinergia dos membros em flexão e extensão para o equilíbrio dos músculos agonistas e antagonistas. Inclui também estímulos de percepção com o objetivo de recuperar a amplitude de movimento e fortalecimento do membro afetado e também da coordenação para a execução dos treinos funcionais. A abordagem sensório-motora é uma técnica que utiliza estímulos principalmente nos receptores cutâneos. Entre as técnicas podem ser destacadas a crioterapia e a modulação de tônus, que pode ser feita usando mobilização passiva e a ativação do órgão tendinoso de Golgi (OTG). Fisioterapia Neurológica têm como objetivo promover estímulos sensoriais para a recuperação dos movimentos funcionais de pacientes que sofreram sequelas decorrentes de AVE, os recursos aplicados nos membros afetados têm a finalidade de estimular novas conexões com o sistema nervoso central e, assim, contribuir para a plasticidade neural (ARTHUR et al., 2010). Após uma lesão encefálica, tanto a intensidade da reabilitação como o tempo decorrido entre lesão e o início da reabilitação influenciam a recuperação da função neuronal. A falta prolongada de movimentos ativos após a lesão pode ocasionar a perda subsequente da função em regiões adjacentes do encéfalo não lesadas (SILVA e LIMA, 2016). De modo típico, a melhora funcional é mais rápida, durante os primeiros meses após o AVE, a velocidade da recuperação inicial está relacionada à redução do edema cerebral, melhora do suprimento sanguíneo e remoção do tecido necrótico. Todavia, com fisioterapia, os ganhos funcionais podem continuar por anos à frente (PIASSAROLI et al., 2012).

Conclusão: Podemos concluir que a fisioterapia com diferentes tipos de intervenção motora e sensorial otimiza a recuperação pós AVE e podem influenciar a mudança na função e na reorganização cortical quando estabelecidos dentro dos princípios da neuroplasticidade.

Referências

ARTHUR, A.M.; VANINI, T.M.; LIMA, N.M.; ARTHUR, Y.I. R. Tratamentos fisioterapêuticos em pacientes pós-avc: uma revisão do papel da neuroimagem no estudo da plasticidade neural. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v.14, n.1, p. 187-208, 2010.

CRUZ, P.C.; SANTANA, L.A.; DUMAS, F.L. V. Fisioterapia e neuroplasticidade após acidente vascular encefálico: uma revisão da literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 10, n. 1, p. 61-78, 2012.

PIASSAROLI, C.A.P.; ALMEIDA, G.C.; LUVIZOTTO, J.C.; SUZAN, A.B.B. M. Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquêmico. **RevNeurocienc**, v.20, n.1, p. 128-137. 2012.

SILVA, R.F.; LIMA, R. **D.A importância da fisioterapia precoce na recuperação do controle motor após AVC**. Dissertação (TCC). Bragança Paulista; Universidade São Francisco. 2016. 34f.

ZILLI, F.; LIMA, E.C.B.A.; KOHLER, M.C. Neuroplasticidade na reabilitação de pacientes acometidos por AVC espástico. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 25, n. 3, p. 317-322, 2014.

Síndrome de Fournier

Lucas Gonçalves Freneda¹; Luis Alberto Domingo Francia Farje²; Anderson Aparecido da Silva³; Adriana Terezinha de Mattias Franco⁴

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
lucasfreneda@hotmail.com;

²Professor das Faculdades Integradas de Bauru – FIB luis.farje@fatec.sp.gov.br;

³Professor das Faculdades Integradas de Bauru – FIB
andersonsilvamatematica@gmail.com;

⁴Professor das Faculdades Integradas de Bauru – FIB – adritmf@gmail.com.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Síndrome de Fournier, Fournier, Gangrena de Fournier.

Introdução: A Gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana causada por microrganismos aeróbios e anaeróbios que, atuando de maneira sinérgica, causam fasciíte necrotizante nas regiões genital, perineal e perianal (LAUCKS, 1994). Em 1884, Jean Alfred Fournier (FOURNIER, 1984), dermatologista francês (especialista em doenças venéreas), descreveu cinco casos de pacientes com gangrena do pênis e escroto, de características idiopáticas. Fournier descreveu três aspectos fundamentais do quadro: início abrupto em homens jovens saudáveis, rápida progressão e ausência de agente causador específico (ABOUDIB JUNIOR, 1986). Vários microrganismos foram encontrados em culturas de secreção da ferida e tecidos necróticos, apresentando flora mista na maioria dos casos (bactérias gram negativas: *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella sp*, *Pseudomonas*, *Bacteroides*, *Acinetobacter sp*, bactérias gram positivas: *Estafilococos*, *Streptococos*, *Enterococos*, *Clostridium* e fungos (KOUKOURAS et al., 2011). A Gangrena de Fournier pode ser idiopática (sem causa conhecida) ou estar associada a fatores predisponentes, como diabetes mellitus, alcoolismo, trauma mecânico, procedimentos cirúrgicos, pacientes imunossuprimidos, infecções do trato urinário ou perianais, entre outras. Apesar de tratamento cirúrgico imediato a mortalidade permanece elevada, alcançando 30% a 50%, aumentando até 80% em diabéticos e idosos (SCOTT et al., 1988).

Objetivos: Revisar a literatura sobre a origem, evolução da doença, tratamento e o possível processo de cura da Gangrena de Fournier.

Relevância do Estudo: O estudo em questão busca demonstrar e informar a população a existência dessa doença, ainda pouco conhecida fora da área da saúde, a sua rápida evolução quando adquirida, os tratamentos fornecidos, algumas estatísticas, causas e fatores predisponentes em alguns setores da população em geral.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em base de dados na internet (Google Acadêmico, Scielo e Bireme) e na biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru, utilizando os seguintes descritores: Síndrome de Fournier, Fournier, Gangrena de Fournier.

Resultados e discussões: Esta síndrome acomete homens, mulheres e inclusive crianças (LAUKS, 1994; SAWIN et al., 1994). Pajacki (1994) encontrou os seguintes resultados em termos de frequência de sinais e sintomas: dor 100%; eritema 100%; febre 72%; crepitação 62%; choque 40%; alteração do estado mental 32%. Com o passar do tempo a manifestação da gangrena é evidenciada por manchas escuras na pele, crepitação e odor fétido, demonstrando a fase progressiva da gangrena (HUTZLER et al., 1991). O tratamento consiste em suporte hemodinâmico, antibioticoterapia de amplo espectro, desbridamento dos tecidos desvitalizados, oxigenioterapia hiperbárica, investigação do foco primário e, quando necessária, derivação urinária ou fecal. São indicações de cistostomia a estenose uretral ou fonte gênito urinária da infecção, enquanto que a colostomia derivativa está indicada na infecção do esfíncter anal ou na presença de grande ferida perineal.

(GAMAGAMI et al., 1998; ELGIN et al., 2006). A laparoscopia poderá ser usada para diagnosticar causas intra-abdominais de gangrena de Fournier e para realização de colostomia quando necessário. O uso de terapia com oxigênio hiperbárico melhora a sobrevida somente em pacientes com infecção por *Clostridium perfringens*. No entanto, esta terapia adjuvante pode facilitar a função fagocítica dos macrófagos, promover angiogênese e por isso ajudar na cicatrização (GAMAGAMI et al., 1998).

Conclusão: A Gangrena de Fournier é uma infecção bacteriana que quando diagnosticada tem uma evolução rápida e em quase todas as vezes bem agressiva ao paciente. O processo de tratamento ou cura, em alguns casos, leva um grande período de tempo e um trabalho em conjunto de áreas da saúde, para tratamento tanto físico como psicológico

Referências

ABOUDIB JUNIOR, J. H. Síndrome de Fournier. **Rev. Bras. Cir.**, v. 76, p. 7-11, 1986.

ELGIN, Y.; DEMIRKASIMOGLU, T.; KUCUKPLAKCI, B.; ALTUNDAG, M. B.; ALTUNDAG, K.; MISIRLIOGLU, C. Anal tumor diagnosed after the recovery of Fournier gangrene. **Dig. Dis. Sci.**, v. 51, p. 889-890, 2006.

FOURNIER, A. J. Etude clinique de le gangrene foudroyante de la verge. **Semaine Med.**, v. 4, p. 69, 1984.

GAMAGAMI, R. A.; MOSTAFAVI, M.; GAMAGAMI, A.; LAZORTHE, F. Fournier's gangrene: an unusual presentation for rectal carcinoma. **Am. J. Gastroenterol.**, v. 93, p. 657-658, 1998.

HUTZLER, R. N. Gangrena gasosa. In: Veronesi, R. **Doenças infecciosas e parasitária**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991, p.443-6.

KOUKOURAS, D.; KALLIDONIS, P.; PANAGOPOULOS, C.; AL-AOWN, A.; ATHANASOPOULOS, A.; RIGOPOULOS, C. Fournier's gangrene, a urologic and surgical emergency: presentation of a multi-institutional experience with 45 cases. **Urol. Int.**, v. 86, p. 167-72, 2011.

LAUCKS, S. S. Fournier's gangrene. **Surg. Clin. North Am.**, v. 74, p. 1339-52, 1994.

PAJECKI, D. Síndrome de Fournier: conceitos diagnósticos e terapêuticos. **Rev. Med.**, v. 73, p. 43-55, 1994.

SAWIN, R. S.; SCHALLER, R. T.; TAPPER, D.; MORGAN, A.; CAHIL, J. Early recognition of neonatal abdominal wall necrotizing fasciitis. **Am. Journal Surgery**, v. 167, p. 481-4, 1994.

SCOTT, S. D.; DAWES, R. F. H.; TATE, J. J. T.; ROYLE, G. T.; KARRAN, S. J. The practical management of Fournier's gangrene. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, v. 70, 1988.

A EXPOSIÇÃO A BAIXAS TEMPERATURAS E SEUS PREJUÍZOS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Maysa Aparecida de Moura¹; Isabela Suenaga Moço²; Maria Carolina dos Santos Silva³; Marcela Reame Betim⁴; Vinicius Eduardo Nardello da Silva⁵; Rubens Boschetto Mello⁶

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
may_mmoura@yahoo.com.br;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru -FIB- isa_belasm@hotmail.com

³Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
maria.carolinafisio@hotmail.com;

⁴Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
marcelabetim30@gmail.com;

⁵Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – vizon.2@hotmail.com;

⁶Professor do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB
acupuntura.bauru@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Trabalhador; Empresa; Temperatura.

Introdução: Há muitas variáveis e impactos presentes no ambiente de trabalho, como: ruído, iluminação, temperatura, umidade, pureza e velocidade do ar, radiação, esforço físico, tipo de vestimenta, entre outras. Esses parâmetros representam uma parcela na qualidade dos serviços e bem estar dos trabalhadores. Muitos problemas de saúde física e mental apresentados por eles, podem ter relação com um ou mais desses parâmetros. Trabalhadores expostos a variações de temperaturas podem ter problemas sérios de saúde, condições térmicas diferentes das quais o organismo humano esta habitualmente acostumado (CASTRO et al., 2013; RODRIGUES, et al., 2008). Por isso a importância do reconhecimento, avaliação e controle dos fatores ambientais, realização de avaliações ergonômicas no trabalho, que evitem alterações na saúde, desconforto ou representem ameaça (CASTRO et al., 2013). Em altas temperaturas, o ser humano sofre fadiga, influência significativa dos sistemas cardiovasculares e termorreguladores, diminui o rendimento, ocorre erro de percepção e raciocínio, podem apresentar perturbações psicológicas que levam a esgotamento e prostrações. Baixas temperaturas causam desconforto térmico, vasoconstrição, diminuição da frequência cardíaca e pressão arterial, tremor incontrollável, hipotermia, queimaduras, prostração, doenças das vias respiratórias, diminuição da atenção, influencia nas habilidades motoras, as mãos apresentam prejuízos do tato e movimentação das articulações, tornando o trabalho mais lento, comprometendo a produtividade e podendo aumentar os erros (CASTRO et al., 2013; RODRIGUES et al., 2008). O corpo humano realiza trocas de calor quando executa atividades metabólicas, para necessidade de regulação da temperatura do organismo. De acordo com FAGNER (1973) foram estabelecidos três condições fisiológicas e ambientais necessárias para que a pessoa se encontre em estado de conforto térmico: neutralidade térmica, possuir a temperatura da pele e taxa de secreção de suor dentro de limites aceitáveis para a atividade, não estar sujeito a desconforto térmico localizado (JESUS e CAMARGO, 2011).

Objetivos: Estudar e analisar dados que relatam sobre ocorrências relacionadas ao trabalho desenvolvido em baixas temperaturas.

Relevância do Estudo: Demonstrar aos empregadores e empregados que um trabalho desenvolvido num ambiente de baixa temperatura deve passar por preparação e adaptação para não haver riscos á saúde.

Materiais e métodos: Foram realizados estudos teóricos nos sites de pesquisa acadêmicos BIREME e GOOGLE ACADÊMICO e em livros no acervo da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru - FIB.

Resultados e discussões: Riscos ambientais estão presentes nos mais diversos locais de trabalho e em todas as atividades humanas. A prevenção dos riscos tem objetivo de manter a saúde e a integridade dos trabalhadores, com antecipação da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, sendo considerável a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais (CASTRO et. al. 2013). Segundo Rodrigues et al. (2008), os trabalhadores expostos ao frio sem a proteção e uso de vestimentas adequadas, mesmo em um período curto de tempo, serão consideradas condições de trabalho insalubres; deve-se buscar programar as atividades em câmaras frias, intercalando períodos de trabalho e descanso. Já Paula (2011), menciona que temperaturas elevadas levam ao desconforto térmico, fatores negativos como sensação de confinamento, prostração, dor de cabeça, mal estar, tonturas, náuseas, vômitos, e ainda comprometimento da produção e qualidade do trabalho. Conforme a NR-15, Ministério do Trabalho e Emprego, a temperatura limite permitida nos ambientes de trabalho, considerando atividades moderadas e trabalho contínuo é de 26,7°C. A ergonomia é o que estabelece a relação homem e máquina, a interação de ambos, elo de conforto, bem estar, para desempenho do trabalhador em suas funções. Portanto o ambiente de trabalho deve estar de acordo com a legislação e atividade a ser realizada, afim de não interferir na saúde do trabalhador.

Conclusão: Trabalhadores expostos a baixas temperaturas estão sujeitos a variações das condições de conforto, devendo passar por preparação e adaptação com condições físicas bem mais associadas e com vestimentas mais adequadas que garantam maior isolamento térmico para este tipo de atividade laboral.

Referências:

BRASIL. Ministério do Trabalho do Brasil. **Portaria Nº 3.214, de 08 de Junho de 1978.** Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho.

CASTRO, T. R.; ARAGÃO, F. V.; GASQUES, A. C.; SANTOS, R. E.; MARTINS, C. H. Antecipação, reconhecimento e avaliação dos riscos ambientais em uma cooperativa de leite. **VII Encontro de Engenharia de Produção Agroindustrial**, Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2013.

FAGNER, P. O. Thermal Comfort. McGraw-Hill Book Company. **Occupational and Environmental Medicine Magazine**, v. 30. n. 1, p. 313-324, 1973.

JESUS, C. F.; CAMARGO, J. R. Sensação térmica de trabalhadores de câmaras frias. **Revista Ciências Exatas**, v. 17, n. 2, 2011.

PAULA, C. M. D. **Riscos ocupacionais e condições de trabalho em cozinhas industriais**, Monografia, Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011, 77 f.

RODRIGUES, L. B.; SANTANA, N. B.; BONOMO, R. C. F.; SILVA, L. B. Apreciação ergonômica do processo de produção de queijos em indústria de laticínios. **Rev. Produção**, v. 8, n. 1, p. 01-18, 2008.

ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTERÓIDES

João Victor Pedroso Duarte¹; Patrick Dias Batista Mieli²; William Lemos³; Ana Paula Battochio⁴.

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
joãoduartejvictor85@gmail.com;

²Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
patrickdiasbatistamieli@hotmail.com;

³Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
williamlemos_07@hotmail.com;

⁴Professora do curso de Biomedicina – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
apbattochio@ig.com.br.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: Anti inflamatório, lesão muscular, não-esteróides.

Introdução: O processo inflamatório refere-se a uma reação da lesão, a qual pode ser ocasionada por diferentes agentes (como infecções, ação de anticorpos ou traumas). O processo inflamatório pode ser classificado em 3 fases: 1) Uma fase aguda, caracterizada por uma vasodilatação local e uma permeabilidade capilar aumentada; 2) Uma fase subaguda caracterizada pela infiltração de leucócitos e células fagocitárias; 3) Uma fase crônica proliferativa onde ocorre a degeneração do tecido e fibrose (MURI et al., 2009). Os anti-inflamatórios não esteroidais são medicamentos que reduzem significativamente a sensação de dor, sendo assim muito utilizado por atletas de diversas modalidades no tratamento de lesões e traumas no sistema osteomuscular (CORREA et al., 2013).

Objetivos: Verificar na literatura os benefícios de anti-inflamatório não-esteróide em lesões e traumas musculares.

Relevância do Estudo: É comum a utilização de antiinflamatório não-esteróide em lesões e traumas musculares, sendo necessário verificar na literatura se seu uso está sendo eficaz para a melhora do paciente.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica baseada em banco de dados na internet como Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico. As palavras chaves utilizadas foram anti-inflamatório, lesão muscular e não-esteróide. Foram estudados artigos originais, incluindo editoriais, revisão de literatura e relatos de casos publicados.

Resultados e discussões: Diante de um trauma tissular, o acúmulo local de prostaglandinas, tromboxanos e outros mediadores químicos ocasionam a “sensibilização periférica” da dor, que se caracteriza por uma alteração no limiar de nociceptores (KUMMER e COELHO, 2002). Os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) são utilizados no tratamento de dor pós-operatória, osteoartrite, artrite reumatóide e dores musculoesqueléticas, entre numerosas condições. Seus importantes efeitos são antiinflamatório, analgésico e antipirético (VILETTI e SANCHES, 2009). Os AINEs compõem um grupo dissemelhante de compostos, que consiste de um ou mais anéis aromáticos ligados a um conjunto ácido funcional. São ácidos orgânicos fracos que operam preeminente nos tecidos inflamados e se ligam, significativamente, à albumina plasmática (MONTEIRO et al., 2008). A aplicação local de AINES como forma terapêutica na diminuição de afecções inflamatórias e dolorosas tem ocasionado interesse de muitos profissionais da saúde e pesquisadores, pois apresenta incontáveis vantagens em relação ao uso sistêmico, principalmente impedindo as reações gastrointestinais (MURI, SPOSITO, e METSAVAHT, 2009). Além disso, evita o metabolismo hepático de primeira passagem, reduzindo os efeitos sistêmicos e mantém uma liberação constante do princípio ativo no sítio de aplicação. Promove também analgesia em um determinado tempo, evidenciando a ação

local em termos de acúmulo tecidual. Os AINEs atuam diminuindo a síntese de prostaglandinas pela inibição das enzimas ciclo-oxigenases (COX-1 e COX-2), diferindo na seleção de ação sobre estas e promovendo assim um efeito analgésico, antitérmico e anti-inflamatório (VARALDA e MOTTA, 2009).

Conclusão: Os anti-inflamatórios não-esteroidais são utilizados para combater quadros de inflamação e dor, apresentando diversas vantagens em relação ao uso sistêmico, principalmente impedindo as reações gastrointestinais e evitando metabolismo hepático de primeira passagem.

Referências:

CORREA, C. S.; CADORE, E. L.; BARONI, B. M.; SILVA, E. R.; BIJOLDO, J. M.; PINTO, R. S.; KRUEL, L. F. M. Efeito do uso profilático do anti-inflamatório não-esteróide ibuprofeno sobre o desempenho em uma sessão de treino de força. **Rev Bras Med Esporte**, v. 19, n. 2, p. 116-119, 2013.

KUMMER, C. L.; COELHO, T. C. R. B. Antiinflamatórios Não Esteróides Inibidores da Ciclooxigenase-2 (COX-2): Aspectos Atuais. **Rev. Bras Anesthesiol**, v. 52, n. 4, p. 498-512, 2002.

MONTEIRO, L. C. A.; TRINDADE, F. M. J.; DUARTE, P. B. L. A.; CHANADE, H. W. Os antiinflamatórios não esteroidais (AINEs). **Temas de Reumatologia Clínica**, v. 9, n. 2, p. 53-63, 2008.

MURI, F. M. E.; SPOSITO, M. M. M.; METSAVAHT, L. Antiinflamatórios não-esteroidais e sua farmacologia local. **Rev. ACTA FISIATR**, v. 16, n. 4, p. 188-190, 2009.

VARALDA, D. B; MOTTA, A. A. Reações adversas aos antiinflamatórios não esteroidais. **Rev. bras. alerg. Immunopatol**, v. 32, n. 1, p. 27-34, 2009.

VILETTI, F; SANCHES, C. C. A. Uso indiscriminado e/ou irracional de antiinflamatórios não esteroidais (aines) observados em uma farmácia de dispensação. **Visão Acadêmica, Curitiba**, v. 10, n. 1, p. 69-76, 2009.

ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULARES

Luiz César Said Filho¹; André Victor Leal Ferreira²; Giovanna Viotto Machado³, Luís Guilherme da Silva Balbino⁴; Paulo Eduardo Macedo⁵; Elaine Camargo Costa e Silva⁶

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – said.luiz@hotmail.com

²Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – andreferreiralencois@gmail.com

³Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – gih-viotto@hotmail.com
⁴Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – luis_siilvaa@hotmail.com

⁵Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – eduardoomacedo@hotmail.com

⁶Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – elaineccostaesilva@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: dor orofacial, acupuntura, disfunção temporomandibular, analgesia.

Introdução: De acordo com a Academia Americana de Dor Orofacial (AAOP), um conjunto de sinais e sintomas clínicos que envolvam músculos mastigatórios, articulação temporomandibulares (ATM) e estruturas associadas são considerados como disfunções temporomandibulares (DTM). As disfunções articulares e dos músculos mastigatórios são classificadas como DTM básicas, tendo como sintomas mais frequentes: fadiga muscular, dores na face, ATM e/ou músculos mastigatórios, dores na cabeça e no ouvido, limitação e/ou desvios dos movimentos mandibulares e as causas são multifatoriais (CARRARA, CONTI e BARBOSA, 2010). De acordo com Vianna et al. (2008) a Acupuntura é um método terapêutico que faz parte da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), utilizada há mais de 5.000 anos no Oriente e no Brasil surgiu há cerca de 100 anos. Tem como base a estimulação de pontos anatômicos específicos do corpo denominados acupontos, a fim de prevenir, restabelecer ou manter a saúde.

Objetivos: Descrever a importância da acupuntura como tratamento alternativo no tratamento de dor orofacial.

Relevância do Estudo: Proporcionar conhecimento da ação da Acupuntura na DTM para profissionais da área da saúde e afins.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão de literatura baseado na contextualização do tema, DTM e acupuntura, nos bancos de dados como SCIELO e BIREME. Foram empregados os descritores: “analgesia”, “acupuntura”, “disfunção temporomandibular” e “dor orofacial”. Ao final, foram selecionados três artigos para compor a revisão de literatura por estarem condizentes com os objetivos do trabalho, sendo esses do tipo: relatos de caso.

Resultados e discussões: Na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), as alterações emocionais são causas que levam ao adoecimento, sendo o fígado o órgão mais afetado pelas emoções. O emocional é uma parte importante do ser humano, porém muitas vezes deixa seu aspecto subjetivo provocando manifestações no corpo físico, refletidas em sinais e sintomas patológicos, indicando a necessidade de tratamento. De acordo com Pai et al. (2006), com a inserção da agulha observam-se efeitos analgésicos, relaxamento muscular, ansiolítico, anti-inflamatório, e outros que se fazem por meio de mecanismos neurais, neuro-humorais e neuroquímicos. No que se refere a dores musculares, a acupuntura tem sido indicada no tratamento de pacientes com dor orofacial crônica resistente aos tratamentos convencionais (placa oclusal, ou exercícios físicos mandibulares), promovendo um equilíbrio bioenergético do indivíduo, sensação de bem estar, reduzindo os pontos de tensão muscular, frequentes nos pacientes com DTM (GARBELOTTI et al., 2016). Dentre os artigos pesquisados, para se chegar ao diagnóstico foram realizadas anamneses e o tratamento

realizado com uma média de seis sessões com duração de 20 minutos cada sessão. Na MTC não existe um protocolo clínico padrão. Ao final das seis sessões foi observada melhora significativa nas três pacientes, por meio da escala (EAV), utilizada para avaliar a intensidade da dor orofacial e relataram não estar mais com dor ou outro sintoma, como também melhora do bem estar emocional (TORRE VERA et al., 2013; RUI et al., 2011; ZOTELLI et al., 2010).

Conclusão: Por ser uma prática terapêutica de baixo custo e fácil aplicação, constitui em uma ferramenta importante no manuseio de pacientes com distúrbios musculares, demonstrando bons resultados clínicos.

Referências

AMERICAN ACADEMY OF OROFACIAL PAIN. General assessment of the orofacial pain patient. In: DE LEEUW, R.; KLASSER, G. D. (editors). **Orofacial pain - guidelines for assessment, diagnosis and management**. 5th ed. Chicago: Quintessence, 2013, p. 25-46.

CARRARA, S. V.; CONTI, P. C. R.; BARBOSA, J. S. Termo do 1º Consenso em Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial. **Dental Press J Orthod.**, v. 15, n. 3, p. 114-120, 2010.

GARBELOTTI, T. O.; TURCI, A. M.; SERIGATO, J. M. V. A.; PIZZOL, K. E. D. C.; MICHELONI, A. L. *Eficiência da acupuntura no tratamento das disfunções temporomandibulares e sintomas associados*. **Rev Dor.**, v. 17, n. 3, p. 223-227, 2016.

PAI, H. J.; DIAS, M. H. P.; HOSOMI, J. K., et al. Acupuntura médica: princípios básicos e aspectos atuais na prática clínica. **Rev Dor.**, v. 7, n. 2, p. 774-784, 2006.

RUI, A.; MEIRELLES, M. P. M. R.; SOUSA, M. L. R. Relato de caso sobre o uso da acupuntura no tratamento da dor orofacial. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 15, n. 3, p. 287-290, 2011.

TORRE VERA, R. M.; GRILLO, C. M.; FORTINGUERRA, M. L. B.; SOUSA, M. L. R.; BERZIN, F. *Acupuntura no manuseio da dor orofacial e do tinido. Relato de caso*. **Rev Dor**. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 226-230, 2013.

VIANNA, R. S.; SOUZA, A. G.; SILVA, B. C.; BERLINCK, T. A.; DIAS, K. R. A acupuntura e sua aplicação na Odontologia. **Rev Odontol.**, v. 10, n. 4, p. 48-52, 2008.

ZOTELLI, V. L. R.; MEIRELLES, M. P. M. R.; SOUSA, M. L. R. Uso da acupuntura no manejo da dor em pacientes com alterações na articulação temporomandibular (ATM). **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 185-188, 2010.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REDUÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Fabiana de Paula Teixeira¹; Ananda Silva²; Kathariny Ferreira da Silva³; Rhauana Duarte⁴; Ana Paula Akashi⁵

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – anandasilvaj@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fabianafabidepaula@gmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - kathi_15_gis@hotmail.com;

⁴Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
rhauanaduarte@gmail.com;

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
ap.akashi@bol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Fisioterapia; Doença de Alzheimer; Quedas; Idosos.

Introdução: A doença de Alzheimer é definida como um distúrbio do sistema nervoso central de caráter degenerativo, progressivo, que afeta o funcionamento cognitivo e leva a um declínio das habilidades funcionais e sociais (COHEN, 2001). Resulta, gradualmente, numa perda de memória e em alterações de comportamento e personalidade. A intervenção fisioterapêutica pode contribuir em qualquer fase da doença de Alzheimer, tanto para manter o indivíduo o mais ativo e independente possível quanto para melhorar o desempenho motor funcional (KOTTKE et al, 2002). A alta incidência de quedas constitui um grande problema de saúde entre os indivíduos de idade avançada, sendo que a frequência e os danos resultantes destes acidentes tornam-se maiores em longevos acometidos pela Doença de Alzheimer (DA) quando comparados a idosos que não apresentam comprometimentos cognitivos (WELLER e SCHATZKER, 2004). Múltiplos fatores podem estar relacionados ao risco de queda em pacientes com DA, podendo associar-se ao declínio de equilíbrio com prejuízo na marcha e instabilidade postural, uso de medicamentos para o controle de alterações comportamentais e falta de percepção dos comportamentos de risco (SHAW et al, 2003).

Objetivos: Revisar na literatura estratégias fisioterapêuticas capazes de reduzir o risco de queda em idosos com Doença de Alzheimer.

Relevância do Estudo: Os portadores de DA, que na maioria são idosos podem se beneficiar da intervenção fisioterapêutica na redução da incidência de quedas.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Google acadêmico, Scielo, com palavras-chave como: doença de Alzheimer, fisioterapia, quedas, idosos, equilíbrio.

Resultados e discussões: Durante o processo natural de envelhecimento, ocorre declínio dos sistemas somatossensorial (proprioceptivo), visual e vestibular, que juntamente com o cerebelo controlam o equilíbrio. A força muscular, principalmente em membros inferiores, também é prejudicada com o avanço da idade, mostrando diminuição no recrutamento e na ativação das unidades motoras. O mesmo ocorre no idoso com demência a qual será um agravante a mais repercutindo em aumento no risco de quedas (HERNANDEZ et al, 2010). Em idosos com DA, as quedas são três vezes mais frequentes comparadas às de idosos saudáveis devido ao comprometimento do lobo frontal, que ocasiona declínio das funções executivas e do controle tensional. O importante déficit cognitivo presente na DA requer do fisioterapeuta a adoção de algumas estratégias, como dar ordens simples, certificando-se de que o paciente entendeu o objetivo da tarefa. A organização das tarefas numa sequência melhora o desempenho das atividades e mantém um nível adequado de alerta para o

desenvolvimento do aprendizado. A incapacidade funcional decorrente da doença de Alzheimer pode acarretar reforço da imobilidade e dos padrões de movimento estereotipados, podendo contribuir para o aparecimento de mudanças estruturais de grupos musculares, diminuindo a capacidade funcional. A intervenção sobre o déficit musculoesquelético na DA deve estar focalizada sobre o treino do padrão de marcha e manutenção da independência nas atividades da vida diária. Também é importante que sejam evitadas as atrofia por desuso e fraqueza muscular, os encurtamentos de tecidos moles e as deformidades esqueléticas (REBELATTO e MORELLI, 2004). O treinamento físico que se caracteriza pelo fortalecimento muscular dos membros com faixas elásticas, treino proprioceptivo com superfície de diferentes texturas, treino de equilíbrio com obstáculos e aumento de flexibilidade, é capaz de aumentar significativamente a marcha, mobilidade e flexibilidade, diminuindo conseqüentemente o número de quedas, auxiliando a manutenção da independência (TOULOTTE et al, 2003).

Conclusão: A intervenção fisioterapêutica em idosos portadores da Doença de Alzheimer é importante na manutenção ou melhora do desempenho funcional, social e cognitivo do indivíduo, diminuindo assim os riscos de quedas e melhorando sua qualidade de vida.

Referências

COHEN, H. **Neurociências para fisioterapeutas**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2001.

HERNANDEZ, S.S.S., COELHO, F.G.M., GOBBI, S.; STELLA, F. Efeitos de um programa de atividade física nas funções cognitivas, equilíbrio e risco de quedas em idosos com demência de Alzheimer. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.14, n.1, p. 68-74, 2010.

KOTTKE, F. J.; LEHMANN, J. F. **Tratado de medicina e reabilitação de Krusen**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2002. v. 2.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. S. **Fisioterapia geriátrica: a prática de assistência ao idoso**. São Paulo: Manole, 2004.

SHAW, F.; BOND, J.; RICHARDSON, D.; DAWSON, P.; STEEN, I.; MCKEITH, IG. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. **Br Med J**. v.326, p. 73-77, 2003.

TOULOTTE, C.; FABRE, C.; DANGREMON, B.; LENSEL, G.; THÉVENON, A. Effects of physical training on the physical capacity of frail, demented patients with a history of falling: a randomised controlled trial. **Age Ageing**. v.32, n.1, p.67-73, 2003.

WELLER, I.; SCHATZKER, J. Hip fractures and Alzheimer's disease in elderly institutionalized Canadians. **Ann Epidemiol**. v.14, p.319-24, 2004.

HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA: COMPLICAÇÕES AO SISTEMA URINÁRIO

Carolina Renofio Portezan¹, Mariana R. de Carvalho Souza¹, Stefany C. G. do Nascimento¹, Mayara A. Caetano¹, Anderson Aparecido da Silva², Adriana Terezinha de Mattias Franco.²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
carol_portezan@hotmail.com;

²Professores das Faculdades Integradas de Bauru – FIB – adritmf@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras chave: Hiperplasia, hiperplasia prostática, doenças de próstata.

Introdução: A Hiperplasia é um distúrbio relacionado ao aumento do número de células que formam um determinado tecido ou órgão. As hiperplasias podem ser apresentadas de diferentes formas, sendo de forma fisiológica, onde as células recebem estímulos do organismo para proliferação, como por exemplo, durante a gestação onde os epitélios das glândulas mamárias são estimulados sob efeito dos hormônios. Hiperplasias que ocorrem nos rins, em casos de perda do rim oposto há aumento na quantidade de células das unidades filtradoras dos rins, para que o lado em funcionamento compense o lado oposto. Outro tipo de hiperplasia pode ocorrer nos órgãos de forma não homogênea e em uma parte delimitada, essa hiperplasia é chamada de hiperplasia nodular, pois há formação de massa ou nódulos no local afetado, os lugares acometidos normalmente são as glândulas mamárias, adrenal, próstata, tireóide, entre outras, sendo estimuladas por ações hormonais (ROCHA, 2011). A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) ou Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) é um distúrbio caracterizado pelo aumento benigno da próstata, onde há hiperplasia das células do estroma e do epitélio da glândula prostática causando o aumento de seu volume, essa alteração acomete normalmente homens com idade acima dos 40 anos (AVERBECK et al., 2010). Além disso, essa afecção apresenta uma íntima relação com o envelhecimento masculino, podendo acometer até 90% dos homens com idade superior a 80 anos (CHUTE et al., 1993 apud. PIMENTA et al., 2013).

Objetivos: Realizar um estudo bibliográfico sobre as complicações que a HBP traz ao sistema urinário, conscientizando a população masculina sobre a importância do cuidado com a saúde e exames periodicamente, para que essas complicações sejam evitadas.

Relevância do Estudo: Mesmo sendo uma alteração comum entre os homens, ainda há um certo desinteresse da parte masculina em relação aos cuidados com a saúde, além da falta de conhecimento sobre o assunto e a relutância na realização de exames.

Materiais e Métodos: Foi realizada uma revisão de literatura, com artigos selecionados das bases de dados Google Acadêmico e Scielo, com os descritores: doenças da próstata, hiperplasia prostática e hiperplasia. Foram selecionados artigos completos, em português e sem limite de data estipulada, além disso, também foi utilizado um livro de patologia encontrado no acervo das Faculdades Integradas de Bauru.

Resultados e Discussão: Indivíduos com HPB apresentam sintomas clássicos, classificados como obstrutivos e irritativos. Os sintomas obstrutivos incluem esforço miccional; hesitação (aumento do intervalo entre o desejo miccional e ocorrência do fluxo urinário); jato miccional fraco e interrompido e esvaziamento incompleto da bexiga seguido de gotejamento terminal. Os sintomas irritativos são polaciúria (aumento da frequência urinária); nictúria (número de micções em um período de sono); capacidade vesical reduzida; urgência e incontinência de urgência, causadas pelas contrações involuntárias do detrusor associadas à noctúria. Além dos sintomas causados pela hiperplasia, ainda podem surgir algumas complicações como retenção urinária, causada pela falência grave do m. detrusor (musculatura da bexiga) através de obstrução, mas também pode estar relacionada à ingestão de alguns medicamentos, infartos na próstata ou prostatite aguda; litíase vesical,

que na maioria das vezes esta associada à obstrução prostática e pode ocorrer recidivas se realizado somente a remoção de cálculos vesicais, sem cirurgia para alívio do processo obstrutivo; infecções urinárias periódicas podem surgir, causadas por colonização prostática ou de urina residual que provocam bacteremia, esse quadro agrava os sintomas urinários e ocasionalmente provocam retenção urinária, se a infecção persistir, o indivíduo será submetido a uma cirurgia para remoção da próstata; insuficiência renal obstrutiva que manifesta-se de maneira silenciosa o que dificulta o diagnóstico, neste caso é necessário a realização de cirurgia, após um período de exploração vesical contínua e por último, casos de hematúria macroscópica (presença de sangue na urina), causadas por ruptura de vasos submucosos locais, indivíduos nessa situação devem ser avaliados de uma maneira mais cuidadosa, pois a hematúria pode estar relacionada com outras doenças como neoplasias ou litíase (JÚNIOR; FILHO; REIS, 2010).

Conclusão: A Hiperplasia Prostática Benigna é uma alteração que pode ser diagnosticada precocemente, porém a relutância da população masculina em realizar exames assim que presente alguns dos sintomas apresentados contribui para o aumento de casos onde esse tipo de alteração causa sérias complicações ao sistema urinário.

Referencias

AVERBECK, M. A.; BLAYA, R.; SEBEN, R. R.; LIMA, N. G.; DENARDIN, D.; FORNARI, A.; RHODEN, E. L. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v.54, n.4, p. 471-477,2010.

CHUTE, C. G.; PANSER, L. A.; GIRMAN, C. J.; OESTERLING, J. E.; GUESS, H. A.; JACOBSEN, S. J.; LIEBER, M. M. The prevalence of prostatism: a populationased survey of urinary symptoms. **J. Urol.**, Minnesota, v.150, n.1, p. 85-89, 1993.

PIMENTA, R. C. A.; SILVA, T. A.; SOUZA, N. R.; NASCIMENTO, E.; CHERAIM, A. B.; PIANTINO, C. B. Rastreamento da hiperplasia prostática benigna. **Revista Ciência Et Praxis**. Minas Gerais, v.6, n.12, p. 35-38,2013.

ROCHA, A. **Patologia: Processos Gerais para o estudo das doenças**. 2ªed. São Paulo: Rideel, 2011, 245p.

JÚNIOR, A. N.; FILHO, M. Z.; REIS, R. B. **Urologia Fundamental**. São Paulo: Planmark, 2010, 150p.

SROUGI, M.; RIBEIRO, L. A.; PIOVESAN, A. C.; COLOMBO, J. R.; NESRALLAH, A. Doenças da próstata. **Rev. de Med.**, São Paulo, v.87, n.3, p. 166-177, 2008.

NEUROESTIMULAÇÃO ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (TENS) PARA LOMBALGIA NO PERÍODO GESTACIONAL

Marina Campos Guijarro¹; Ana Paula Marques¹; Joice Polido¹; Nádia Cristina Silvério de Souza¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB connectmarina@gmail.com;

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
reinaldomm@uol.com.br;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: lombalgia gravidez, recurso fisioterapia gestação, dor parto e fisioterapia

Introdução: A dor lombar costuma ser determinada como um desconforto axial ou parassagital na região lombar inferior. Sua principal origem é musculoesquelética e pode ser atribuída a um conjunto de fatores mecânicos, circulatórios, hormonais e psicossociais. Este desconforto pode levar a alterações na região pélvica posterior, com ênfase nas articulações sacroilíacas que suportam as mudanças ao longo da gravidez e/ou o estiramento das estruturas intrapélvicas. Desta maneira a dor pode incidir na região lombar e/ou disseminar para as nádegas e região posterior das coxas (SABINO e GRAUER, 2008). Por volta de 50% das grávidas relatam a presença de dor nas costas em algum momento da gestação ou na fase pós-parto. O crescimento do abdômen e dos seios da gestante deslocam o seu centro de gravidade para frente, influenciando na sua postura corporal, com a redução do arco plantar, hiperextensão do joelho e anteversão pélvica, o que leva ao estresse na lordose lombar e tensão nos músculos paraespinais. A pressão sobre os grandes vasos pelo útero reduz o fluxo sanguíneo da coluna vertebral o que também pode gerar a dor lombar, principalmente do meio ao final da gestação. Além disso, ocorre a retenção de água pela ação do hormônio progesterona e a frouxidão ligamentar devido ao hormônio relaxina. Estes hormônios deixam a coluna lombar e a articulação do quadril menos estáveis e com maior vulnerabilidade ao estresse e à dor (CARVALHO et al., 2017). Como método de intervenção fisioterapêutico para a gestão da dor aguda ou crônica, a eletroestimulação nervosa transcutânea (TENS) tem a função analgésica, sendo aplicado para amenizar a dor e assim substituir o uso de analgésicos ou complementá-los. O TENS pode intervir em momentos distintos da fase puerperal para analgesia, melhora a circulação sanguínea local, drenagem de líquidos, tonificação ou relaxamento muscular, além de ser muito aplicado para a analgesia da incisão de cesariana e episiotomia propiciando o adiantamento da restituição da funcionalidade às puerpérias (ALVES et al., 2015).

Objetivos: Estudar os parâmetros de aplicação de TENS para o tratamento da lombalgia no período gestacional e puerpério.

Relevância do Estudo: O presente estudo viabiliza-se pelo seu conteúdo informativo sobre a lombalgia na gravidez, e contribui para a redução da dor lombar em grávidas de forma não farmacológica, diminuição de gastos com medicamentos além de melhorias na qualidade de vida das pacientes gestantes que realizam tratamento fisioterapêutico para dor lombar com TENS.

Materiais e métodos: Foram coletadas as informações de revisões bibliográficas sobre a lombalgia, sua incidência, etiologia, sinais e sintomas, forma de tratamento e recomendações de TENS em sites, como Bireme, Scielo e Pubmed.

Resultados e discussões: A teoria do portão da dor elaborada por Melzack e Wall em 1965 constitui o embasamento desse método eletroterapêutico pelo processo de modulação da assimilação algica efetuado pelo TENS através do envolvimento das fibras aferentes A β no corno posterior da medula, que bloquearia ou dificultaria a ativação das fibras finas que propagam a dor (ALVES et al., 2015). A utilização do TENS provoca analgesia pela ativação de receptores sensoriais periféricos, que acionam o funcionamento das comportas de dor,

elevando a produção de endorfinas. Esse recurso para o controle da dor durante o parto apresenta fácil utilização e pode ser interrompido celeremente conforme a necessidade (BAVARESCO et al., 2011). O TENS na obstetrícia aplica-se na região da medula espinhal relacionada à ativação dos receptores aferentes nociceptivos vinculados ao primeiro e ao segundo estágio do trabalho de parto. No primeiro estágio ocorre a dilatação da cérvix e do segmento uterino baixo e no segundo a dilatação da pelve e períneo, estes correspondem a T10-L1 e S2-S4 respectivamente. O TENS obstétrica utiliza os quatro eletrodos ativados, sendo que entre as contrações os parâmetros são de baixa intensidade, baixa frequência e modo pulsado. Pode-se utilizar o botão booster para aumentar a tensão e durante as contrações os parâmetros são de alta intensidade, alta frequência e modo contínuo (KITCHEN, 2003). Na gestação, acontece uma sequência de alterações no corpo da mulher, seu útero está em constante crescimento, formando um abdômen protruso. Há o deslocamento de seu centro de gravidade, além da liberação de hormônios, como estrógeno e relaxina, que ocasionam um crescente afrouxamento dos ligamentos. Todas essas modificações causam uma lordose exagerada, fazendo com que ela sobrecarregue os músculos lombares e posteriores da coxa, gerando um processo doloroso. A maioria das mulheres apresentam as curvas lombares e torácicas acentuadas (NOVAES; SHIMO e LOPES, 2006). No estudo randomizado de Melo de Paula et al. para o tratamento de dores abdominais em baixo ventre no período puerpério após cesariana foram aplicados os parâmetros do TENS convencional F=100HZ e T=50µs por 50 minutos depois de cessar o efeito anestésico com eletrodos posicionados próximo à incisão cirúrgica. Ao analisar a intensidade da dor antes e após o procedimento com o TENS, constatou-se a efetividade desse método para o alívio da dor de puerpérias em situação pós-operatória de cesariana (ALVES et al., 2015).

Conclusão: A lombalgia no período gestacional e puerpério apresenta uma incidência significativa, sendo o TENS uma abordagem eletroterapêutica frequente para analgesia não farmacológica que possibilita a diminuição dos gastos com medicamentos e o tempo de reabilitação para novas atribuições relacionadas à maternidade, contribuindo para o adiantamento à restituição da funcionalidade, independência e melhorias na qualidade de vida das gestantes e puérperas que foram submetidas à cesariana e/ou episiotomia.

Referências

- ALVES, E. M. S.; RABÊLO, T. N.; SANTOS, M. G. R.; SOUZA, I. G.; LIMA, P. A. L.; SANTANA, L. S. Eletroestimulação nervosa transcutânea para analgesia pós-operatória em cesariana. **Rev. Dor**, São Paulo, v.16, n.4, p. 263-266, 2015.
- BAVARESCO, G. Z.; SOUZA, R. S. O.; ALMEICA, B.; SABATINO, J. H.; DIAS, M. O fisioterapeuta como profissional de suporte à parturiente. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, 2011.
- CARVALHO, M. E. C. C.; LIMA, L. C.; TERCEIRO, C. A. L.; PINTO, D. R. L.; SILVA, M. N.; COZER, G. A.; COUCEIRO, T. C. M. Baixa dor nas costas durante a gravidez. **Rev. Brasileira de anesthesiologia**, Campinas, v.67, n.3, 2017.
- KITCHEN, S. **Eletroterapia: prática baseada em evidências**. Barueri-SP: Manole, 2003.
- NOVAES, F. S.; SHIMO A. K. K.; LOPES, M. H. B. M. Lombalgia na gestação. **Rev. Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.4, 2006.
- SABINO, J.; GRAUER, J. N. Pregnancy and low back pain. **Rev. musculoskeletal medicine**. v.1, p.137-141, 2008.

REVISÃO DE LITERATURA: FISIOTERAPIA NO BRUXISMO

Natália Munhoz Alves da Silva¹; Vitória Veronez¹; Natalia Larissa Coutinho¹; Vanessa Caridi¹; Dara Ribeiro¹; Elaine Camargo Costa e Silva².

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
nattaliemunhoz@hotmail.com;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru - FIB –
vitoria.putinatti@hotmail.com;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
natnat.larissa@outlook.com;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
vanessa_carid@hotmail.com;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
dara.ribeiro95@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
elaineccostaesilva@gmail.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: fisioterapia, bruxismo, disfunção temporomandibular.

Introdução: A ATM (articulação temporomandibular) é a articulação localizada entre o crânio e a mandíbula, tendo funções vitais e indispensáveis como a mastigação, deglutição, fala e a expressão das emoções, a ATM influencia a coluna e é influenciada pela mesma (PÓLI et al., 2003). Segundo Shinkai et al. (1998), o bruxismo é uma atividade parafuncional do sistema mastigatório que inclui apertar ou ranger os dentes, ocorrem contrações rítmicas musculares, sendo mais frequente durante o sono. Durante essa atividade para-funcional, que ocorre quase que inteiramente em nível subconsciente, os mecanismos de proteção neuromuscular estão ausentes, o que pode acarretar danos ao sistema mastigatório e distúrbios temporomandibulares. A etiologia do bruxismo é atribuída a fatores locais (as interferências oclusivas podem ser consideradas como o principal fator desencadeante do bruxismo), sistêmicos (tais como deficiências nutricionais, alergias, parasitoses intestinais e distúrbios endócrinos), psicológicos e hereditários. De acordo com dados epidemiológicos, 40% a 75% da população apresentam ao menos um sinal de DTM, como ruídos na ATM, e 33% pelo menos um sintoma, como dor na face ou na articulação temporomandibular. No Brasil, em estudos realizados em amostras populacionais concluiu-se que 37,5% da população apresentavam ao menos um sintoma de DTM. Entre estudantes universitários, estima-se que 41,3% a 68,6% apresentem algum sinal ou sintoma de DTM (ARENHART, LAZAROTTO e THOMÉ, 2013).

Objetivos: O objetivo do trabalho é demonstrar a mudança na qualidade de vida dos pacientes com bruxismo, submetidos ao tratamento fisioterapêutico.

Relevância do Estudo: O interesse desse estudo foi divulgar informações sobre o tratamento fisioterapêutico e seus benefícios no bruxismo.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca como Scielo, Bireme e Pubmed. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados até junho de 2014.

Resultados e discussões: Trata-se de uma revisão de literatura em que foram avaliados pacientes com diagnóstico de Disfunção Temporomandibular (DTM), avaliado como bruxismo, e tratado com serviço de fisioterapia. Foi aplicado um Questionário para Avaliação de Disfunção Temporomandibular, sendo composto por perguntas fechadas para classificar a origem dessa disfunção. As condições funcionais da ATM dependem do seu equilíbrio

biomecânico com as estruturas do sistema estomatognático (oclusão dentária, músculos da mastigação) e demais peças músculos-articulares do crânio e da coluna cervical. A percepção da dor é um mecanismo complexo, determinado por muitos fatores, incluindo idade, sexo, cultura, influências ambientais e múltiplas variáveis psicológicas. Todos esses aspectos devem ser explorados para que a avaliação seja completa (KAJITA e FASOLO, 2006). É feito também a avaliação postural, onde é avaliado o grau de abertura da ATM, estalidos, lateralidade grau de dor nos principais músculos da mastigação e também o grau de força muscular nos movimentos da articulação, além da musculatura e postura da cervical, é feita também a ausculta da ATM. Segundo Póli et al. (2003), o tratamento fisioterapêutico em pacientes com bruxismo tem como função restabelecer tônus, flexibilidade e resistência muscular adequado, como também diminuir processo inflamatório e alívio da dor. Já a cinesioterapia deve apresentar como consequência o retorno à normalidade funcional da ATM em relação a sua força, amplitude de movimento, flexibilidade e reequilíbrio da coordenação de movimento. Nos atendimentos foram passadas informações educacionais para o dia a dia. Em seguida no decorrer das sessões foram realizados exercícios de relaxamento da coluna cervical, liberação de tensão dos músculos tensos devido à hiperatividade destes e utilizado eletroanalgesia, em pacientes que relatavam muito desconforto. Foi utilizando com maior ênfase a terapia manual e alongamentos dos principais músculos da ATM. Quando os pacientes relataram melhora do quadro algico, iniciaram-se os exercícios de fortalecimento. Emanuel, Aurimar e Riva (2013) lembram que o tratamento para o bruxismo é ainda discutível, uns dos grandes problemas nesses casos é que os pacientes são informados e conscientizados do seu estado, quando os quadros clínicos já tomaram proporções avançadas, além de ser de grande importante destacar e encaminhar o paciente para uma equipe multidisciplinar (odontologia, medicina, fisioterapia e psicologia), tornando assim o tratamento completo.

Conclusão: Verificou-se neste estudo que a fisioterapia no tratamento nas DTMs apresenta grande eficácia. Ainda é impossível estabelecer um plano de tratamento padrão e prever a remissão total da parafunção. Não há um tratamento específico, e cada indivíduo deve ser individualmente avaliado e tratado. Contudo, grande parte das pesquisas demonstrou uma melhora utilizando de diversas técnicas de terapia manual e modalidades de eletroterapia. A Fisioterapia constitui-se em um importante aliado na restauração normal do aparelho e melhorando assim a qualidade de vida.

Referências:

ARENHART, R.; LAZAROTTO, R.; THOMÉ, K. Tratamento fisioterapêutico na disfunção temporomandibular: um estudo de caso. **FisiSenectus.**, v. 1, p. 109-117, 2013.

EMANUEL, G.; AURIMAR, O. A.; RIVA, M. C. Bruxismo: uma revisão de literatura. **Rev. Científica Multidisciplinar das Faculdades São José**, v. 1, n. 1, p. 16-97, 2013.

KAJITA, T. G.; FASOLO, P. S. **Tratamento da fisioterapia em disfunção temporomandibular decorrente do bruxismo: estudo de caso.** 2006. Anais do IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

PÓLI, M. S.; MAROSINI, M. R. M.; MARTINELLI, R. C. P. M. Abordagem interdisciplinar na disfunção temporomandibular – Relato de Caso. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 7, n. 2, p. 171-177, 2003.

SHINKAI, R. S. A.; SANTOS, L. M.; SILVA, F. A.; NOBRE DOS SANTOS, M. Contribuição ao estudo da prevalência de bruxismo excêntrico noturno em crianças de 2 a 11 anos de idade. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 12, n. 1, p. 29-37, 1998.

MOBILIZAÇÃO PRECOCE NA POLINEUROPATIA NO PACIENTE CRÍTICO

Midori Godoi Kanazawa¹; Daniela Stefani da Silva¹ Isabela Suenaga Moço¹; José Wili Martins Maranhão¹; Natalia Caroline Barbaresco Guedes¹; Rodrigo de Alcântara Corral¹; Ana Paula Akashi²

¹Alunos do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – midorikanazawa@hotmail.com;

²Professora do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - ap.akashi@bol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Polineuropatia, UTI, Mobilização precoce.

Introdução: A Polineuropatia do Paciente Crítico (PPC) é uma doença relativamente nova descrita inicialmente na década de 80 por Bolton Charles. Afeta mais frequentemente pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). É caracterizada por fraqueza muscular repentina importante com diminuição dos reflexos tendinosos e/ou da sensibilidade, podendo variar desde uma tetraparesia até tetraplegia flácida. Essa fraqueza muscular adquirida, não se encontra relacionada apenas à perda de massa muscular por conta do grande período de imobilidade no leito ou de determinada patologia, mas também pela presença de infecções severas (sepsis) ou disfunção de múltiplos órgãos, o que propicia o desenvolvimento da polineuropatia (CANINEU et al., 2006). Afeta principalmente de maneira simétrica os músculos das regiões distais dos membros e secundariamente afeta a musculatura da respiração, dificultando o desmame da Ventilação Mecânica (SCHAAF et al., 2004). Sugere-se que a polineuropatia esteja relacionada com a fisiopatologia da sepse, durante a qual há distúrbios na microcirculação, perda da auto regulação dos vasos sanguíneos que suprem os nervos periféricos e a liberação de citocinas que aumentam a permeabilidade dos vasos, resultando em um edema endoneural. Este levaria à hipóxia resultando em degeneração axonal primária de fibras sensitivas e motoras. Ocorre mais distal em função de seu envolvimento no transporte axonal altamente dependente de energia (LATRONICO; BOLTON, 2011). A fraqueza da musculatura esquelética periférica e dos músculos respiratórios, influencia ainda mais a perda funcional e a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente, tornando a fisioterapia a área de atuação com enfoque em minimizar os efeitos deletérios da imobilidade e consequente declínio funcional (SCHAAF et al., 2004).

Objetivos: O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão de literatura para verificar a atuação fisioterapêutica na mobilização precoce dos pacientes críticos com polineuropatias.

Relevância do Estudo: A polineuropatia é uma complicação que pode acometer o paciente crítico aumentando o tempo de internação e as sequelas. A fisioterapia com a técnica de mobilização precoce pode ser um importante tratamento durante o período de internação.

Materiais e métodos: Foram realizadas pesquisas de artigos científicos nos bancos de dados: SCIELO; BIREME; LILACS; e em livros do acervo da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru – FIB.

Resultados e discussões: O tempo prolongado de permanência na UTI constitui o principal fator causador do declínio funcional dos pacientes com a PPC. Dentre os fatores relacionados a este declínio estão: imobilização, sedação prolongada e o uso de bloqueadores musculares tornando os músculos cada vez mais vulneráveis (MESEJO et al., 2006). A recuperação do paciente portador da polineuropatia vai depender de inúmeros fatores como a idade do indivíduo, a doença de base, estado nutricional e o nível de intensidade da reabilitação (DANTAS et al., 2012). Diante das complicações citadas, a fisioterapia possui um papel importante na reabilitação desse paciente, por meio da mobilização precoce na UTI. Essa técnica é baseada em uma sequência de diferentes intensidades como: mudanças de decúbitos e posicionamento funcional, mobilização passiva, exercícios ativo-assistidos e ativos, uso de cicloergômetro na cama; sentar na borda da cama. Os benefícios da mobilização incluem otimização da função respiratória,

maior expansibilidade torácica e complacência pulmonar, reduzindo o declínio funcional, melhora da aptidão cognitiva, neuromusculoesquelética e cardiovascular, além de aumento do bem-estar psicológico, com diminuição do período de ventilação mecânica e do tempo de internação hospitalar além de favorecer a melhora na qualidade de vida pós-alta (FRANÇA et al., 2012). Glaeser et al., (2012) sustentam que, em escala progressiva, podem ser introduzidos movimentos de rolar lado a lado no leito e sedestação à beira do leito, treinos de equilíbrio na posição sentada para estimulação do controle de tronco, transferência lateral para poltrona e evolução para ortostatismo, caso o paciente apresente força de tronco e de membros inferiores contra a gravidade, com o objetivo de melhorar a tolerância ortostática. Segundo Fan (2012), a mobilização precoce é uma terapêutica inovadora que deve ser avaliada para prevenção e tratamento da PPC durante o período na UTI. É composta pela reabilitação progressiva, partindo da amplitude de movimento passivo/ativo, até se sentar na beira da cama e transferências. Dessa maneira minimiza de tal forma a atrofia muscular, que ocasiona a otimização da força e função física, diminuindo o estresse oxidativo e a inflamação, além de precaver a resistência à insulina e disfunção microvascular.

Conclusão: Pode-se concluir que a técnica de mobilização precoce no leito do paciente crítico com polineuropatia na UTI, traz muitos benefícios durante o período de internação e após a alta mostrando que essa área de atuação da fisioterapia é primordial para a melhora funcional do paciente.

Referências

- BOLTON, C.F. The value of diagnostic imaging techniques in the management of diseases of the nervous system. **Canadian Medical Association Journal**, v. 130, n. 11, p. 1.425-1.426, June, 1984.
- CANINEU, R.F.B.; CABRAL, M.M.; GUIMARÃES, H.P.; LOPES, R.D.; SAES, L.S.V.; LOPES, A.C. Polineuropatia no paciente crítico: Um diagnóstico comum em medicina intensiva? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 307-310, 2006.
- DANTAS, C.M.; SILVA, P.F.S.; SIQUEIRA, F.H.T.; PINTO, R.M.F.; MATIAS, S.; MACIEL, C.; OLIVEIRA, M.C.; ALBUQUERQUE, C.G.; ANDRADE, F.M.D.; RAMOS, F.F.; FRANÇA, E.E.T. Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos, **Rev Bras Ter Intensiva**, Recife, v. 24, n. 2, p.173-178, 2012.
- FAN, M.D.E. Critical illness neuromyopathy and the role of physical therapy and rehabilitation in critically ill patients, **Respiratory Care**, Toronto/Canadá, v. 57, n. 6, 2012.
- FRANÇA, E.E.T.; FERRARI, F.; FERNANDE, P.; CAVALCANTE, R.; DUARTE, A.; MARTINEZ, B.P.; ALQUIM, E.E.; DAMANCENO, M.C.P. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 6-22, 2012.
- GLAESER, S.S.; CONDESSA, R.L.; GÜNTZEL, A.M.; SILVA, A.C.T.; PREDIGER, D.T.; NAUE, W.S.; WAWRZENIAK, I.C.; FIALKOW, L. Mobilização do paciente crítico em ventilação mecânica: relato de caso, **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 208-212, 2012.
- LATRONICO, N., BOLTON, C.F. Critical illness polyneuropathy and myopathy: a major cause of muscle weakness and paralysis. **Lancet Neurol**. Oct; v. 10, n. 10, p. 931-41, 2011.
- MESEJO, A.; PÉREZ-SANCHO, E.; MORENO, E. Consecuencias clínicas de las alteraciones neuromusculares en el paciente crítico. **Nutr. Hosp**, Valencia, v. 21, n. 3, p. 104-113, 2006.
- SCHAAF, M.; VAN, D.E.R.; BEELEN, A.; VOS, R. Functional outcome in patients with critical illness polyneuropathy, **Disability and Rehabilitation**, Amsterdam, v. 26, n. 20, p. 1189-1197, 2004.

INFLUÊNCIA DO DIABETES MELLITUS GESTACIONAL NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Aline Francieli Gibara Garcia¹; Cintia Zacaib Silva²; Fernanda Piculo²;

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB aline210294@gmail.com;

²Professoras do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Incontinência urinária; *Diabetes mellitus* gestacional; Gestação.

Introdução: A importância do *Diabetes mellitus* (DM) vem crescendo como problema de saúde pública, devido ao aumento da sua prevalência, morbidade e mortalidade. A Organização Mundial de Saúde estima que até 2030 o número de pessoas com diabetes será de aproximadamente 366 milhões e que ainda neste século, o Brasil terá aproximadamente 11 milhões de indivíduos com essa patologia (COSTA *et al.*, 2015). O DM afeta múltiplos sistemas orgânicos, incluindo o sistema urinário em aproximadamente metade dos pacientes diabéticos e dos que apresentam apenas hiperglicemia. Vários estudos epidemiológicos vêm apontando o aumento de risco (50 a 200% mais comum) de incontinência urinária (IU) entre mulheres com DM tipo 2 em comparação às mulheres com níveis normais de glicose. A IU, definida como qualquer perda involuntária de urina, possui inúmeros fatores de risco envolvidos no seu desenvolvimento, porém a associação com o diabetes é de grande interesse atualmente. Por outro lado, é elevada a ocorrência de IU na gestação, com prevalência de 63,3% entre 500 gestantes do interior do Estado de São Paulo (RUDGE *et al.*, 2011). Existem apenas 3 estudos na literatura que mostram alguma relação da tríade DM, gestação e IU, o que impõe a necessidade de mais estudos que elucidem essa interação.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi investigar a influência do *Diabetes mellitus* gestacional na incontinência urinária no período gestacional e após o parto.

Relevância do Estudo: A associação entre diabetes e IU e entre gestação e IU é bem estabelecida, no entanto a associação entre *Diabetes mellitus* gestacional (DMG) e IU é escassa na literatura. Além disso, a gravidade da incontinência urinária pós-parto e seu impacto na qualidade de vida (QV) nesta população têm sido muito pouco estudado.

Materiais e métodos: Trata-se de estudo transversal descritivo com abordagem quantitativa, aprovado pela Plataforma Brasil sob protocolo 401.058, no qual foi realizado levantamento de dados de 317 questionários referentes à avaliação da IU quanto à gravidade e seu impacto na qualidade de vida. A coleta de dados ocorreu nos períodos de 24 a 28 semanas de gestação e 6 a 12 meses pós-parto. Foi utilizada ficha de avaliação referente à caracterização sócio demográfica e histórico gineco-obstétrico, além do uso de questionários específicos, complementares e validados no Brasil para caracterização da IU: ISI (Índice de Severidade da Incontinência) e ICIQ – SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form*). Após o resultado do Teste Oral de Tolerância à Glicose (TTG) para diagnóstico do DMG e inquérito da IU, foi possível classificar as participantes do estudo em 4 grupos: normoglicêmicas continentais (NC), normoglicêmicas incontinentes (NI), diabéticas continentais (DC) e diabéticas incontinentes (IU).

Resultados e discussões: Os grupos diabéticos (contínente e incontinente) apresentaram maior média de idade, maior IMC pré-gestacional e final e maiores valores no TTG em comparação aos grupos normoglicêmicos. O grupo DI foi o que apresentou maior porcentual de gestantes hipertensas. Apesar de não apresentar diferença significativa entre os tipos de IU na comparação entre os grupos nos períodos estudados, a análise geral evidencia que a IUE foi o tipo de perda urinária mais frequente na gestação e pós-parto, independente do

grupo. A literatura confirma que a IUE é o tipo mais comum de IU em gestantes, com prevalência encontrada no intervalo de 18,6% a 75% (SANGSAWANG, 2014). As respostas às questões do ICIQ-SF no período gestacional e após o parto mostraram que a presença do DMG resulta em maior quantidade e frequência de perda urinária. A avaliação do impacto da IU na qualidade de vida também apresentou maior escore no grupo diabético, o que corresponde a um maior percentual de impacto grave e muito grave, comparado a um impacto leve e moderado no grupo normoglicêmico. Quanto ao escore geral do ICIQ-SF, as mulheres diabéticas apresentaram maiores pontuações durante a gestação e após o parto, o que reflete em pior gravidade e impacto da IU na QV. A avaliação geral evidencia que a perda ao tossir e espirrar é a mais frequente em ambos os períodos. A análise específica da severidade da IU pelo questionário ISI demonstrou maiores valores do escore nas mulheres diabéticas, com elevada proporção de sintomas grave e muito grave durante a gestação e após o parto. O valor epidemiológico do presente estudo elucida a relação entre DMG e IU durante o período gestacional e após o parto. Por meio do uso de questionários específicos validados, nossos resultados mostraram alta aprevalência de IU em mulheres diabéticas, com sintomas mais graves durante a gestação até o período pós-parto. Estes dados estão de acordo com outros estudos em que o DMG está relacionado à maior risco de IU (EBBESEN *et al.*, 2007; SANGSAWANG., 2014).

Conclusão: As gestantes diabéticas tendem a exibir sintomas mais graves de IU, bem como pior impacto na QV durante a gravidez, com uma tendência excessiva de mostrar reação similar até um ano pós-parto. Este estudo não só contradiz o conceito antigo de que os efeitos do DMG desaparecem logo após o parto, mas também reforçam a interação positiva entre gestação, DMG e resultado materno a longo prazo. Profissionais da saúde, incluindo os fisioterapeutas, devem trabalhar com as gestantes para prevenir e minimizar a carga de sintomas de IU e o desenvolvimento de DM e IU pós-parto.

Referências

COSTA, R. C.; CAMPOS, M. O. C.; MARQUES, L. A. R. V.; NETO, E. M. R.; FRANCO, M. C.; DIÓGENES, E. S. G. Diabetes gestacional assistida: perfil e conhecimento das gestantes. **Saúde (Sta Maria)**, v. 41, n. 1, p. 131-140, 2015 .

EBBESEN, M. H.; HANNESTAD, T. S.; MIDTHEJELL, K.; HUNSKAAR, S. Diabetes and urinary incontinence—prevalence data from Norway. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 86, n. 10, p. 1256-1262, 2007.

RUDGE, M. V. C.; GIRÃO, M. J. C.; GRUPO ACADÊMICO DIABETES E GRAVIDEZ – CLINICO E EXPERIMENTAL.; GRUPO ACADÊMICO ASPECTOS CLINICOS, MOLECULARES E GENICOS DA INCONTINENCIA URINÁRIA FEMININA. Diabete gestacional e incontinência urinária: interação entre a Ginecologia e a Obstetrícia. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 33, n. 5, p. 207-210, 2011.

SANGSAWANG, B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 178, p. 27-34, 2014.

“TERMOGRAFIA: VISÃO FISIOTERAPÊUTICA” – REVISÃO DE LITERATURA

Amanda D. Santos¹, Reinaldo M. Marques².

1 Alunos do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
amanda_damaceno95@yahoo.com.br

2 Professor do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavra-chave: Termografia, Raios Infravermelhos, Diagnóstico.

Introdução: O corpo humano é um sistema que continuamente se aquece e resfria para manter um equilíbrio eficaz através da transferência de calor e radiação. A termorregulação é o controle da temperatura do corpo que deve ser mantida constante dentro de uma variação térmica pequena, mesmo em situações de grandes diferenças de temperaturas (BRIOSCHI et al., 2010). O corpo humano transmite uma simetria térmica. Quando há qualquer assimetria é possível realizar diagnósticos de alterações neurovasculares, processos inflamatórios, fraturas de estresse, artralguas patelofemorais, doenças reumáticas, doenças periodontais, inflamações do trato lacrimal, anormalidades da tireoide, até mesmo neoplasias. Uma diferença de pelo menos 0,3°C é considerada como assimetria (SANTOS et al., 2014 e BRIOSCHI, ABRAMAVICUS e CORRÊA, 2005). O imageamento infravermelho (IR) é um procedimento diagnóstico que mensura a energia infravermelha emitida pelo corpo. Estas medidas se expressam na forma de imagens de alta resolução que constituem a base para serem utilizadas no diagnóstico de condições neuromusculares dolorosas como discopatias, síndrome de dor miofascial, miosites, lesões musculoligamentosas, radiculopatias, distrofia simpático-reflexa, síndromes do túnel do carpo e do tarso, lesões esportivas, síndromes compressivas neurovasculares do desfiladeiro torácico e inflamações de artrites, tendinites e bursites (BRIOSCHI, ABRAMAVICUS e CORRÊA, 2005). A termografia é uma modalidade de imagem, não invasiva, que mede e mapeia a distribuição da temperatura emitida pela superfície do corpo analisando a função vasomotora relacionada com o controle da temperatura cutânea, não substituindo o estudo anatomopatológico (BRIOSCHI et al., 2010). É o meio mais eficiente para o estudo da distribuição da temperatura cutânea atualmente, e é um método de diagnóstico que avalia a microcirculação da pele por meio da mensuração das variações de temperatura causadas por maior ou menor irrigação de um território microvascular, gerando contraste para imagens de alta resolução (BRIOSCHI, MACEDO e MACEDO, 2003).

Objetivo: Verificar a importância da Termografia como ferramenta de diagnóstico fisioterapêutico, mostrando sua importância, aplicabilidade e facilidade.

Relevância do Estudo: Este tema foi selecionado para estudo, pois a Termografia vem sendo eficaz como meio auxiliar de diagnóstico fisioterapêutico.

Materiais e Métodos: A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Pub Med, Scielo, Bireme, Lilacs, revistas eletrônicas, livros e google acadêmico, nos idiomas português e inglês, sem limitação de data.

Resultados e Discussões: O corpo humano está constantemente produzindo calor através de fontes endógenas e recebendo calor do meio externo. Sob uma variedade de condições físicas e ambientais, o equilíbrio entre a produção e a perda do calor devido ação dos centros termorreguladores, mantém a temperatura corporal em níveis estáveis, em torno dos 37°C (CAMARGO e FURLAN, 2011). A radiação infravermelha cutânea reflete o fluxo sanguíneo da pele, sendo esse fluxo alterado em vasculopatias, doenças inflamatórias, traumáticas reumáticas e infecciosas. Assim, pacientes com dor apresentam imagens IR anormais associados a alterações vasomotoras. O diagnóstico de anormalidades

neurológicas e musculoesqueléticas por imagem IR é baseado na assimetria infravermelha (BRIOSCHI, ABRAMAVICIUS e CORREA, 2005). As imagens demonstram diferenças de temperatura que podem estar relacionadas a processos fisiológicos, às respostas sistêmicas, a alterações vasculares, lesões ou disfunções musculares e neurológicas. A termografia tem sido utilizada como instrumento para documentação e investigação de dores agudas e crônicas e sua maior aplicação ocorreu devido o desenvolvimento tecnológico dos aparelhos e sistemas computacionais a partir do século XX (LIMA et al., 2015). O interesse das áreas médicas, como a fisioterapia é justificado pelo fato de que tal técnica pode ter uma aplicação generalizada para fins de diagnósticos, prognósticos, biometria, monitoramento de pacientes (MEIRA, et al., 2014).

Conclusão: Pode-se concluir através da presente revisão que a termografia pode ser utilizada como uma excelente ferramenta de diagnóstico para a Fisioterapia por ser um método não invasivo, sem efeitos colaterais, com boa sensibilidade e confiabilidade. Neste estudo, pode-se observar que a termografia pode ser aplicada em diversas áreas no campo da saúde. Diante dessas informações, é possível concluir que o uso da termografia em conjunto com observações clínicas ou outros exames complementares pode ser decisivo para definição do diagnóstico médico ou para avaliar a eficácia das modalidades terapêuticas. É uma ferramenta de diagnóstico relativamente barata e que pode ser usada tanto na prevenção quando no tratamento e acompanhamento de distúrbios já existentes.

Referências

BRIOSCHI, M. L.; TEIXEIRA, M. J.; SILVA, F. M.; COLMAN, D.; **Princípios e Indicações da Termografia Médica**. 1ª ed. São Paulo: Andreoli, 2010, p. 19-28.

BRIOSCHI, M. L.; ABRAMAVICIUS, S.; CORRÊA, C. F.; Valor da imagem infravermelha na avaliação da dor. **Rev. Dor**. v. 6, n. 1, p. 514- 524, 2005.

BRIOSCHI, M. L.; MACEDO, J. F.; MACEDO, R. A. C.; Termometria cutânea: novos conceitos, **J Vasc Br**, v. 2, n. 2, p. 151-160, 2003.

CAMARGO, M. G.; FURLAN, M. M. D. P.; Resposta fisiológica do corpo às temperaturas elevadas: exercício, extremos de temperatura e. **Revistas Saúde e Pesquisa**. v. 4, n. 2. p 278-288, 2011.

LIMA, R. P. S.; et al. Análise Termográfica de Corpo Inteiro: indicações para investigação de dores crônicas e diagnóstico complementar de disfunções secundárias. **Pan Am J Med Thermol**. v. 2, n.2, p. 70-77, 2015.

MEIRA, L. F.; KRUEGER. E.; NEVES, E. B.; NOHAMA. P.; SOUZA, M. A.; Termografia na Área Biomédica. **Pan Am J Med Thermol**. v.1, n.1, p. 31-41, 2014.

SANTOS, M. G. R.; SILVA, L. G. C.; SOUZA, J. R.; LEMOS, T. V.; Termografia: uma ferramenta de auxílio no diagnóstico fisioterapêutico – revisão de literatura. **MTP&RehabJournal**. Goiânia, V. 12, p. 1013-1032, 2014.

ADESÃO ÀS MEDIDAS PARA PREVENÇÃO DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA IMPLEMENTADAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Barbara Suares de Almeida¹; Emilene Cristine Izu Nakamura Pietro²; Celio Guilherme Lombardi Daibem³

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – babisuares@gmail.com;

²Enfermeira da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do Hospital Estadual de Bauru – HEB, Bauru, SP – enakamura.heb@famesp.org.br

³Professor do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB
celiodaibem@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Pacotes de Assistência ao Paciente; Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; Unidade de Terapia Intensiva; Fisioterapia.

Introdução: A pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) surge em 48 a 72 horas após a instituição de ventilação mecânica invasiva (VMI), é considerada uma importante infecção nosocomial e apresenta alta letalidade, sendo comum em pacientes que estão sob ventilação mecânica em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Possui alta taxa de morbimortalidade e prolonga o tempo de hospitalização dos pacientes, gerando assim grande custo assistencial para as instituições de saúde. Desta forma, como medida de prevenção da PAV, vem sendo implementado nas UTIs, pacotes de cuidados, também conhecidos como *bundles*, que são dinâmicos, simples, de fácil reprodução e quando implementados em conjunto, envolvendo médicos, fisioterapeutas e profissionais da enfermagem, tem apresentado resultados expressivos na diminuição da ocorrência da PAV e consequentemente a diminuição dos custos hospitalares. Neste sentido, estudos que buscam verificar a adesão da equipe de profissionais intensivistas quanto as práticas de prevenção de PAV, justificam-se não apenas pelo impacto econômico, mas sobretudo por repercutir na qualidade da assistência e no prognóstico do paciente.

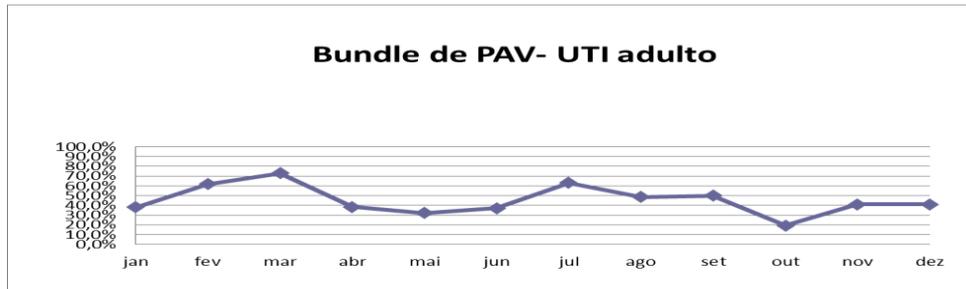
Objetivos: Avaliar a adesão às medidas preventivas para pneumonia associada à ventilação mecânica pelos profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

Relevância do Estudo: Proporcionar um *feedback* sobre a qualidade na assistência aos pacientes da UTI, e evidenciar com embasamento científico a importância da implementação e realização dos itens do pacote de cuidados, atentando para necessidade de ações multidisciplinares que sejam aplicadas na prática diária da assistência.

Materiais e métodos: Estudo de coorte retrospectivo de janeiro a dezembro de 2016, em que foi realizado uma avaliação da conformidade dos itens que compõe o *bundle* de prevenção da PAV, composto pela posição da cabeceira entre 30° a 40°, troca do filtro hidrofóbico HME, interrupção diária da sedação, profilaxia para úlcera péptica, profilaxia de trombose venosa profunda (TVP), higiene oral com clorexidina aquosa e pressão do cuff entre 25-28 cm H₂O. A checagem foi realizada quatro vezes a cada mês, por profissionais que compõe a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), registrando cada item como atendido ou não atendido em relação a conformidade.

Resultados e discussões: A presente pesquisa evidenciou que houve alta adesão geral ao *bundle* de PAV, sendo que em 5 dos 7 itens a média esteve a cima de 70% nos 12 meses. Muitos estudos apontam que a aplicação de *bundles* é realidade em nosso meio científico, pois é um recurso largamente utilizado, e quando há colaboração da equipe no cumprimento de todos os itens do *bundle* de forma consciente e engajada, observa-se uma diminuição na ocorrência da PAV, e consequentemente, a diminuição dos custos hospitalares (MANSANO et al.,2017; BAGGIO et al.,2016; ALMEIDA et al., 2015). No estudo de Burja et al. (2017) com objetivo de determinar a eficácia de um pacote de prevenção da PAV e avaliar sua incidência antes e após a introdução das medidas, relataram uma

diminuição significativa na incidência de pneumonia e apoiam o uso do pacote de prevenção de PAV na prática clínica. Rodrigues et al. (2016) em seu estudo concluíram que a implementação inadequada por treinamento deficitário, a falta de insumos necessários e supervisão contínua, levam a falhas relacionadas na implementação das medidas de prevenção, pois deve ser realizado um planejamento, sensibilização dos profissionais e a garantia de materiais para a execução das medidas preconizadas pelo bundle. Portanto, podemos associar a alta adesão encontrada na maioria dos itens da nossa pesquisa com a realização constante de inspeção contínua e intervenções educativas no referido hospital.



Conclusão: Em nosso estudo conseguimos observar e mensurar, em um período de 12 meses, o percentual de aderência ao *bundle* de PAV, o que nos permitiu concluir que no período avaliado houve uma alta e satisfatória adesão às medidas preventivas para pneumonia associada à ventilação mecânica, pelos profissionais que atuam na UTI de um hospital público do interior de São Paulo. Futuramente serão realizados mais estudos para relacionar o impacto dessas ações com o índice de ocorrência da PAV.

Referências

ALMEIDA, K. M. V.; BARROS, O. M.C.; SANTOS, G. J. C.; VALENÇA, M. P.; CAVALCANTI, A. T. A.; FERRE, K. O. Adesão às medidas de prevenção para pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Enferm UFSM**, v. 5, n. 2, p. 247-256, 2015.

BAGGIO, L., MACHADO, A. S.; CABERLON, C. F.; JUNIOR, L. A. F.; SCHUSTER, R.F. Bundles para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista inspirar movimento & saude**, v. 8, n. 1, 2016.

BURJA, S.; BELEC, T.; BIZJAK, N.; MORI, J.; MARKOTA, A.; SINKOVIC, A. Efficacy of a bundle approach in preventing the incidence of ventilator associated pneumonia (VAP). **Bosnian Journal of Basic Medical Sciences**, 2017.

MANSANO, F. P. N.; BELEI, R. A.; VINCI, L. A. S.; MELO, B. L. D.; CARDOSO, L.T. Q.; GARCIA, J. C. P. et al. Impacto de ação educativa na manutenção do decúbito elevado como medida preventiva de pneumonia associada à ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva. **ABCS Health Sci**. v. 42, n. 1, p. 21-26, 2017.

RODRIGUES, A. N.; FRAGOSO, L. V. C.; BESERRAI, RAMOS, F. M. I. C. Impactos e fatores determinantes no *bundle* de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p. 1108-14, 2016.

PREVALÊNCIA DE LESÕES EM ATLETAS E NÃO ATLETAS DE CORRIDA DE RUA

Carolina De Lucca Dos Reis¹; Reinaldo M. Marques²

¹Aluna do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – carolfisio2017@gmail.com.br;

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB reinaldomm@uol.com.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: traumatismos em atletas, prevalência, corrida.

Introdução: Atualmente, o critério da Associação Internacional das Federações de Atletismo/IAAF define as Corridas de Rua, como as disputadas em circuitos de rua, avenidas e estradas com distâncias oficiais variando entre 5 e 100 km (TRUCCOLO, BARNI e FEIJÓ, 2008). Para Campos et al., (2016) sua prática vem aumentando no Brasil, tanto pela facilidade de sua prática como pelos amplos benefícios a saúde e seu baixo custo. Mesmo com todos os benefícios da prática da Corrida de Rua, a incidência de lesões no aparelho locomotor, sobretudo em membros inferiores tem aumentado. Esse aumento pode ser explicado pela falta de orientação profissional para a prática da corrida (EUCLIDES e COELHO, 2016). Os principais motivos que levam indivíduos a praticarem atividade física é a estética, a saúde, o estresse, o prazer e a socialização. Além disso, os fatores que os indivíduos apresentaram como pretexto para não se exercitar eram a falta de tempo, de energia e de motivação como descritos no inventário de Motivação à Prática Regular de Atividades Físicas e Esportivas, o IMPRAFE-132 é formado por respostas em uma escala de Tipo Likert, onde são graduados em sete pontos (BALBINOTTI, 2010).

Objetivos: O presente estudo terá por objetivo analisar os perfis motivacionais de um grupo de Corredores de Rua da cidade de Bauru/SP, com diferentes tempos de prática e suas possíveis lesões, além de investigar o grau de associação da prevalência de lesões.

Relevância do Estudo: As avaliações Fisioterapêuticas em atletas e não atletas, de uma forma geral, são de suma importância para um bom desempenho durante essas atividades atléticas detectando, evitando e prevenindo possíveis lesões. Em praticantes da Corrida de Rua não poderia ser diferente pelas suas características e possíveis lesões. Essas avaliações podem auxiliar no seu dia a dia trazendo uma melhora na sua qualidade de vida!

Materiais e métodos: A amostra será constituída por 200 voluntários de ambos os sexos, maiores e 18 anos e participantes de grupos de Corridas de Rua da cidade de Bauru/SP. Para a obtenção dos dados será utilizado o Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física e Esportiva (IMPRAFE-132), que avalia as seis possíveis dimensões que motivam a realização de atividades físicas ou esportivas (BALBINOTTI et al, 2015) como: Controle do Estresse, Saúde, Sociabilidade, Competitividade, Estética e Prazer. Além desse Inventário, o questionário será complementado e construído pelos próprios autores como sugerido por Yamato, Saragiotto e Lopes (2011), que apresentará questões abertas e fechadas como: os dados pessoais do voluntário (nome, idade, gênero, estatura, peso e contato); o perfil de treinamento, onde constarão questões relacionadas ao tipo de piso predominante no treino (asfalto, grama, terra e areia), número de treinos por semana e metragem semanal de treino e questões relacionadas à presença ou não de dor de origem musculoesquelética naquele momento. O questionário será preenchido pelos próprios entrevistadores e aplicado momentos após o término de suas atividades e os dados serão analisados pelas planilhas do Excel. Este estudo teve o parecer favorável pelo CEP/FIB nº. 1.978.298

Resultados e discussões: Foram avaliados no total 102 indivíduos, 53 do sexo feminino com média de idade de 35,81 ± 7,12 anos e 49 do sexo masculino com média de idade de

39,29 ± 7,57 anos. Dentre os resultados mais significantes aparecem dimensões motivacionais no grupo feminino a saúde obteve 90,57%, o prazer 71,7%; a estética 37,73%; a sociabilidade 28,3%; o controle de estresse 22,64% e a competitividade 13,2%. No grupo masculino a saúde obteve 79,6%, o prazer 69,4%; a estética 12,24%; a sociabilidade 20,4%; o controle de estresse 32,7%; a competitividade 30,6% e 2% outros. Dentre as lesões apresentadas no gráfico 1 e 2, no grupo masculino 30,61% não apresentou nenhuma lesão; 28,57% estiramento; 14,3% entorse; 10,2% lesão ligamentar. No grupo feminino 43,4% não apresentou nenhuma lesão; 13,2% fratura por estresse; 7,55% ruptura muscular parcial; 5,7% lesão ligamentar. Sobre as lesões desportivas, em outros estudos os principais tipos de lesões descritos foram: dor no joelho (30,4%), distensão/estiramento muscular (16,7%), tendinites (10,1%), dor nos quadris (7,3%) e dor na coluna (7%). No presente estudo 30,61% no grupo masculino e 43,4% não apresentou nenhuma lesão, que pode ser explicado pela maioria dos entrevistados terem orientação de um profissional. Segundo Balbinotti et al.; (2015), as dimensões motivacionais mais utilizadas pela literatura especializada para entender os motivos que levam indivíduos à prática regular de atividades físicas ou esportivas são: Controle de Estresse, Saúde, Sociabilidade, Competitividade, Estética e Prazer, dados que corroboram com os resultados deste estudo.

Conclusão: A principal motivação dos corredores foi saúde e o prazer que a corrida proporciona. A incidência de lesões foi inferior a maioria dos trabalhos com corredores e creditamos esse fato a orientação profissional que eles tinham.

Referências

- BALBINOTTI, M. A. A.; GONÇALVES, G. H. T.; KLERING, R. T.; WIETHAEUPER, D. ; BALBINOTTI, C. A. A.; Perfis motivacionais de corredores de rua com diferentes tempos de prática. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. **Rev Bras Ciênc Esporte**, v.37, n.1, p.65-73, 2015.
- BALBINOTTI, M. A. A.; **Intervenção de motivos para a prática regular de atividades físicas e esportivas (IMPRAF-132)**. 3º versão Service d'Intervention et de recherche em orientation et psychologie (SIROP), Montreal, Canadá. 2010.
- EUCLIDES, M.; F.; COELHO, J. DE C. A.; Corredores de rua: perfil. **Rev. Conexão Eletrônica**, Três Lagoas, MS, v.13, n. 1, 2016.
- CAMPOS, A. C.; PRATA, M. S.; AGUIAR, S. DA S.; CASTRO, H. DE O.; PIRES, R. DIEGO L.; PIRES, F; DE O.; Prevalência de lesões em corredores de rua amadores. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v.3, n.1, p.40-45, 2016.
- TRUCCOLO, A. BARNI.; MADURO , P. A.; FEIJÓ , E. A.; Fatores motivacionais de adesão a grupos de corrida. **Motriz**, Rio Claro, v.14, n.2, p.108-114, 2008.
- YAMATO, T. P.; SARAGIOTTO, B. I.; LOPES, A. D.; Prevalência de dor musculoesquelética em corredores de rua no momento em que precede o início da corrida. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 2, p. 475-482, 2011.

A EFICÁCIA DA EQUOTERAPIA NA SÍNDROME DE DOWN: REVISÃO DE LITERATURA

Clézia Aparecida dos Santos Oliveira¹; Carolina Tarcinalli Souza²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – clezia_09@hotmail.com;
Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
caroltar@msn.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Fisioterapia, Síndrome de Down, Equoterapia.

Introdução: A Síndrome de Down (SD) é uma condição genética cuja trissomia na banda cromossômica 21q22 é a alteração mais frequente, cerca de 95% dos casos. Os outros 5% incluem translocação, mosaicismos ou duplicação gênica. As causas variam como: comprometimento intelectual com graus variáveis de dificuldades físicas e cognitivas, Cardiopatia Congênita; Hipotonia; Problemas de Audição; de visão; Alterações na coluna cervical; Distúrbios da Tireoide; Problemas Neurológicos; Obesidade e envelhecimento precoce; base alargada (TRINDADE; NASCIMENTO, 2016). O fisioterapeuta analisa tanto a criança quanto o ambiente familiar, isso corrobora com as pesquisas de Brofenbrenner (1996) propôs a Teoria Bioecológica do desenvolvimento humano, na qual o desenvolvimento é visto como o processo por meio do qual as propriedades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudanças nas características do ser humano durante seu curso de vida. A fisioterapia agrega vários recursos, mas nas últimas pesquisas, foi evidenciado, que as crianças com Síndrome de Down apresentaram maior laço afetivo com a Equoterapia, a qual é um dos tipos de terapia assistida por animais (TAA) (TORQUATO et al., 2013).

Objetivos: Verificar a eficácia da equoterapia no desenvolvimento de crianças com síndrome de Down.

Relevância do Estudo: A Equoterapia é uma abordagem terapêutica que envolve mecanismo perceptivo-cognitivo-motor, é relativamente nova no Brasil, sendo assim, importante à investigação científica, para sua comprovação e seus benefícios.

Materiais e Métodos: A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Medline, Lilacs, Scielo, PubMed e revistas eletrônicas, nos idiomas português, inglês e espanhol, com limitações de data.

Resultados e Discussões: Torquato et al., (2013) na realização de seu estudo transversal, procurou verificar a aquisição de marcos motores em crianças com Síndrome de Down que realizavam a equoterapia ou fisioterapia convencional, fazendo assim, uma comparação entre os ganhos dos marcos entre os dois métodos de tratamento para indivíduos com SD. Barbosa (2006) descreveu que houve uma melhora na postura de tronco dos pacientes com síndrome de Down, observando uma redução nos ângulos de cifose em seis crianças após intervenção pela equoterapia, afirmando que sentar com as pernas abduzidas, além de estímulos variados aplicados à pelve e a todo corpo, aprimoraram as reações de equilíbrio, controle postural de tronco, ativação da pelve e das articulações, contribuindo para a normalização do tônus muscular.

Saraiva e Liberato (2016) obtiveram resultados semelhantes em sua pesquisa, na qual utilizaram três pacientes com Síndrome de Down para analisar a eficácia da equoterapia a curto prazo em um programa de cinco semanas (10 sessões), encontrando como maior benefício o controle e alinhamento postural.

Conclusão: A Equoterapia como um dos recursos terapêuticos, contribuiu para a melhora do alinhamento biomecânico e conseqüentemente ativação e sinergia muscular, confirmando a eficácia do método na aquisição e melhora das habilidades motoras.

Referências

BARBOSA, R. Efeito da Equoterapia na postura de tronco de crianças diplégicas sentadas. **XII Congresso Internacional de Equoterapia- Coletânea de Trabalhos- Associação nacional de Equoterapia**. Brasília, p. 10, agosto, 2006.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LERMONTOV, Tatiana. **A psicomotricidade na Equoterapia**. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.

SARAIVA, A. R.M; LIBERATO, F.R. Atuação da equoterapia em crianças com síndrome de Down. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires- Ano 21- n. 216, 2016.

TORQUATO, J. A.; LANÇA, A. F.; PEREIRA, D.; CARVALHO, F. G.; SILVA, R. D. D. A aquisição da motricidade em crianças portadoras de Síndrome de Down que realizam fisioterapia ou praticam equoterapia. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 515-525, 2013.

TRINDADE, A.S.; NASCIMENTO, M. A. Avaliação do Desenvolvimento Motor em Crianças com Síndrome de Down. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 22, n. 4, p. 577-588, Dec. 2016.

OS EFEITOS DO MÉTODO PILATES NAS ALTERAÇÕES DA COLUNA LOMBAR

Daiane Aparecida Vicente¹, Alex Augusto Vendramini²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB daianevicentespt@hotmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - alexvendramini@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Dor Lombar; Técnicas de Exercício e de Movimento; Deslocamento do Disco Intervertebral.

Introdução: A lombalgia é considerada uma das manifestações mais comuns apresentadas pelo ser humano. As condições desencadeantes da lombalgia são diversas, incluindo acometimentos degenerativos ou traumáticos no disco intervertebral ou no corpo vertebral (OCARINO et al., 2009). A Organização Mundial da Saúde reconhece a lombalgia como um comprometimento que revela perda ou anormalidade da estrutura da coluna lombar, estando entre as razões mais comuns para consultas médicas. No Brasil existem estimativas de que mais de 10 milhões de pessoas sofram com a incapacidade relacionada à dor lombar tornando-se uma das patologias mais encontradas na prática fisioterapêutica (MACHADO e BIGOLIN, 2010). Hoje, vários ensaios clínicos controlados e randomizados avaliam a eficácia do Pilates no tratamento da dor lombar com resultados iniciais promissores (LEVINE, KAPLANEK e JAFFE, 2009).

Objetivos: O objetivo desse estudo foi revisar a literatura sobre os efeitos do Pilates nas alterações da coluna vertebral.

Relevância do Estudo: Demonstrar os efeitos do método Pilates no tratamento das alterações da coluna vertebral.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão bibliográfica, sendo consultado às principais bases de dados: Scielo, Lilacs, Bireme e PubMed. Também foram incluídos trabalhos utilizando livros, dissertações e teses, sem delimitação de tempo.

Resultados e discussões: O método Pilates inclui vários exercícios de fortalecimento e alongamento, sendo composto por dois tipos de aula: Pilates no solo (também denominado The Mat), podendo ser realizado com auxílio de acessórios como bolas suíças, halteres e caneleiras, e Pilates baseados em equipamentos (realizados em máquinas com ou sem molas) (MIYAMOTO et al., 2016). Durante a execução dos exercícios devem ser enfatizados seis princípios básicos: concentração, controle, precisão, fluidez do movimento, respiração e contração do centro de força. O centro de força (power house) constitui-se pelos músculos abdominais, reto abdominal, oblíquo interno e externo, transversos do abdome, glúteos, músculos do períneo e paravertebrais lombares, que são responsáveis pela estabilização estática e dinâmica do corpo e, segundo o método, estes músculos devem ser contraídos durante a expiração, garantindo a manutenção da postura correta, com menor gasto energético aos movimentos, e diminuição do risco de lesões (SIQUEIRA et al., 2015). Oliveira e Horodéski (2013) realizaram um estudo com objetivo de analisar os efeitos do método Pilates na redução do grau de escoliose, em uma paciente de 25 anos com osteocondrose. Foi realizada avaliação antes e após o tratamento. Através desse estudo concluíram que o método Pilates pode ser uma excelente alternativa na recuperação de pacientes com osteocondrose e escoliose, em relação à redução do grau de escoliose, no aumento da força muscular e diminuição do quadro algico, melhorando assim a qualidade de vida. Aldenucci (2010) realizou um estudo, para verificar os efeitos dos métodos Bad Ragaz e Water Pilates, em uma paciente de 47 anos, com diagnóstico fisioterapêutico de algia em região cervical e lombar, diminuição de força e ADM. Foram realizadas avaliações antes e após as sessões. Conclui que os Métodos utilizados no estudo mostraram resultados satisfatórios em pouco tempo, onde a paciente apresentou melhora significativa da dor e ganho de amplitude de movimento. Nectoux e Liberali (2011) realizaram um estudo

com objetivo de verificar as alterações no nível de dor na região lombar. O estudo foi composto por 13 mulheres, com idade entre 30 e 65 anos. Antes e após as sessões foram feitas avaliações de dor, através da EVA. Após o final das sessões, concluíram que o Método Pilates mostrou-se eficiente para a diminuição da dor lombar, podendo ser utilizado como estratégia para prevenir ou reabilitar as disfunções da coluna vertebral, especialmente da região lombar. Lopes et al. (2012) realizaram um estudo com objetivo de avaliar a eficácia do Método Pilates sobre a flexibilidade, dor na coluna vertebral e a postura em mulheres com hérnia de disco (cervicais, torácicas e/ou lombar). O estudo foi realizado com 6 mulheres, com idades entre 35 e 55 anos. As avaliações foram realizadas antes e após o atendimento. Observaram alterações positivas na flexibilidade, redução dos níveis de dor e melhora postural. Relatam que o tratamento com o Método Pilates pode ser utilizado como opção no tratamento e controle para indivíduos que sentem dores constantes causadas pela hérnia discal.

Conclusão: Com base nos dados obtidos em nossa pesquisa, pode-se concluir que o Método Pilates trás benefícios como flexibilidade, mobilização de coluna, estabilização, equilíbrio e fortalecimento da musculatura, proporcionando ao paciente uma melhor postura e uma melhora para a saúde de forma geral, melhorando sua disposição, qualidade de vida e alívio da dor.

Referências

ALDENUCCI, B. G. Fisioterapia aquática: utilização do método Bad Ragaz e do Water Pilates em espondilite anquilosante: um estudo de caso. **Cinergis**, v. 11, n. 1, p. 11-15, 2010.

LEVINE, B.; KAPLANEK, B.; JAFF, W. L. Pilates training for use in rehabilitation after total hip and knee arthroplasty. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 467, n. 6, p. 1468-1475, 2009.

LOPES, C. R.; GONSAGA, F.; OKAMOTO, K.; MOTA, G. R.; VIANA, H. B.; TESSUTTI, L. S. O método Pilates no tratamento da hérnia de disco. **RBPFEV-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 6, n. 35, p.506-510, 2012.

MACHADO, G. F.; BIGOLIN, S. E. Estudo comparativo de casos entre a mobilização neural e um programa de alongamento muscular em lombálgicos crônicos. **Fisioter Mov**, v. 23, n. 4, p. 545-554, 2010.

MIYAMOTO, G. C.; MOURA, K. F.; FRANCO, Y. R. S.; OLIVEIRA, N. T. B.; AMARAL, D. D. V.; CASTELO BRANCO, A. N. Effectiveness and cost-effectiveness of different weekly frequencies of Pilates for chronic low back pain: randomized controlled trial. **Physical therapy**, v. 96, n. 3, p. 382-389, 2016.

NECTOUX, V. Z.; LIBERALI, R. Método pilates como recurso analgésico em pessoas com diagnóstico de lombalgia/lombociatalgia. **Rev Bras de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 4, n. 20, p.196-202, 2011.

OCARINO, J. M.; GONÇALVES, G. G. P.; VAZ, D. V.; CABRAL, A. A. V.; PORTO, J. V.; SILVA, M. T. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. **Rev. Bras. Fisioter**, v. 13, n. 4, p. 343- 349, 2009.

OLIVEIRA, L. J.; HORODÉSKI, J. S. Efeito do método Pilates® na redução do grau de escoliose em paciente com Osteocondrose-Estudo de Caso. Saúde e meio ambiente: **Rev. Interdisciplinar**, v. 2, n. 1, p. 44-58, 2013.

SIQUEIRA, G. R. Efeito do Pilates sobre a flexibilidade do tronco e as medidas ultrassonográficas dos músculos abdominais. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 21, n. 2, p. 139-143, 2015.

EFEITO DA SÍFILIS CONGÊNITA NAS CRIANÇAS – REVISÃO DE LITERATURA

Fernando Luís Medina Leonardo¹; Carolina Tarcinalli Souza²

¹Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fernando.medina@outlook.com.br;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
caroltar@msn.com;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; doença sexualmente transmissível; epidemiologia; sífilis congênita.

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* podendo ser adquirida através do contato sexual, transfusão sanguínea, transplante de órgão ou transmissão congênita (LIMA et al., 2013). Um terço das gestações em mulheres infectadas pela bactéria, e não adequadamente tratadas, pode resultar em perda fetal e outro terço em casos de Sífilis Congênita (SC) (BORBA; RIBEIRO; LAMÔNICA, 2016). Além dos seus efeitos em termos de mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer, pode apresentar complicações agudas, deformidades e lesões neurológicas (ARAÚJO et al., 2012). No Brasil a epidemia de Sífilis Congênita (SC) resulta em mortalidade neonatal e fetal significativa sendo que em 2010 apresentou 6.916 casos notificados ao Ministério da Saúde e aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). A OMS estima que, globalmente, existem cerca de 1,5 a 1,85 milhões de mulheres grávidas infectadas por sífilis anualmente e metade delas tem filhos com resultados adversos (COOPER et al., 2016).

Objetivos: Pesquisas científicas têm demonstrado escassez sobre o assunto, sendo necessária a identificação das alterações neuropsicomotoras dos recém-nascidos com SC, orientando a população sobre as consequências da infecção. Assim o presente estudo tem por objetivo verificar o efeito da sífilis congênita nas crianças.

Materiais e métodos: Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica, utilizando as bases de dados eletrônicas, Scielo, Bireme, PubMed e Lilacs. As palavras chaves utilizadas foram: Sífilis Congênita, Prematuro, Desenvolvimento Infantil. Os critérios de inclusão foram todos os artigos publicados até Outubro de 2017, que apresentaram as palavras chaves no título. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos. Também foram inclusos trabalhos apresentados em congressos, seminários, livros, dissertações e teses.

Resultados e discussões: Estima Machado et al., (2015) que a incidência da sífilis é variável em diferentes populações de risco, e as formas clínicas grave ou tardia dependerão de vários elementos que interferem diretamente na saúde materna, como o nível socioeconômico, as condições de habitação, de saneamento e dos hábitos higiênicos e alimentares. Sendo assim, relata que até 90% dos conceptos acometidos pela doença são assintomáticos ao nascer. Na fase primária ou secundária da doença, a transmissão perinatal chega de 70% a 100%, reduzindo-se para 40% a 80% na fase latente precoce e para 10% a 30% nas fases latentes tardias e terciárias. Além de que as crianças não tratadas durante o período neonatal frequentemente vêm a adoecer nos primeiros anos de vida, podendo evoluir para o óbito.

Para Souza e Santana, (2013) o embrião pode ser infectado em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, sendo uma das causas o aborto, natimorto, morte perinatal ou pode manter-se sob forma assintomática em recém-nascidos que poderão apresentar sinais e sintomas em fases posteriores da vida. Vale ressaltar que a

prematuridade e o baixo peso ao nascer são os maiores entre os óbitos perinatais por sífilis congênita.

Feitosa, Rocha, Costa, (2016) identificaram que a ausência do tratamento da SC pode levar a sérias consequências, como o óbito fetal ou perinatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e restrição do crescimento intrauterino (RCIU), sequelas neurológicas, comprometimento de múltiplos órgãos (sendo os mais acometidos: fígado, ossos, pele, mucosas, sistema nervoso, pâncreas e pulmões), podendo também provocar vasculite, causando assim, a necrose e fibrose dos tecidos.

Considerações Finais: O estudo realizado possibilitou aprofundar os conhecimentos sobre a falta de orientação, o diagnóstico precoce, o tratamento inadequado e as possíveis alterações neuropsicomotoras da Sífilis Congênita.

Referências

ALMEIDA, T. S. O; LINS, R. P; CAMELO, A. L; MELLO, D. C. C. L. Investigação dos fatores de risco de prematuridade: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n.3, p.301-308, 2013.

ARAÚJO, C. L; SHIMIZU, H. E; SOUSA, A. I. A; HAMANN, E. M. Incidência da Sífilis Congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde pública**, v. 46, n.3, p. 479-486, 2012.

BORBA, A. C; RIBEIRO, C. DA C; LAMÔNICA, D. A. C. Sífilis Congênita: Reflexões sobre as alterações do desenvolvimento infantil. 2016. São Paulo. **Anais XXIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia**. São Paulo: Centro de convenções Rebouças São Paulo, SP, 2016.

COOPER, J. M; MICHELOW, I. C; WOZNIAK, P. S; SÁNCHEZ, P. J. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n.3, p. 251-253, 2016.

FEITOSA, A. C; LEMOS, U. M. F. Ocorrência da Sífilis Congênita em Maternidade da Zona Leste do Estado de Sergipe. **Trabalho de Conclusão (Graduação) Aracaju: Universidade Tiradentes - UNIT**, 2016, 26f.

LIMA, M. J; SANTOS, R. F. R; BARBOSA, G. J. A; RIBEIRO, G. S. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.2, p. 499-506, 2013.

MACHADO, A. N; HERINGER, T. P; NORBERG, A. N; SANTOS, T. V. C.; NEVES, J. J. N; FREITE, N. M. S. Prevalência de Sífilis em gestantes assintomáticas no Município de Manhuaçu, Estado de Minas Gerais. 2015. **I Seminário Científico da FACIG**. Sociedade, Ciência e Tecnologia, MG, 2015.

MARTINS, M. Aspectos gerais sobre sífilis congênita. **Revista UNIPLAC**, v. 3, n.1, 2015.
SOUZA, B. C; SANTANA, L. C. As Consequências da Sífilis no Binômio Materno – Fetal: Um Estudo de Revisão. **Interface Científica – Saúde e Ambiente**, v. 1, n.3, p. 59-67, 2013.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES IDOSAS E A INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA: REVISÃO DE LITERATURA

Inghrid Gabrielle Ramos¹; Celio Guilherme Lombardi Daibem²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
inghrid_gramos@yahoo.com.br

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
celiodaibem@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Idosos; Fisioterapia

Introdução: Embora a Incontinência Urinária (IU) não faça parte do envelhecimento fisiológico, há um aumento significativo na prevalência em mulheres idosas, sendo considerada como uma questão social, com repercussões negativas sobre a qualidade de vida, interferindo na higiene e atividade sexual dos pacientes, além de limitações das atividades da vida diária e ocupacionais (TAVARES et al., 2011). Estudos têm demonstrado vários fatores de risco associados à IU como idade, obesidade, paridade, tipo de parto, peso do recém-nascido, cirurgias ginecológicas, menopausa, tabagismo e nível de atividade física. As causas e a classificação da IU determinam o método de tratamento que, de forma geral, incluem as intervenções cirúrgicas e o uso de medicamentos. Entretanto, a terapia medicamentosa não está isenta de efeitos colaterais e, uma vez iniciada, não deve ser interrompida. Já o tratamento cirúrgico, além de apresentar alto custo, trata-se de um procedimento invasivo, podendo acarretar complicações e chance de recidiva (KNORST, RESENDE e GOLDIM, 2013). Neste sentido, é crescente o número de estudos que apontam a eficácia da abordagem fisioterapêutica no tratamento da IU, por meio de técnicas de fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e eletroestimulação transvaginal.

Objetivos: realizar uma revisão da literatura sobre a intervenção fisioterapêutica em mulheres idosas com incontinência urinária.

Relevância do Estudo: a presente revisão de literatura pretende elucidar as evoluções científicas sobre o tratamento conservador da IU bem como proporcionar aos fisioterapeutas que atuam na área da reabilitação uroginecológica, subsídios na literatura pertinente para fundamentar a atuação prática.

Materiais e métodos: foi realizada pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Medline, Lilacs, Pubmed, Scielo e PEDro, limitadas as línguas portuguesa e inglesa, em estudos com seres humanos. As palavras-chave utilizadas foram incontinência urinária, idosos e fisioterapia. Foram incluídos artigos originais de pesquisa encontrados na literatura, com delimitação do tempo de publicação nos últimos dez anos. Procurou-se investigar e descrever os principais recursos e técnicas de intervenção fisioterapêutica no tratamento da incontinência urinária de vida de mulheres idosas.

Resultados e discussões: Menezes et al. (2015) em estudo com o objetivo de analisar o efeito imediato de exercício físico com estímulo de contração dos músculos do assoalho pélvico na perda urinária de mulheres idosas, concluíram que essa prática pode ser um fator protetor para IU em idosas. Outra modalidade de tratamento conservador é eletroestimulação do nervo tibial, que consiste em uma terapia periférica, não invasiva, de baixo custo e com bons resultados no tratamento da incontinência urinária. Alguns estudos mostram índices de cura e melhora de até 60% especialmente em pacientes com queixa de urgência (SCHREINER, 2009). Em estudo clínico randomizado com 51 idosas, com idade maior que 60 anos, com incontinência urinária por urgência, em que todas foram tratadas com 12 semanas de retraining vesical (urinar com horário marcado) e exercícios de reforço da musculatura do assoalho pélvico, 25 foram selecionadas aleatoriamente para

receber também a estimulação elétrica. Observou-se que a eletroestimulação transcutânea do nervo tibial é eficaz no tratamento da incontinência urinária de urgência em mulheres idosas (SCHREINER, 2009). Pereira e Oltramari (2015) em estudo semelhante, composto por 12 sessões de eletroterapia no nervo tibial posterior, com corrente bifásica (FES), eletrodos descartáveis, frequência de 20 Hz, pulso de 300µs e intensidade conforme tolerância de cada paciente, 30 minutos a sessão, concluiu-se que a utilização da eletroestimulação percutânea em pacientes com queixa de perda urinária é satisfatória. Glisoi e Girelli (2011) em estudo experimental quantitativo composto por 10 mulheres com idade entre 30 e 70 anos, teve como objetivo avaliar a eficácia da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com IU. O programa de exercícios foi composto por 2 sessões semanais, com duração de 40 minutos cada, totalizando 8 sessões. Após as reavaliações, concluiu-se que a fisioterapia, quando combinada com a conscientização e aprendizagem sobre a IU, é eficaz, diminuindo a perda urinária, melhorando a força do assoalho pélvico, promovendo consciência e função para esta musculatura, além de proporcionar melhora na qualidade de vida das pacientes, com impacto positivo nas atividades da vida diária.

Conclusão: A presente revisão de literatura demonstrou que a intervenção fisioterapêutica no tratamento da IU, ainda que objeto de exploração, já acumula evidências científicas favoráveis à sua indicação, sendo o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico e eletroestimulação transvaginal os meios terapêuticos conservadores mais indicados.

Referências

GLISOI, S. F. N., GIRELLI, P. Importância da fisioterapia na conscientização e aprendizagem da contração da musculatura do assoalho pélvico em mulheres com incontinência urinária. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v.9, n.6, p.408-13, 2011.

KNORST, M. R.; RESENDE, T. L.; SANTOS, T. G.; GOLDIM, J. R. The effect of outpatient physical therapy intervention on pelvic floor muscles in women with urinary incontinence. **Braz J Phys Ther**, v. 17, n. 5, p. 442-9, 2013.

MENEZES, E. C., STREIT, I. A., FORTUNATO, A. R., VIRTUOSO, J. F., MAZO, G. Z. Perda urinária em mulheres idosas durante a prática de exercícios físico com estímulo de contração dos músculos do assoalho pélvico: um estudo piloto. **Anais CIEH**, v.2, n.1, 2015.

PEREIRA, A.; OLTRAMARI, G. Efeitos da eletroestimulação periférica na incontinência urinária de urgência feminina. Jornada Científica do Curso de Fisioterapia da Faculdade da Serra Gaúcha, v.2, n.2, p.1, 2015.

SCHREINER, L.; Eletroestimulação do nervo tibial no tratamento da incontinência urinária de urgência em idosas (dissertação), Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), 2009, 60f.

TAVARES, D. M. S.; BOLINA, A. F.; DIAS, F. A.; SANTOS, N. M. F. Qualidade de vida de idosos com incontinência urinária. **Rev Eletr Enf [Internet]**, v. 13, n. 4, p. 695-702, 2011.

FORÇA MUSCULAR RESPIRATORIA EM HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E OBESOS

José Wili Martins Maranhão¹, Valéria Garcia Sanches¹; William Jiacomin Redondo Mendes¹;
Midori Godoi Kanazawa¹; Vinícius Eduardo Nardello¹; Camila Gimenes²
Roberta Munhoz Manzano²

¹Discente do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru -
josewili_fisio@hotmail.com

²Docente do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru
roberta_m_m@hotmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Força muscular; Obesidade; Hipertensão; Músculos Respiratórios.

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e seus fatores de risco estão em evolução, essas doenças por sua vez são de caráter pandêmico caracterizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que reforça o conhecimento da priorização e prevenção imediata (FREITAS e GARCIA, 2012). No Brasil a última pesquisa mostra que 40% dos brasileiros estão com adiposidade inadequada e relacionada ao sistema cardiovascular. Tais complicações não estão associadas apenas ao excesso de peso, mas também localizado na região de cintura ou região visceral, aumentando os distúrbios metabólicos (BONFIM et al., 2016). A mecânica respiratória, a resistência das vias aéreas, os volumes pulmonares e os músculos respiratórios podem ser alterados pela obesidade (FAINTUCH et al., 2004). O DM é uma patologia que leva a deterioração de vários sistemas e também a perda da força muscular respiratória, no entanto a obesidade é um fator contribuinte para essa diminuição, o que agrava mais o problema desses pacientes (MORAIS et al., 2011).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi quantificar a força muscular respiratória em hipertensos, diabéticos e obesos.

Relevância do Estudo: Avaliar a força muscular respiratória em hipertensos, diabéticos e obesos é importante para diagnosticar precocemente possíveis alterações e dessa forma atuar na prevenção de futuras complicações respiratórias.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo em que a amostra foi definida por conveniência. Indivíduos com diagnóstico de HAS, DM tipo 2 e obesidade atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Independência da cidade de Bauru-SP. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A força muscular respiratória foi quantificada através da manovacuometria que contém as medidas de Pressão Inspiratória Máxima (PI_{max}) e Pressão Expiratória Máxima (PE_{max}), cujo aparelho tem com escala operacional em cmH₂O, que permite mensurações entre -120 a +120 cmH₂O. A medida foi executada com o paciente sentado, com o tronco ereto e 90° de flexão de quadril e joelho. Para obter a PI_{máx}, os pacientes realizaram uma expiração forçada máxima até o volume residual, e a seguir um esforço inspiratório máximo durante três segundos, com a via aérea ocluída por um clipe nasal. Similarmente, para obter a PE_{máx} os pacientes realizaram uma inspiração forçada máxima até a capacidade pulmonar total e a seguir um esforço expiratório estático máximo durante três segundos, com oclusão nasal e labial evitando escape aéreo. Para cada paciente, um total de três medidas se executou, sendo considerada a medida de melhor valor (BORTOLLOTTI e TSUKAMOTO, 2011).

Resultados e discussões: Foram avaliados 54 pacientes que apresentavam como diagnóstico diabetes, hipertensão e obesidade. A força muscular respiratória desses pacientes foi P_{máx}: 92,05±28,8 e PE_{máx}: 93,51±24,2. Ambrozini e colaboradores (2013) avaliaram 18 pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica e realizaram avaliação

respiratória (manuvacuometria e espirometria). Na conclusão do estudo a grande maioria dos pacientes obesos apresentou força muscular e espirometria normais, dados que corroboram com este trabalho. Em outro estudo de DOMINGOS-BENICIO e colaboradores (2003) realizou-se a força muscular respiratória e o resultado foi semelhante em obesos e eutróficos. MAGNANI e CATANEO (2007) verificaram também, que a obesidade não prejudica a força dos músculos respiratórios.

Conclusões: A força muscular respiratória em pacientes hipertensos, diabéticos e obesos apresentou valores normais nesta amostra. Mais estudos com um número maior de pacientes são necessários para a confirmação destes dados.

Referências

AMBROZIN, A.M.S.Q.; MANZANO, R.M.; SANTOS, A.L.; QUITÉRIO, R.J.; Função Pulmonar de pacientes submetidos a Cirurgia Bariátrica. **ASSOBRAFIR Ciência**, v.4, n.3, p.29 – 36, 2013.

BONFIM, E.S.; ZAMAI, C.A.; BANKOFF, A.D.P.; PERES, C.M.; Efeitos de um programa progressivo de exercícios de reabilitação funcional e cardiorrespiratória em obesos, hipertensos e diabéticos. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v.2, n.1, p. 1-11, 2016.

BORTOLLOTTI, L.F.; TSUKAMOTO, H.F.; Efeitos do treinamento físico sobre a força muscular em paraplégicos. **Rev Neurocienc**, v.19, n.3, p.462 – 471, 2011.

DOMINGOS-BENÍCIO, N.C.; GASTALDI, A.C.; PERECINI, J.C.; AVENA, K.M.; GUIMARÃES, R.C.; SOLOGUREN, M.J.J.; Influência do peso corporal sobre as pressões respiratórias máximas nas posições sentada, deitada e em pé. **Rev Bras Fisioter**, v.7, n.3, p. 217-222, 2003.

FAINTUCH, J.; SOUZA, S.A.F.; VALEZI, A.C.; SANT'ANNA, A.F.; GAMA-RODRIGUES, J.J.; Pulmonary function and aerobic capacity in asymptomatic bariatric candidates with very severe morbid obesity. **Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo**, v.59, n.4, p.181-186, 2004.

FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P.; Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.21, n.1, p. 7-19, 2012.

MAGNANI, K.L.; CATANEO, A.J.M.; Respiratory muscle strength in obese individuals and influence of upper-body fat distribution. **Sao Paulo Med J**, v.125, n.4, p.215-219, 2007.

MORAIS, C. S.; EICKHOFF, C.D.; PRETTO, L.M.; BERLEZI, E.M.; WINKELMANN, E.R.; Avaliação da força muscular respiratória em indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. **Revista contexto & saúde**, v.10, n. 20, p. 169-178, 2011.

A PREVALÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES QUE PRATICAM CROSSFIT

Laís Maximiano¹; Fernanda Piculo²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB–
laismaximiano93@hotmail.com

²Professora de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB– fer-
_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: incontinência urinária de esforço, assoalho pélvico, exercício físico, crossfit, fisioterapia.

Introdução: A incontinência urinária de esforço (IUE) é definida pela Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda involuntária de urina aos esforços físicos, espirros ou tosse (ABRAMS et al., 2002). A prevalência da IUE é maior no sexo feminino em todas as idades. Aproximadamente 50% das mulheres podem apresentar perda involuntária de urina durante suas atividades rotineiras, ou em atividades eventuais onde hajam exercícios provocativos, mesmo sem possuir fatores de risco para IU (MORENO, 2009). Embora a literatura não seja conclusiva a esse respeito, estudos demonstram que os exercícios que exigem muito esforço físico e demandam alto impacto podem ocasionar aumento excessivo na pressão intra-abdominal. Esse aumento na região abdominal pode sobrecarregar os órgãos pélvicos, empurrando-os para baixo, ocasionando danos aos músculos responsáveis pelo suporte desses órgãos. Nesse sentido, o exercício torna-se um fator de risco para o desenvolvimento da IUE na mulher, principalmente naquelas que não apresentam históricos de partos e gestações (CAETANO, TAVARES e LOPES, 2007). O crossfit é uma nova modalidade de treinamento, caracterizado por uma ampla variedade de exercícios esportivos e funcionais que geralmente são executados em alta intensidade. Fundado sobre três pilares (intensidade, variação e funcionalidade), tem sido um dos programas de treinamento de força e condicionamento físico geral mais procurado, pois desenvolve o condicionamento de forma ampla, inclusiva e geral, preparando os praticantes para qualquer circunstância física (PAINE, UPTGRAFT e WYLIE, 2010). As literaturas pesquisadas consideram o exercício físico de alto impacto um fator de risco para a incontinência urinária (IU), mas não são relatadas referências específicas acerca da modalidade crossfit.

Objetivos: O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência da incontinência urinária de esforço em mulheres que praticam a modalidade de treinamento crossfit, bem como avaliar a severidade da IU e seu impacto na qualidade de vida por meio da percepção das incontinentes.

Relevância do Estudo: A investigação sobre a prevalência de IUE em exercícios de alto impacto tornou-se objeto de interesse do presente estudo, pois são poucas as pesquisas que englobam essa relação, particularmente no crossfit, além de ser problema que pode comprometer a qualidade de vida, com impacto físico, social e psicológico.

Materiais e métodos: Trata-se de estudo transversal descritivo, aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Bauru sobre o parecer de nº 2.101.367, constituído por 60 mulheres praticantes de crossfit há no mínimo 6 meses, com idade entre 20 e 50 anos, e 60 mulheres sedentárias, que constituíram o grupo controle. A coleta dos dados procedeu-se em academias de crossfit do município de Bauru. As participantes responderam a questionário sobre informações pessoais, dados antropométricos, antecedentes obstétricos, prática da atividade física e à tradução do *International*

Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF). Os resultados foram apresentados de forma descritiva.

Resultados e discussões: As mulheres do grupo crossfit apresentaram média de idade de 28 anos e IMC de 24,1 kg/m², com frequência de prática da modalidade 5 vezes por semana. O grupo sedentário apresentou média de 24 anos e IMC de 23,6 kg/m². Ambos os grupos apresentaram predominância de mulheres solteiras, etnia branca, nulíparas, sem hábitos associados ou uso de medicamentos. A prevalência de IUE foi de 20% no grupo crossfit e 28,7% no grupo sedentário, porém o escore geral do questionário ICIQ-SF apresentou média de 6 pontos no crossfit e média de 5 pontos nas mulheres sedentárias, evidenciando maior gravidade e impacto da IU no grupo de mulheres que praticam crossfit. Estudos revelam que a prevalência da IU durante a prática esportiva em atletas de elite varia de 0% a 80%, devido ao aumento na pressão abdominal durante essas atividades (ARAÚJO et al., 2008). Segundo Jácome et al. (2011), as atividades esportivas de alto risco para o desenvolvimento de IU incluem o atletismo, ginástica, basquete, vôlei, esportes de combate, fisiculturismo e equitação. Riscos moderados para o assoalho pélvico são representados pela corrida, tênis e esqui/skate. Atividades de baixo risco são representadas pela natação, remo, ciclismo e golfe. Em relação ao crossfit, não foram encontrados estudos específicos sobre a prevalência de IU nesta modalidade. Vale a pena considerar que o assunto é pouco explorado na literatura científica e impõe a necessidade de mais estudos que busquem elucidar a relação entre crossfit e IU. O baixo número amostral, idade abaixo de 30 anos e apenas 6 meses de treino podem ter sido fatores limitantes deste estudo e não ter demonstrado a realidade dos dados.

Conclusão: Apesar da prevalência de IUE ter sido maior no grupo de mulheres sedentárias, o escore do ICIQ-SF demonstrou que a gravidade e o impacto da IUE na qualidade de vida foi pior nas mulheres do grupo crossfit, indicando maior impacto desta modalidade no assoalho pélvico. É necessária a conscientização por parte das atletas e dos profissionais envolvidos no treinamento quanto à instituição precoce de intervenções preventivas ou medidas terapêuticas. A fisioterapia é eficaz na prevenção e tratamento desta condição e é amplamente recomendada como primeira opção de tratamento.

Referências

- ABRAMS, P.; CARDOZO, L.; FALL, M.; GRIFFITHS, D.; ROSIER, P.; ULMSTEN, U. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization Sub-committee of the International Continence Society. **Am J Obstet Gynecol**, v. 187, p. 116–26, 2002.
- ARAÚJO, M. P.; OLIVEIRA, E.; ZUCCHI, E. M.; TREVISANI, V. F. M.; GIRÃO, M. J. B. C.; SARTORI, M. G. F. Relação entre Incontinência Urinária em mulheres atletas corredoras de longa distância e distúrbios alimentares. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 2, p. 146-149, 2008.
- CAETANO, A. S.; TAVARES, M. C. G. C. F.; LOPES, M. H. B. M. Incontinência urinária e a prática de atividades físicas. **Rev Bras Med Esporte**, v. 13, n. 4, p. 270-274, 2007.
- GLASSMAN, G. Metabolic conditioning. **CrossFit Journal**, v. 10, p. 1-2, 2003.
- JÁCOME, C. et al. Prevalence and impact of urinary incontinence among female athletes. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 114, n. 1, p. 60-63, 2011.
- MORENO, A. L. **Fisioterapia em Uroginecologia**. 2. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2009.
- PAINE, J.; UPTGRAFT, J.; WYLIE, R. A Crossfit study. **Special Report Comand and General Staff College**, p. 32-44, 2010.

“EFEITO DA HIDROCINESIOTERAPIA NO ESQUEMA CORPORAL E EQUILÍBRIO EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN”- REVISÃO DE LITERATURA

Marcela Reame Betim¹, Elaine Camargo Costa e Silva², Carolina Tarcinalii Souza²

¹Discente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru – FIB
marcelabetim30@gmail.com

²Docente do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru – FIB
caroltar@msn.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavra-chave: Síndrome de Down, Fisioterapia, Reabilitação Neurológica

Introdução: O desenvolvimento neuropsicomotor é um processo que se inicia desde a vida intra-uterina e envolve vários aspectos, como a maturação neurológica, o crescimento físico e a construção de habilidades relacionadas ao comportamento e às esferas cognitiva, afetiva e social da criança, é um processo ordenado e contínuo, sequencial e progressivo ao longo da vida. Na criança com Síndrome de Down, observa-se um desenvolvimento atípico comparado as crianças normais, pois a mesma apresenta um repertório motor aquém do esperado para sua faixa etária. Isso pode ser observado nas disfunções do controle postural, que são frequentemente descritas nessas crianças e relacionadas com dificuldades como coordenação motora, problemas com integração sensório-motora ou simplesmente como movimentos desordenados. As habilidades motoras da Síndrome de Down vêm sendo muito estudada, pois muito dos atrasos são decorrentes de fraqueza exacerbada nas articulações, hipotonia motora que acometem 100% dos casos dos recém-natos, habilidades sensório-motoras, hipoplasia cerebelar, déficit de atenção, problemas na fala, equilíbrio e propriocepção (SCAPINELLI; LARAIA; SOUZA, 2016; MENEGHETTI et al.,2008).As crianças com Síndrome de Down possuem afinidade natural com a água, sendo fundamental utilizar o ambiente ao máximo para melhorar o seu desenvolvimento psicomotor. As propriedades físicas da água melhoram a noção de esquema corporal, espacial e estimulam as reações de equilíbrio e proteção por conta disso o objetivo do trabalho vai ser verificar o efeito da hidrocinesioterapia no esquema corporal e equilíbrio em crianças com síndrome de Down (MATIAS et al., 2016 e PÔRTO; IBIAPINA, 2010).

Objetivo: objetivo do presente estudo foi avaliar o efeito da hidrocinesioterapia no esquema corporal e equilíbrio em crianças com síndrome de Down.

Relevância do Estudo: Para as crianças com Síndrome de Down, a hidrocinesioterapia proporciona a noção do esquema corporal, espacial, estimulam as reações de equilíbrio, proteção, integração sensorial, contribuindo para as habilidades motoras antigravitacionais e seu desempenho motor.

Materiais e Métodos: A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Medline, Lilacs, Scielo, PubMed e revistas eletrônicas, nos idiomas português, inglês e espanhol, sem limitação de data.

Resultados e Discussões: Santos e Dezan (2011) observaram que a hidroterapia é um método terapêutico que utiliza os princípios físicos da água, tornando-se uma atividade ideal para melhorar ou tratar os déficits motores, características da síndrome de Down, pois ao ser inserido no meio aquático, o organismo é submetido a diferentes forças físicas e, em consequência, realiza uma série de adaptações fisiológicas, que associando aos exercícios de equilíbrio, força e propriocepção, por meio de uma estimulação adequada, auxiliam na melhora da hipotonia, analisaram em estudos a importância da hidrocinemática no processo de desenvolvimento motor e equilíbrio, das crianças com síndrome de Down utilizando análise documental, observaram que a estimulação proporcionada pelo fisioterapeuta promove um bom desenvolvimento motor e mental da criança por meio dos estímulos

sensoriais, proprioceptivos entre outros. Toble et al., (2006) investigaram a eficácia da hidrocinesioterapia como método complementar de tratamento fisioterapêutico na aquisição de habilidades motoras grossas de um lactente com Síndrome de Down e deficiência auditiva. Observou-se ao fim que com a hidrocinesioterapia, o lactente obteve uma melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, estimulação sensorial, controle e força dos músculos do tronco, propiciando melhora do desempenho motor nas posturas antigravitacionais. Corroborando com os estudos, Matias et al., (2016), avaliaram os efeitos dos exercícios psicomotores realizados em ambiente aquático no equilíbrio de crianças com Síndrome de Down. O estudo foi composto com uma série de exercícios lúdicos em ambiente aquático, todos de modo progressivo onde a cada duas sessões a dificuldade era aumentada, necessitando assim um maior controle postural, concentração, coordenação motora, equilíbrio estático e dinâmico. Evidenciaram assim que após 12 semanas de aplicação do programa de exercícios psicomotores em ambiente aquático, foi possível verificar os a melhora geral do desenvolvimento e do equilíbrio.

Conclusão: As pesquisas encontradas evidenciaram que a hidrocinesioterapia promoveu melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, além de proporcionar maior independência nas atividades da vida diária e melhorar a funcionalidade das crianças com Síndrome de Down.

Referências

MATIAS, L.M.; ANTUNES, L.; FERNANDES, M.M.; RIBAS, D.I.R.; Efeitos dos exercícios psicomotores em ambientes aquático no equilíbrio de crianças com Síndrome de Down, Curitiba, **Cad. de Esc. de Saúde**, v.1, n.15, p.52-63, 2016.

MENEGHETTI, C.H.Z.; BLASCOVI-ASSIS, S.M.; DELOROSO, F.T; RODRIGUES, G.M. Avaliação do equilíbrio estático de crianças e adolescentes com Síndrome de Down, **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.3, p.230-235, 2009.

PÔRTO, V.C.M.; IBIAPINA, S.R.; Ambiente aquático como cenário terapêutico ocupacional para o desenvolvimento do esquema corporal em crianças com Síndrome de Down. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 389-394, 2010.

SCAPINELLI, D.F.; LARAIA, E.M.S.; SOUZA, A.S. Avaliação de capacidades funcionais em crianças com Síndrome de Down, **Fisioter. Mov.**, v.29, n.2, 2016.

TOBLE, A.M.;BASSO, R.P.; LACERDA, A.C.;PEREIRA, K.; REGUEIRO, E.M.G. Hidrocinesioterapia no tratamento fisioterapêutico de um lactente com Síndrome de Down: estudo de caso. **Fisioter. mov.**, v.26, n.1, 2013.

SANTOS, J.V.; DEZAN, S.; A importância da estimulação hidrocínética no desenvolvimento das habilidades motoras e equilíbrio de crianças com síndrome de Down. **Ciência & Consciência- CEC**, v.1, [s.n], 2011.

“A UTILIZAÇÃO DO HIPERBOLOIDE E LIBERAÇÃO DE PONTOS-GATILHO NA DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR” - REVISÃO DE LITERATURA

Maria Carolina dos Santos Silva¹; Elaine Camargo Costa e Silva²; Alex Augusto Vendramini²

¹ Aluna do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB-
maria.carolinafisio@hotmail.com

² Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru - FIB-
camargocostaesilva@yahoo.com.br - alexvendramini@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavra-chave: Articulação Temporomandibular; Síndrome da Disfunção da Articulação Temporomandibular; Hiperboloide; Liberação de Pontos-Gatilho.

Introdução: A articulação temporomandibular (ATM) é uma articulação sinovial das mais complexas do corpo humano, é a única articulação móvel do crânio. Está entre uma das mais usadas no corpo humano, pois se move de 1.500 a 2.000 vezes por dia, por ser responsável por funções importantes como mastigar, deglutir, bocejar, falar e respirar. Realiza movimentos rotacionais transversais devido a articulação dupla do côndilo (GARCIA e OLIVEIRA, 2011; ARENHART, LAZAROTTO e THOMÉ; 2013). Consideram-se quatro músculos pertencentes ao grupo da mastigação que dão estabilidade dinâmica da ATM: o músculo temporal e masseter são de fácil palpação, por serem superficiais; os músculos pterigoideos mediais e laterais não são precisamente palpáveis por serem profundos, no entanto todos ligam a mandíbula ao crânio. Outra peça fundamental para esse sistema são os dentes, que possuem uma relação entre a arcada superior e inferior chamada de oclusão, que pode ser classificada de acordo com Angle em: classe I, classe II e classe III. Os movimentos voluntários da mandíbula incluem abertura, fechamento, protrusão, retrusão e lateralidade (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005; FREITAS et al., 2011). A ocorrência de situações desfavoráveis que afetam a ATM é frequente, pois essa articulação precisa acomodar adaptações oclusais, musculares e cervicais. Assim, condições de desequilíbrios podem resultar em quadros de disfunção. A disfunção temporomandibular (DTM) é um conjunto de distúrbios envolvendo a ATM, músculos da mastigação e também as estruturas associadas (FERREIRA, 2014). Estudos que avaliam a eficácia de várias intervenções fisioterapêuticas, incluindo as mobilizações manuais, correção postural, liberação de pontos gatilho, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), ultrassom, laser, relaxamento e reeducação proprioceptiva têm se destacado pelos seus benefícios nas disfunções musculoesqueléticas (FERREIRA, 2014; ARRUDA, 2014). Para essa revisão, pesquisamos os feitos da Liberação de Pontos-Gatilho e do instrumento de mastigação, conhecido como Hiperboloide ou Helicoidal Rocabado. Para padronização dessa pesquisa, utilizaremos o termo Hiperbolóide.

Objetivo: Revisar a literatura sobre o instrumento de mastigação hiperboloide e da Liberação de pontos-gatilho no tratamento da DTM.

Relevância do Estudo: Este tema foi selecionado para estudo, pois o hiperboloide e a Liberação de pontos-gatilho vem sendo eficaz na redução de dores musculares, melhora da amplitude de movimento mandibular e melhora na qualidade de vida dos portadores de DTM.

Materiais e Métodos: A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Scielo, Bireme, Lilacs, PubMed e revistas eletrônicas, nos idiomas português, inglês, até Outubro de 2017.

Resultados e Discussões: Arruda (2014) realizou um estudo com 22 voluntários de ambos os gêneros, divididos em dois grupos, sendo um grupo de Hiperbolóide e o segundo grupo de Hiperbolóide associado aos exercícios de língua no palato. O estudo foi dividido em duas fases de avaliação: pré e pós tratamento. Foram feitas 12 sessões. Para ambos os grupos foi realizado exercícios conforme preconizado por Cheida (1997). No intervalo de cada

apertamento, após um minuto de descanso, foi solicitado no grupo dois o exercício baseado em Biasotto-Gonzalez (2005). Concluiu-se que os tratamentos proprioceptivos com o Hiperboloide melhoram a dor, aumenta a amplitude de movimento mandibular, abertura máxima sem dor e não encontraram diferença entre os grupos. Freitas et al. (2015) descreveram um estudo de caso com uma paciente do sexo feminino, com 21 anos de idade, diagnóstico de disfunção moderada de ATM, caracterizada pela dificuldade na abertura de boca, dor local e mordida cruzada. A mesma relatava dor ao mastigar alimentos duros e moles, sorrir/gargalhar, limpar os dentes ou faces, bocejar e conversar. Na avaliação foram observadas as seguintes alterações: rotação de cabeça para direita, ombros retraídos e protusos, ombro direito elevado. O tratamento foi realizado em 10 sessões, sendo duas sessões semanais com duração de 35 minutos. O objetivo do tratamento foi promover relaxamento dos principais músculos envolvidos. Observaram que a terapia manual foi eficaz, resultando num efeito benéfico para tecidos moles que estabilizam a articulação temporomandibular como músculos, tendões, e ligamentos, diminuição de rigidez, algias, melhorando assim a amplitude articular promovendo bom desempenho funcional dos músculos que se inserem na articulação temporomandibular.

Conclusão: Os estudos encontrados mostraram que a fisioterapia traz resultados positivos no tratamento das Disfunções Temporomandibulares. O tratamento com a Liberação de Pontos-Gatilho e a utilização do instrumento de mastigação Hiperboloide foi eficaz na redução de dores musculares, na melhora da amplitude de movimento mandibular e melhora na qualidade de vida dos portadores de DTM. É fundamental a realização de novos estudos sobre a ATM, pois é uma área nova de poucos estudos.

Referências

ARENHART, R.; LAZAROTTO, R.; THOMÉ, K. Tratamento fisioterapêutico na disfunção temporomandibular: um estudo de caso. **Rev FisiSenectus**, Chapecó, v. 1, n. 1, p. 109-117, 2013.

ARRUDA, E. E. C. **Influência do Tratamento Proprioceptivo Sobre a Intensidade de Dor, Atividade Muscular e Mobilidade Articular em Indivíduos com Disfunção Temporomandibular: Ensaio Clínico, Aleatorizado, Controlado e Cego**. Dissertação, São Paulo: Universidade Nove de Julho, 2014, 112 f.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. **Abordagem Interdisciplinar das Disfunções Temporomandibulares**. Barueri: Manole, 2005.

CHEIDA, A. P. **Hiperbolóide - instrumento de mastigação**. São Paulo: Ícone, 1997.

FERREIRA, I. M. M. S. **Tratamento fisioterapêutico das disfunções da articulação temporomandibular: uma revisão bibliográfica**. Monografia, Pindamonhangaba: Faculdade de Pindamonhangaba, 2014, 42 f.

FREITAS, D. G.; PINHEIRO, I. C. O.; VANTIN, K.; MEINRATH, N. C. M.; CARVALHO, N. A. A. Os efeitos da desativação dos pontos-gatilho miofasciais, da mobilização articular e do exercício de estabilização cervical em uma paciente com disfunção temporomandibular: um estudo de caso. **Rev Fisioter Mov**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 33-38, 2011.

FREITAS, V. R. P.; INACIO, F. L. N.; COELHO, J. Y. A. R.; RANGEL, L. O.; AMORIM, Q. S. Abordagem Fisioterapêutica em um Portador de Disfunção Temporomandibular Moderada na Clínica Escola das Faculdades São José: Um Estudo de Caso. **Rev. Ciência Atual**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 02-11, 2015.

GARCIA, J. D.; OLIVEIRA A. A. C. A fisioterapia nos sinais e sintomas da disfunção da articulação temporomandibular (ATM). **Revista Hórus**, Ourinhos, v. 5, n. 1, p. 113-124, 2011.

EFEITOS DA FISIOTERAPIA AQUÁTICA EM IDOSOS COM OSTEOARTROSE

Mariana Paula Maturana Rodrigues¹, Alex Augusto Vendramini²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB marianapmaturana@gmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - alexvendramini@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Osteoartrose; Hidroterapia; Idoso.

Introdução: A osteoartrose é uma doença crônica degenerativa muito comum, que afeta os componentes articulares causando a insuficiência da cartilagem, o que gera deformidades, rigidez articular, redução funcional e dor, proporcionando a limitação dos pacientes, acomete de seis a 12% dos adultos e mais de um terço dos idosos (OLIVEIRA e ALFIERI, 2014). Cerca de 80% das pessoas que são afetadas, relatam algum grau de limitação funcional e 25% não conseguem realizar suas atividades de vida diárias, tornando-se assim, uma doença da qual gera a incapacidade nos adultos a longo prazo (PAPI, MURTAGH e MCGREGOR, 2016). Alguns tratamentos têm sido vistos como formas de intervenção para atuar no quadro clínico da doença, dentre eles os medicamentosos, cinesioterápicos, cirúrgicos, prática de exercícios físicos e a fisioterapia (OLIVEIRA e ALFIERI, 2014). A cinesioterapia é uma terapia composta por vários tipos de exercícios, que podem ser divididos em exercícios ativo-assistidos, ativos, passivos, resistidos, isocinéticos, isotônicos, isométricos, alongamentos, relaxamento e de propriocepção. Acelera a recuperação do paciente com lesões e doenças, tem como objetivo recuperar a função dos membros, atuando no quadro geral fisiológico e físico do indivíduo (SANCHEZ et al., 2007). A fisioterapia aquática é uma terapia trabalhada na piscina aquecida a 34°C, onde a água reduz o peso corporal do paciente. São realizados exercícios sem a sobrecarga articular, o que torna a terapia menos dolorosa. A água aquecida auxilia no aumento da amplitude de movimento, alivia o espasmo muscular e relaxa a musculatura tornando mais fácil a realização dos exercícios (QUEIROZ et al., 2006). A hidroterapia integra vários tipos de tratamento, onde enfatiza movimentos funcionais, utilizando estabilização articular, correção postural e padrões sinérgicos, existe também alguns métodos de tratamentos como o Bad Ragaz, Halliwick e o método Watsu (BIASOLI e IZOLA., 2003).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi revisar a literatura sobre a eficácia do tratamento da fisioterapia aquática em idosos portadores de osteoartrose.

Relevância do Estudo: Demonstrar os efeitos da fisioterapia aquática em idosos portadores de osteoartrose.

Materiais e métodos: Foi realizada uma Revisão bibliográfica feita por meio de pesquisas em base de dados na internet utilizando os sites de busca Pubmed, Bireme, Google Acadêmico. Não foi usado como critério de exclusão a data de publicação.

Resultados e discussões: Barduzzi et al. (2013) realizaram um estudo com idosos cujo os critérios de inclusão foram: idade entre 60 e 80 anos, ambos os sexos, diagnosticados com osteoartrose de joelho, que não passaram por qualquer procedimento cirúrgico nos membros inferiores, e nem utilizam qualquer auxílio para locomoção (bengalas, muletas, andadores), que não fizeram fisioterapia nos últimos três meses, sem disfunção neurológica que comprometa o sistema cognitivo, sem contraindicação para hidroterapia (Diabetes mellitus instável, hiper ou hipotensão arterial instável, radioterapia, trombose venosa profunda). Foram escolhidos 15 indivíduos por atenderem rigorosamente os critérios de inclusão do estudo, estes divididos em três grupos, por meio de sorteio, grupo FA, FT e GC formado todos por cinco indivíduos. Foi avaliada a Capacidade Funcional (CF) mediante a realização de quatro testes, para verificar o tempo de marcha usual, marcha rápida e subir e descer escadas, para mensurar a velocidade, agilidade e resistência foi utilizadas células

fotoelétricas. Os atendimentos do grupo FA e FT foram realizados três vezes por semana. Com o grupo FT foram realizados exercícios progressivos. Nos grupos FT e FA houve uma progressão nos exercícios de treinamento muscular, mantendo as atividades de aquecimento e resfriamento em todas as sessões. O grupo controle não recebeu nenhum tipo de atendimento fisioterapêutico. No grupo FA os participantes apresentaram melhora significativa quanto ao tempo de marcha usual e da marcha rápida e no tempo de subir e descer escadas, já no grupo FT e GC não houve diferenças significativas para o tempo da marcha usual e da marcha rápida, porém o grupo FT apresentou melhora significativa no tempo de descer escadas. Os idosos pertencentes ao grupo controle, não apresentaram nenhum tipo de melhora. Queiroz et al. (2006) desenvolveram um estudo onde participaram sete idosos com idade acima de 65 anos, sendo seis do sexo feminino e um do sexo masculino, com diagnóstico clínico de osteoartrose de joelho, sendo cinco bilaterais e dois unilaterais. Foi realizada avaliação fisioterapêutica, com anamnese detalhada e um exame, os pacientes não realizaram nenhuma atividade física além das realizadas na pesquisa. As sessões foram realizadas com duração de 45 minutos cada sessão, três vezes por semana em dias alternados. Após o término das sessões foi realizada nova avaliação fisioterapêutica, utilizando os mesmos critérios da avaliação anterior. O estudo mostrou que a hidrocinesioterapia utilizada para reabilitação de pacientes portadores de osteoartrose, foi eficaz em relação à diminuição da dor e aumento na amplitude de movimento dos joelhos. Cadmus et al. (2010) apresentaram em seu estudo que o Programa Aquático para Artrites (Arthritis Foundation Aquatic Program – AFAP) que é um programa comunitário, é eficaz na melhoria do controle sobre a qualidade de vida entre adultos com osteoartrose. Os benefícios pequenos e significativos do exercício aquático neste estudo são significativos na perspectiva da avaliação de um programa de grande escala como o Programa Aquático da Fundação Artrites. Há uma variedade de tipos de exercício que tem efeitos benéficos para a artrite.

Conclusão: Com base nos dados obtidos em nossa pesquisa, podemos concluir que a fisioterapia aquática traz benefícios ao paciente portador de osteoartrose, pois há uma redução da dor, sendo assim há uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Referências

- BARDUZZI, O. G.; ROCHA JR, P. R.; NETO, J. C. S.; AVEIRO, M. C. Capacidade funcional de idosos com **osteoartrite** submetidos a fisioterapia aquática e terrestre. **Rev. Fisioter. Mov**, v. 26, n. 2, p. 349-360, 2013.
- BIASOLI, M. C.; IZOLA, L. N. T. Aspectos gerais da reabilitação física em pacientes com osteoartrose. **Rev. Bras Med**, v. 60, n. 3, p. 133-136, 2003.
- CADMUS, L.; PATRICK, M.B.; MACIEJEWSKI, M. L.; TOPOLSKI, T.; BELZA, B.; PATRICK, D. L. Community-Based Aquatic Exercise and Quality of Life in Persons with Osteoarthritis. *Med. Sci. Sports Exerc.*, v. 42, n. 1, p. 8–15, 2010.
- OLIVEIRA, N. C.; ALFERI, F. M. Exercícios resistidos na osteoartrite: uma revisão. **Acta Fisiatr**, v. 21. n. 3, p. 141-146, 2014.
- PAPI, E.; MURTAGH, G. M.; MCGREGOR, A. H. Wearable technologies in osteoarthritis: a qualitative study of clinicians preferences. **BMJ Open**, 2016.
- QUEIROZ, L. F.; ROSA, A. S.; PADILHA, R. F. F.; CARVALHO, P. T. C. Efeitos da hidroterapia em pacientes idosos com osteoartrose de joelhos. **Terapia Manual** v. 4, n.16, p. 93-96, 2006.
- SANCHEZ, F. F.; ROS, R. C. M. M.; SILVA, T. R.; UCCIO, C. B. Cinesioterapia como tratamento para osteoartrite no joelho. **Rev Omnia Saúde**, v. 4, n. 2, p. 32-36, 2007.

INCIDÊNCIA E EVOLUÇÃO DE COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE POLITRAUMA E TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Maysa Aparecida de Moura¹; Roberta Munhoz Manzano²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
may_mmoura@yahoo.com.br;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
roberta_m_m@hotmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Traumatismos Craniocerebrais; Unidade de Terapia Intensiva; Complicações; Doenças Respiratórias.

Introdução: Traumatismo Crânio Encefálico (TCE) é um potencial causador de morbidade e mortalidade em suas vítimas, independente do desenvolvimento sócio econômico, representando aproximadamente 15% a 20% das mortes em pessoas com idade entre 05 e 35 anos, sendo responsável por 1% de todas as mortes em adultos. O politrauma é caracterizado como uma alteração estrutural ou desequilíbrio fisiológico do organismo e, corresponde à terceira causa de mortalidade no mundo (ABHILASH et. al, 2016; GRUDTNER, 2013; GENTILE et al, 2011; MELO, SILVA, MOREIRA JR, 2004).

Objetivos: O objetivo deste estudo é realizar um levantamento de dados que caracterize a população, de pacientes internados na UTI com diagnóstico de Politrauma e TCE, descrever quantos destes pacientes fizeram fisioterapia, sua evolução e desfecho.

Relevância do Estudo: Este estudo é relevante no sentido de mostrar que muitos fatores podem ser complicadores, levando um prejuízo em relação à condição respiratória e prognóstico de pacientes internados na UTI com diagnóstico de Politrauma e TCE. Caracterizar a população é importante para trabalhar na prevenção de acidentes futuramente.

Materiais e métodos: Foram realizadas análises de dados quantitativo, retrospectivo de natureza documental, através de prontuário eletrônico, dos 295 pacientes internados na UTI do Hospital de Base de Bauru, com diagnóstico de Politrauma e TCE, no período de janeiro a dezembro de 2016. A pesquisa foi realizada durante 30 dias, de segunda a sexta-feira, na secretaria da UTI, no período noturno, onde há menor fluxo na unidade. Foi utilizado o sistema E-pront, onde constam todos os dados dos pacientes. As informações relevantes para o desenvolvimento do trabalho foram nome, idade, sexo, município, tipo de acidente, uso de álcool, tabaco, drogas, cirurgias, dispositivos como sonda enteral, oxigênio, cateter venoso central, tipo de atendimento fisioterapêutico e tempo de internação na UTI e enfermaria, evolução do paciente sendo, alta, óbito ou transferência.

Resultados e discussões: Foram avaliados 295 pacientes internados na UTI do Hospital de Base de Bauru no ano de 2016, com idade média 45 ± 19 , diagnóstico de Politrauma 68 pacientes (23,05%), TCE 168 pacientes (56,94%) e Politrauma + TCE: 59 pacientes (20%). Desta amostra 249 pacientes eram homens (84,4%) e 46 pacientes mulheres (15,60%), moravam em Bauru 171 pacientes (57,96 %) e em outras cidades da região 124 pacientes (42,03 %). A média dos dias de internação na UTI $7,3 \pm 11$ e na enfermaria 9 ± 13 . Do total de pacientes 66 usavam álcool (22,37%), 19 usavam tabaco (6,44%) e 23 usavam drogas (7,79%). A fisioterapia na UTI foi realizada em 146 pacientes (49,9%) e o tipo de atendimento realizado foi de fisioterapia motora em 5 pacientes (1,69%), respiratória em 43 pacientes (14,57) e ambas em 98 pacientes (33,22%). Como evolução destes pacientes 235 (79,66%) receberam alta, 55 pacientes foram a óbito (18,64%), 2 foram transferidos para outra unidade (0,67%) e 3 tiveram alta a pedido (1,01%).

Este estudo demonstra que a maioria dos pacientes internados na UTI, são adultos, do sexo masculino, com diagnóstico de TCE, conforme Melo, Silva e Moreira Jr (2004). Ainda evidencia o trabalho fisioterapêutico, através da fisioterapia respiratória e motora, sendo a mais utilizada à associação de ambas, somados ao trabalho da equipe multidisciplinar, com diversos profissionais da área da saúde, que levaram ao valor expressivo na evolução desses pacientes em alta hospitalar.

Conclusão: Neste estudo a maioria dos pacientes internados na UTI são adultos, do sexo masculino e com diagnóstico TCE. A fisioterapia foi realizada em metade da amostra e a grande maioria dos pacientes recebeu alta hospitalar. Futuros estudos são necessários para a caracterização de outros centros e assim entendermos melhor o perfil dos pacientes com Politrauma e TCE.

Referências

ABHILASH, K. P. P.; CHAKRABORTHY, N.; PANDIAN, G. R.; DHANAWADE, S.; BHANU, T. K.; PRIVA, K. Perfil de pacientes com trauma no departamento de emergência de um hospital terciário no sul da Índia. **Journal of Family Medicine and Primary Care, Official journal of the Academy of Family Physicians of India.** v. 5, n. 3, p.558-563, 2016.

GASTALDI, A.; KONDO, C.; LEME, F.; GUIMARÃES, F.; FORTI JUNIOR, G.; LUCATO, J. J. J.; TUCCI, M. R. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. **Rev Bras J. bras. Pneumol**, São Paulo, v. 33, p. 22 - 23, 2007.

GENTILE, J. K. de A.; HIMURO, H. S.; ROJAS, S. S. O.; VEIGA, V. C.; AMAYA, L. E. C.; CARVALHO, J. C. de. Condutas no paciente com trauma crânioencefálico. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 9, p. 74 – 82, 2011. **ARTIGO DE REVISÃO**

GRUDTNER, A. C. L. Intervenção fisioterapêutica aplicada ao paciente politraumatizado. **Rev. Digital**, Buenos Aires - Argentina, v. 124, p. 12 – 14, 2013.

MELO, J. R. T.; SILVA, R. A. da; MOREIRA JR, E. D. Características dos pacientes com trauma cranioencefálico na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr. [online]**, v.62, n.3a, p.711-715, 2004.

AVALIAÇÃO DOS PÉS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BAURU-SP

Midori Godoi Kanazawa¹; Valéria Garcia Saches¹; José Wili Martins Maranhão¹; Vinicius Eduardo Nardello¹; William Jacomin Redondo Mendes¹; Roberta Munhoz Manzano²; Camila Gimenes².

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – midorikanazawa@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – professoracamilagimenes@gmail.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Avaliação; Neuropatias Diabéticas.

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico de múltipla etiologia caracterizado por hiperglicemia crônica, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2015-2016). O DM tipo 2 (DM2) é o mais comum e causa sérias complicações, entre elas, a Neuropatia Diabética Periférica (NDP), que leva à diminuição da sensibilidade dos pés (tátil e dolorosa), prejudicando o reconhecimento das informações sensoriais cutâneas plantares, causando alteração da marcha, diminuição do equilíbrio estático e dinâmico, instabilidade postural (SALES, SOUZA e CARDOSO, 2012). Além disso, observa-se diminuição da função do tornozelo e pé em pacientes devido ao comprometimento da função muscular, do nervo sural e nervo fibular (CENCI et al., 2013).

Objetivo: Avaliar os pés de pacientes diabéticos tipo 2 de uma unidade básica de saúde do município de Bauru-SP.

Relevância do Estudo: Ao avaliar os pés de pacientes com DM pode-se retardar ou evitar o aparecimento de complicações mais graves como amputações.

Materiais e métodos: Estudo transversal que avaliou pacientes com DM2, de ambos os sexos, acima de 40 anos, atendidos na UBSaúde da Vila Independência de Bauru - SP. Foram coletados dados sociodemográficos: sexo; idade; estado civil; escolaridade; estilo de vida (tabagismo, etilismo, atividade física); e antropométricos (peso, altura e índice de massa corporal – IMC, circunferência abdominal – CA). A avaliação funcional dos pés foi realizada com a inspeção e palpação dos membros inferiores (MMII), procura de alterações anatômicas, edema, úlceras, verificação do aspecto da pele, e questionamento sobre a presença ou não de dor. Foi avaliada também a sensibilidade tátil dos pés, testada bilateralmente com monofilamento segundo o protocolo descrito por SACCO et al, 2005. Os testes funcionais foram realizados solicitando ao sujeito que, em pé, realizasse dorsiflexão, flexão plantar, eversão e inversão. Sentado, o sujeito deveria realizar a flexão dos dedos pegando um algodão com os pododáctilos, bem como sua extensão, ao levantar os dedos do pé do chão. O número de repetições foi contado durante 30 segundos. A orientação dada aos indivíduos foi de repetir o movimento a maior quantidade de vezes possível (PALMER e EPLER, 2000). Os dados são apresentados de forma descritiva em média e desvio padrão e frequências absoluta (n) e relativa (%).

Resultados e discussões: Foram estudados 22 pacientes com DM2 (7 homens e 15 mulheres), idade $63,5 \pm 8,4$ anos, 20 (91%) apresentavam hipertensão arterial associada, 11 (50%) casados, 10 (45,5%) ensino fundamental incompleto, 2 (9%) tabagistas atuais, 3 (13,6%) ex-tabagistas, 4 (18,1%) etilistas e 5 (22,7%) referiram praticar algum tipo de atividade física. O peso foi de 77 ± 14 kg, IMC $30,3 \pm 5,2$ e CA $105 \pm 12,3$ cm. Na inspeção 17 pacientes apresentaram alguma alteração na aparência dos pés (rachaduras, calos, úlceras, hálux valgo, pé cavo) desses, 12 apresentavam rachaduras em região de retro pé e 5 presença de úlcera. Seis pacientes referiram dor nos pés com nota mínima 5 e máxima 8. No teste de sensibilidade 14 pessoas apresentaram algum tipo de alteração, sendo que 13 possuíam diminuição da sensibilidade nos calcanhares. A segunda região de maior

alteração foi o ante pé, cabeça do 1º metatarso (9 pacientes), 3º metatarso (9 pacientes) e 5º metatarso (8 pacientes). Três pacientes apresentaram diminuição da sensibilidade nos oito pontos de avaliação.

No primeiro teste funcional dos pés (movimento de eversão e inversão) os pacientes tiveram maior dificuldade em realizar o movimento de eversão, apenas 9 pacientes conseguiram atingir a nota máxima no teste (4); já o movimento de inversão, dos 22 pacientes avaliados, 14 conseguiram obter nota 4. No segundo teste funcional dos pés (realizados movimentos de dorsiflexão, flexão plantar e flexão/ extensão dos dedos), a flexão plantar teve o melhor desempenho entre os dois testes, 17 pacientes obtiveram 4, seguido pelo movimento de extensão dos dedos com 15 pacientes; em seguida dorsiflexão com 11 pacientes e, por último, flexão dos dedos com 13 pacientes.

Carlesso, Gonçalves e Júnior (2017) estimam em seu estudo que mais de 50% de idosos com DM2 possuem alguma evidência de perda sensorial no exame clínico, um fator de risco para ulceração, e que 13% dos pacientes possuem perda sensorial importante. Esses números mostram que o exame periódico dos pés em pacientes diabéticos de qualquer idade, principalmente em atenção primária, fariam a detecção precoce de alterações neuropáticas relevantes para reforço de condutas terapêuticas e informações sobre o autocuidado. Sacco et al (2007) relatam que a redução da amplitude articular, além da alteração estruturais no colágeno também, podem ser atribuídas às alterações da sensibilidade cutânea tátil e vibratória que juntamente com as limitações articulares, levam a um prejuízo funcional dos membros inferiores.

Conclusão: Nessa amostra concluímos que as funções dos pés dos diabéticos apresentam alterações e perda de função muscular.

Referências

CALESSO, G. P.; GONÇALVES, M. H. B.; JÚNIOR, D. M. Avaliação do conhecimento de pacientes diabéticos sobre preparativos do pé diabéticos em maringá (PR). *J. Vasc. Bras. Maringá*, v. 16, n. 2, p. 113-118, 2017.

CENCI, D. R.; DA SILVA, M. D.; GOMES, É. B.; PINHEIRO, H. A. Análise do equilíbrio em pacientes diabéticos por meio do sistema F-Scan e da Escala de Equilíbrio de Berg. *Fisioter. Mov.*, Curitiba, v. 26, n. 1, p. 55-61, 2013.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2015-2016. Rio de Janeiro: GEN. Parte 1; Epidemiologia e Prevenção. p. 3, 2015-2016.

GOMES, A. A.; SARTOR, C. D.; JOÃO, S. M. A.; SACCO, I. C. N.; BERNIK, M. M. S. Efeitos da intervenção fisioterapêutica nas respostas sensoriais e funcionais de diabéticos neuropatas. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 14-21, 2007.

PALMER, L.; EPLER, M. E. Princípios das técnicas de exame. In: PALMER, L.; EPLER, M. E. **Fundamentos das técnicas de avaliação musculoesquelética**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000, p. 7-33.

SACCO, I. C. N.; SARTOR, C. D.; GOMES, A. A.; JOÃO, S. M. A.; CRONFLI, R. Avaliação das perdas sensorio-motoras do pé e tornozelo decorrentes da neuropática diabética. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 27-33, 2007.

SACCO, I. C. N.; et al. Implementing a clinical assessment protocol for sensory and skeletal function in diabetic neuropathy patients at a university hospital in Brazil. *São Paulo Med. J.*, São Paulo, v. 123, n. 5, p. 229-233, 2005.

SALES, K. L. S.; SOUZA, L. A.; CARDOSO, V. S. Equilíbrio estático de indivíduos com neuropatia periférica diabética. *Fisioter Pesq.*, Paraíba, v.19, n. 2, p. 122-7, 2012.

EFEITO DO MÉTODO CANGURU E DO OFURÔ NO RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO DE BAIXO PESO

Natalia Caroline Barbaresco Guedes ¹; Carolina Souza Tarcinalli ²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
natyguedess1@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
caroltar@msn.com.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Método Canguru; Fisioterapia; Prematuro, Ofurô

Introdução: Nas últimas décadas, o avanço da ciência no âmbito tecnológico e humanístico tem contribuído para o aumento da expectativa de sobrevivência dos indivíduos pré-termos de baixo peso, porém quando existe a necessidade da separação do bebê de sua família, principalmente de sua mãe, imposta pelas condições clínicas, por normas das UTIN convencionais, pode levar a uma interferência negativa na formação dos laços afetivos, o que pode afetar o posterior desenvolvimento psicoemocional desse bebê (BRASIL, 2011). A ideia do MC é a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe, que irá promover maior estabilidade térmica, podendo substituir as incubadoras, permitindo alta precoce e redução das taxas de infecção hospitalar (MAIA et al., 2011). O Ofurô também é considerado uma conduta de humanização, pois vem sendo utilizado como uma modalidade terapêutica dentro das UTIns. Consiste na imersão do RNPT num balde com água aquecida até a altura dos ombros, em padrão flexor, simulando a sensação do útero materno, proporcionando ao recém-nascido redução do estresse, perda de peso e tempo de internação.

Objetivos: objetivo do presente estudo foi revisar a literatura sobre os efeitos do Método Mãe Canguru (MMC) e o Ofurô nos recém-nascidos pré-termo de baixo peso (RNPT).

Relevância do Estudo: Demonstrar a ação dos efeitos do método canguru e do ofurô no recém-nascido pré-termo de baixo peso.

Materiais e métodos: Foram realizadas pesquisas em artigos científicos nos bancos de dados: SCIELO, BIREME, LILACS e BVS, sobre o tema efeitos do método canguru e do ofurô no recém-nascido pré-termo de baixo peso.

Resultados e discussões: Segundo Deslandes (2004) o termo “humanização” vem sendo utilizado com frequência no âmbito da saúde, para qualificar as formas de assistência e a valorização da qualidade do cuidado profissional perante aos pacientes. Neves et al., (2006) observaram que o método canguru, favorece a produção do aleitamento materno, melhora da lactação e a amamentação; ajuda no desenvolvimento físico e emocional do bebê; possibilita lembrar o som do coração materno, da voz da mãe, transmitindo calma e serenidade; desenvolve, sentimentos de segurança e tranquilidade e reduz o número de abandono desses bebês. O estudo de Bilotti et al., (2016), evidenciou que os grupos de RNBP submetidos ao MMC apresentaram maior incidência de amamentação exclusiva até os seis meses de idade pois, quanto mais cedo o MMC for iniciado, maior será a taxa de adesão à amamentação. Desde o início da década de 1970, iniciou estudos, nos quais utilizou hidroterapia em recém-nascidos na UTIN, para identificar benefícios terapêuticos neuromusculares e comportamentais. O ofurô no âmbito hospitalar tem como objetivo, favorecer o ganho de peso e o desenvolvimento neuropsicomotor e afetivo de RNPTs de baixo peso que se encontram estáveis clinicamente (BILOTTI et al., 2016). O estudo de Perini et al., demonstrou que, após poucos minutos de imersão no balde de ofurô, os recém-nascidos apresentaram-se mais calmos, cessando o choro e adormecendo no decorrer do banho.

Conclusão:

Considerando o RN prematuro e de baixo peso que está em pleno desenvolvimento, este necessita de um cuidado individualizado, considerando suas particularidades. Assim, sugere-se que o Ôfuro e MMC sejam os mais adequados para estes RN, pois proporcionam melhora da resposta adaptativa ao ambiente, promovendo organização dos sistemas comportamentais, motores, fisiológicos e de interação ao meio, contribuindo beneficentemente para o desenvolvimento sadio dos mesmos.

Referências

BILOTTI, C. C.; GOMES, E. S.; BIANCHI, A. B.; BOLSONI, L. L. M.; SANTOS, S. M. N. A.; BERNUCI, M. P. Método mãe canguru para recém-nascidos de baixo peso: revisão da literatura. **Rev. Saúde e Pesquisa**, v. 9 n. 3, p. 587-595, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso Método Canguru Manual Técnico**. 2ªed. Brasília, 2011, p.19.

DESLANDES, F.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, v. 9, n. 3, p. 7-14, 2004.

MAIA, A. J.; OLIVEIRA, P. M.; FURTADO, S. S.; SILVA, M. L.; PEREIRA, B. L. M. Método Canguru: a importância da família na recuperação do recém-nascido de baixo peso. **Enfermagem em Foco**. v. 2, n. 04, p. 231-234, 2011.

NEVES, F. A. M.; ORLANDI, M. H. F.; SEKINE, C. Y.; SKALINSKI, L. M. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n.3, p.349-353, 2006.

PERINI, C.; SEIXAS, M. C.; CATÃO, A. C. S. M.; SILVA, G. D.; ALMEIDA, V. S.; MATOS, P. B. C. Banho de ofurô em recém-nascidos no alojamento conjunto: um relato de experiência. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 785-792, 2014.

TERMOGRAFIA APLICADA EM PONTOS-GATILHO EM REGIÃO CERVICAL UTILIZANDO A TÉCNICA DE CROCHETAGEM

Ricardo V. Santos¹, Reinaldo M. Marques².

1 Aluno do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
ricardovsantos95@yahoo.com.br

2 Professor do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavra-chave: Termografia, Pontos-gatilho, Modalidades de Fisioterapia.

Introdução: Os pontos-gatilho miofasciais (PGM) são pequenas áreas hipersensíveis localizadas em bandas musculares tensas palpáveis no músculo-esquelético que, espontaneamente ou sob estímulo mecânico, desencadeiam dor local e referida em áreas distantes ou adjacentes (BIGONGIARI et al.; 2008). A identificação do PGM é necessária nas condições em que uma pessoa refere dor que se espalha para outras partes do corpo. O diagnóstico do PGM precisa ter confiabilidade, e isso requer exatidão, coerência, estabilidade e consistência no procedimento de exame. Tais requisitos para o diagnóstico são determinados pela habilidade manual do examinador (BRIOSCHI, MACEDO e MACEDO.; 2003). Trabalhos recentes demonstram o uso da termografia computadorizada como um artifício complementar favorável para o diagnóstico e avaliação dos pontos-gatilho miofasciais (BUSCHID e MEIJA.; 2012). A termografia infravermelha computadorizada é usada como uma ferramenta eficaz para o diagnóstico devido sua eficiência na análise da distribuição de temperatura na superfície da pele. Sua utilização tem como vantagem o fato de ser um procedimento seguro, não invasivo, que não envolve radiação ionizante e disponibiliza parâmetros objetivos para avaliação. O exame por termografia é uma modalidade de diagnóstico por imagem, capaz de demonstrar atividade funcional corpórea, pois seu princípio de formação da imagem está baseado na captação e transformação da radiação infravermelha, emitida pela pele humana, em imagens que refletem a dinâmica microcirculatória da superfície cutânea (HADDAD, 2011). As cores indicam, indiretamente, o grau de distribuição da perfusão sanguínea cutânea local. Todas as imagens devem ser expostas com a paleta de cores ao lado da imagem para facilitar a avaliação. Por meio de diagnóstico termográfico das alterações, obtém-se intensidade, tamanho, forma, distribuição e margem, além da diferença térmica entre os pontos doloroso e presença de assimetria térmica em comparação com o lado oposto (BRIOSCHI, et al.; 2008). Dentre as diversas técnicas terapêuticas temos a Crochetagem criada por Kurt Ekman, na qual é uma técnica da terapia manual que permite chegar em pequenas dimensões que seriam dificilmente palpáveis utilizando somente as mãos. Também chamada de diafibrólise percutânea, está técnica consiste em um tratamento externo indolor praticado através de instrumentos semelhantes a “agulhas de crochets”, trabalhando na quebra de aderências e fibroses entre os planos de deslizamento de músculos, tendões, ligamentos e nervos, devolvendo sua mobilidade e função (BUSCHDID e MEJIA, 2012).

Objetivo: Avaliar a possível melhora dos pontos-gatilhos, através da técnica de Crochetagem, utilizando a termografia computadorizada antes e após o tratamento como forma de avaliação.

Relevância do Estudo: Este tema foi selecionado para estudo, a Crochetagem vem sendo eficaz na quebra de fibrose e aderências e a termografia eficaz como meio de diagnóstico auxiliar.

Materiais e Métodos: O presente estudo foi realizado na Clínica de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru. Foram selecionados 10 indivíduos que apresentavam cefaleia e/ou tensão em região cervical. Foi realizado uma coleta de imagem termográfica antes e após tratamento. Para tratamento foi realizado a técnica de crocheteamento em região cervical, seguido de alongamento passivo na região tratada. Este estudo teve o parecer favorável do CEP/FIB nº 66992917.7.0000.5423.

Resultados e Discussões: Como resultados, antes de ser realizada a técnica 90% dos avaliados apresentavam algum tipo de anormalidade funcional, sendo, 50% sugestivo de anormalidade, 30% fortemente sugestivo, 10% anormalidade significativa, e apenas um avaliado não apresentou algum tipo de anormalidade funcional. Após a técnica 90% dos avaliados apresentaram alteração funcional, sendo 60% sugestivo de anormalidade, 20% fortemente sugestivo, 10% anormalidade significativa, e 10% não apresentou algum tipo de anormalidade funcional.

Conclusão: Verificamos a importância da termografia como um componente auxiliar na avaliação dos pontos-gatilho miofasciais. Pois a mesma capta as áreas de maior hiperradiação de calor no qual não percebemos a palpação manual, possibilitando assim, o mapeamento dos pontos-gatilho. Observou-se que, 90% dos indivíduos apresentaram pontos gatilho miofasciais, sugerindo que a alteração tecidual decorrente da lesão, está associada à alteração da miofascia, por meio do desenvolvimento dos pontos de tensão. A pesquisa mostrou a relação da técnica de crocheteamento na liberação dos pontos-gatilho com a imagem infravermelha. Foi possível constatar alteração de temperatura em região de cervical e áreas adjacentes após a utilização da técnica. Sugerem-se futuros estudos longitudinais em que se explorem os potenciais da termografia infravermelha no monitoramento do processo evolutivo das patologias diante do tratamento fisioterapêutico.

Referências

BIGONGIARI, A.; FRANCIULLI, P. M.; SOUZA, F. A.; MOCHIZUKI, L.; ARAUJO, R, C.; Análise da atividade eletromiográfica de superfície de pontos gatilhos miofasciais. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 48, n 6, p. 319-324, 2008.

BRIOSCHI, M. L.; MACEDO, J. F.; MACEDO, R. A. C.; Termometria cutânea: novos conceitos, **J Vasc Br**, v. 2, n. 2, p. 151-160, 2003.

BRIOSCHI, M. L.; SILVA. F.; COLMAN. D.; ADRATT. E.; LAIBIDA, C.; Termografia infravermelha auxilia na verificação de síndrome dolorosa. **Revista Proteção**. v.18, n. 2, p. 45-50, 2008.

BUCHDID, L. B.; MEJIA, P. M.; **Utilização da Crocheteamento mio-aponeurótica (CMA) nas aderências pós-cirúrgicas de artroplastia total de quadril**. Tese (Pós-graduação), Faculdade Ávila, Goiânia, 2012, 11 f.

HADDAD, D. S.; **Correlação clínica e termográfica do ponto-gatilho miofascial nos músculos da mastigação**. Dissertação (mestrado) São Paulo; Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2011, 99 f.

O MÉTODO PILATES NO TRATAMENTO DA LOMBALGIA

Rodrigo de Alcântara Corral¹; Reinaldo Monteiro Marques²

¹Aluno do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
;rodrigoalcantara.1993@hotmail.com

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -
reinaldomm@uol.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Lombalgia, Método Pilates, Reabilitação.

Introdução: O método Pilates consiste na realização de exercícios físicos. Essa técnica utiliza seis princípios fundamentais, como respiração, centralização, concentração, consciência, controle e a harmonia dos movimentos executados (LOSS et al., 2010). O Método vem sendo estudado como meio de reabilitação das disfunções da coluna lombar, pois é uma técnica que trabalha a musculatura estabilizadora da região do tronco. Os exercícios usados melhoram a relação entre os músculos agonistas e antagonistas, beneficiando o trabalho da musculatura estabilizadora, sendo efetivo no tratamento das disfunções da coluna lombar (CONCEIÇÃO e MERGENER, 2012). Lombalgia é uma condição dolorosa, que pode ser leve, moderada ou intensa, que pode gerar redução da amplitude de movimento, rigidez e fadiga da musculatura paravertebral, que acomete a região lombossacra ou sacroilíaca, da coluna vertebral (FERREIRA e NAVEGA, 2010). Nessa patologia podem existir várias causas ainda desconhecidas, o tratamento que pode ser conservador ou cirúrgico, acaba se tornando difícil. Sendo assim, a realização de exercícios físicos que podem ser utilizados como recursos fisioterapêuticos acabam auxiliando na diminuição da dor, do estresse e da tensão, por meio das melhora das alterações musculoesqueléticas (MACEDO e BRIGANÓ, 2009).

Objetivos: Por meio de uma revisão de literatura o estudo irá identificar se o Método Pilates tem eficácia no tratamento da lombalgia.

Relevância do Estudo: Realizar uma pesquisa para levantar dados sobre a importância dos exercícios do Método Pilates para diminuir a dor na região lombar.

Materiais e métodos: Revisão de literatura realizando busca nos bancos de dados Scielo, Lilacs até o ano de 2016.

Resultados e discussões: De acordo com Ferreira e Navega (2010), a Lombalgia pode causar desconforto e dor para o indivíduo, deixa a musculatura paravertebral rígida e fadigada, acometendo a região lombossacra da coluna vertebral, isso acaba gerando uma diminuição da amplitude de movimento e causa uma diminuição da funcionalidade do indivíduo. Na pesquisa de Meira, Vilela e Pinto (2012), a prática do Método Pilates foi eficaz na restauração da coluna lombar por meio de ganho de força, da melhora do desempenho motor, do alinhamento postural do tronco, da amplitude de movimento, da resistência e do equilíbrio. É uma técnica que trabalha com o aumento da flexibilidade, da amplitude de movimento, intensifica o ganho de força e resistência, trabalha a parte de respiração do paciente, estabiliza a coluna lombar e auxilia em uma melhor postura, além de ter poucas contraindicações para quem realiza.

Conclusão: Foi possível analisar, que, o Método Pilates demonstra ter resultados positivos na melhora da dor na coluna lombar. Essa técnica trabalha na melhora da flexibilidade, no aumento da amplitude de movimento, no ganho de força e resistência, trabalha a respiração, estabiliza a musculatura da região lombar e promove a melhora da postura, além de ter poucas contraindicações.

Referências

CONCEIÇÃO, J. S.; MERGENER, C. R. Eficácia do método Pilates no solo em pacientes com lombalgia crônica: relato de casos. **Revista Dor**. São Paulo, v.13, p. 385-388, 2012.

FERREIRA, M. S.; NAVEGA, M. T. Efeitos de um programa de orientação para adultos com lombalgia. **Acta Ortopédica Brasileira**, São Paulo, v. 18, n. 3, 2010.

LOSS, J.; MELO, M. O.; ROSA, C. H.; SANTOS, H. B.; TORRE, M.; SILVA, Y. O. Atividade elétrica dos músculos oblíquos externos e multífidos durante o exercício de flexão e extensão do quadril realizado no Cadillac com diferentes regulagens de mola e posições do indivíduo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 6, nov./dez. 2010.

MACEDO, D. S. G.; BRIGANÓ, J. U. Terapia manual e cinesioterapia na dor, incapacidade e qualidade de vida de indivíduos com lombalgia. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 10, n. 2, jun. 2009.

MEIRA, S. S.; VILELA, A. B. A.; PINTO, C. S. A eficácia do método Pilates no tratamento de lombalgias: uma revisão de literatura. Lecturas, Educación Física y Deportes, **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 17, n. 171, 2012.

CARACTERIZAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DURANTE A GESTAÇÃO E APÓS O PARTO

Rosiane Alves de Souza Moraes¹; Cintia Zacaib Silva²; Fernanda Piculo²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
rosianemoraesy@gmail.com

²Professoras do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Incontinência urinária, gestação, puerpério, assoalho pélvico.

Introdução: A gestação é compreendida como um processo fisiológico ocorrido no corpo da mulher após a fertilização. As alterações fisiológicas que acontecem nesse período tornam o organismo mais suscetível a desconfortos biomecânicos, anatômicos e psicológicos (RAMOS e ALMEIDA, 2012). Fatores associados, como aumento do índice de massa corpórea (IMC), multiparidade, parto vaginal e episiotomia contribuem para a diminuição da força dos músculos do assoalho pélvico (MAP), o que favorece o desenvolvimento da incontinência urinária (IU) durante a gestação e após o parto (LOPES e PRAÇA, 2012). A IU consiste na perda involuntária de urina pela uretra, desencadeando implicações sociais, ocupacionais, psicológicas, físicas, sexuais e/ou econômicas. Os processos sequenciais no período gestacional são fatores determinantes à longo prazo para ocorrência da perda de urina. Pode haver restauo parcial ou completo do mecanismo da continência urinária de 6 a 8 semanas após o parto, com possibilidade de recidiva da IUE um ano após o período de expulsão (ARRUE *et al.*, 2011). As gestantes ficam inerentes a buscar assistência médica, pois acreditam ser um sintoma comum durante a gestação, o que dificulta o diagnóstico e impede que seja realizado o tratamento adequado precocemente, com consequências negativas em sua qualidade de vida futura (MATHIAS *et al.*, 2014).

Objetivos: O objetivo do estudo foi caracterizar a incontinência urinária durante o período gestacional e após o parto, descrevendo os fatores relacionados a essa patologia.

Relevância do Estudo: As literaturas pesquisadas são escassas em relação às características da IU, sua gravidade e impacto no período gestacional e puerpério. Desta forma, são necessários novos estudos que caracterizem e especifiquem os sintomas urinários nas mulheres durante a gestação e após o parto, possibilitando ao profissional de saúde reconhecer com precocidade gestantes predispostas a desenvolver IU durante e/ou após o período reprodutivo.

Materiais e métodos: Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa, aprovado pela Plataforma Brasil sob protocolo 401.058, no qual foram analisados 406 questionários do banco de dados referente à avaliação da IU quanto à gravidade e seu impacto na qualidade de vida. A coleta dos dados ocorreu nos períodos de 34 a 38 semanas de gestação (etapa 1), 6 semanas pós-parto (etapa 2) e 6 a 12 meses pós-parto (etapa 3). Foi utilizada ficha de avaliação referente à caracterização sócio demográfica e histórico ginecológico-obstétrico, além da aplicação de questionários específicos e validados no Brasil para análise das características da IU: ISI (Índice de severidade da incontinência) e ICIQ-SF (*International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form*). A análise estatística foi realizada pelo software SAS para Windows (v.9.3) e a significância estatística foi estabelecida ao nível de 5% ($p < 0,05$).

Resultados e discussões: Segundo a pesquisa, a IU foi altamente prevalente durante a gestação com um índice de 70,6%, com regressão dos sintomas no período de 6 semanas pós-parto (22,9%), voltando a subir no período de 6 a 12 meses pós-parto (47,8%). A recuperação no período correspondente a 6 semanas pós-parto pode ser explicada pelo fato

de que a força dos MAP retorna para o valor pré-parto entre 6 a 10 semanas pós-parto na maior parte das mulheres (CHAPPLE e MANASSERO, 2008). Apesar disso, uma porcentagem significativa de mulheres apresenta sintomas persistentes no pós-parto, com prevalência de IU entre 5% a 92% (ARRUE *et al.*, 2011). As características gerais da população do estudo mostram que grupo de gestantes incontinentes apresentou maior IMC pré-gestacional e final em comparação ao grupo continente, acompanhado por maior percentual de *Diabetes mellitus* gestacional (DMG). Em relação à classificação da IU em diferentes tipos, houve maior percentual de IU aos esforços, seguido de IU mista em todas as etapas, o que corrobora com Sangsawang (2014), que evidencia a perda de urina aos esforços como o tipo mais comum em gestantes, com intervalo de 18,6% a 75%. De acordo com as ferramentas utilizadas (ISI, ICIQ-SF) para abordagem completa da IU na população estudada, o escore ISI, que representa a gravidade da IU, obteve classificação moderada (média de 6 pontos) em todas as etapas. O escore específico do ICIQ-SF para avaliar o impacto da IU na qualidade de vida, obteve classificação grave (média de 7 pontos) na gestação e pós-parto e o escore geral do ICIQ-SF apresentou média de 13 pontos, o que confirma os dados de relevante gravidade e impacto da IU tanto na gestação como principalmente no período de 6 a 12 meses pós-parto. Estudo de coorte longitudinal com primigestas mostrou que a prevalência de IU persistente desde a gestação até 2 anos após o parto foi de 9,5%. Quanto à gravidade da IU, a maioria das participantes apresentaram incontinência leve a moderada e a maioria relatou baixo impacto na qualidade de vida. Além disso, o maior IMC em gestantes a termo foi o único fator de risco associado à IU persistente (ARRUE *et al.*, 2011).

Conclusão: A IU foi altamente prevalente na gestação e apesar da aparente recuperação nas 6 semanas pós-parto, voltou a persistir até o primeiro ano pós-parto. O maior IMC e maior porcentagem de mulheres incontinentes com DMG podem ser possíveis fatores de risco. Os dados demonstraram relevante gravidade e impacto da IU na qualidade de vida tanto na gestação como no pós-parto, o que indica a necessidade de abordagem multidisciplinar durante o pré-natal para prevenção desta disfunção no puerpério.

Referências

ARRUE, M.; DIEZ-ITZA, I.; IBANEZ, L.; PAREDES, J.; MURGIENDO, A.; CRISTINA SARASQUETA, C. Factors involved in the persistence of stress urinary incontinence from pregnancy to 2 years postpartum. *Int J. Gynecol. Obstet*, v. 115, p. 256–259, 2011.

CHAPPLE, C. R.; MANASSERO, F. **Pathophysiology of stress incontinence**. Raz S, Rodríguez LV, editors. Philadelphia (PA): Elsevier Saunders; 2008.

LOPES, D. B. M.; PRAÇA, N.S. Prevalência de incontinência urinária autorreferida no pós-parto e fatores Relacionados. *Acta Paul Enferm*, v. 25, n. 4, p. 574-580, 2012.

MATHIAS, A. E. R. A.; PITANGUI, A. C. R.; FREITAS, H. G. V.; ARANTES, V. A.; VILELA, F. M. F.; DIAS, T. G. Prevalência de incontinência urinária durante o terceiro trimestre gestacional. *Arq. Ciênc. Saúde*, v. 21, n.4, p. 101-105, 2014.

RAMOS, A. V. B.; ALMEIDA, C. S. A gestação no segundo trimestre de usuárias da clínica de saúde da mulher e o papel da fisioterapia. *Revista inspirar Movimento & saúde*, v. 4, n. 21, p. 01, 2012.

SANGSAWANG B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* v. 178, p. 27-34, 2014.

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNÇÃO PULMONAR DE ATLETAS DO FUTEBOL FEMININO PROFISSIONAL

Suzie Hellen De L. G. L. Ferreira¹; Camila Gimenes²;

¹Aluna do Curso de Fisioterapia- Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
Suziefferreira@outlook.com;

²Professora do Curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
professoracamilagimenes@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-Chave: Futebol; Avaliação Cardiorrespiratória; Capacidade física.

Introdução: O futebol é considerado uma modalidade desportiva que requer um grande esforço físico do atleta. As suas capacidades físicas incluem força, agilidade, flexibilidade, coordenação, resistência e velocidade (BORIN et al., 2007). Em 1996, o futebol feminino foi incluído na lista dos esportes olímpicos e o Brasil conquistou o 4º lugar, o que ajudou a impulsionar o esporte no país (MOURÃO, MOREL, 2005).

Objetivo: O objetivo desse estudo é avaliar a capacidade funcional e a função pulmonar de atletas do futebol feminino profissional.

Relevância do estudo: Este estudo é importante, pois visa avaliar a capacidade funcional e a função pulmonar das atletas, verificando se as mesmas estão com condições físicas adequadas para a modalidade futebolística.

Materiais e métodos: O estudo foi do tipo transversal, com jogadoras de futebol profissional, do sexo feminino, idade entre 20 e 36 anos, do time São José do Rio Preto. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética da FIB sob o parecer 2.163.802. Foram coletados dados por meio de entrevista: idade, tempo de futebol profissional, uso de medicamentos e presença de doenças. Foram verificados peso, altura e índice de massa corpórea (IMC). Foi realizado o Teste do Degrau seguindo as normas da *American Thoracic Society* (ATS), e a atleta foi orientada a subir e descer um degrau de 30 cm o mais rápido possível durante seis minutos, intercalando os membros inferiores e poderia diminuir a cadência ou interromper o teste em caso apresentasse fadiga intensa (sete na escala de Borg) ou atingisse a FC submáxima (85% da FC máxima), sendo a cadência de execução livre (DAL CORSO et al., 2007). Foi realizada também a Prova de função pulmonar (espirometria) segundo os critérios das Diretrizes para Testes de Função Pulmonar (2002) e efetuado o teste de capacidade vital forçada (CVF) no mínimo três repetições e no máximo oito, com curvas aceitáveis e reprodutíveis. As variáveis analisadas foram CVF, Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo (VEF1), relação VEF1/CVF e Fluxo expiratório forçado 25-75% (FEF 25-75%). Os dados são apresentados de forma descritiva em média e desvio padrão e frequências absoluta (n) e relativa (%).

Resultados e discussões: Foram estudadas 21 atletas, idade $25,3 \pm 4,8$ anos, praticavam futebol profissional de três à 22 anos, negaram presença de doenças e uso de medicamentos, peso $58,6 \pm 6$ kg, altura $1,70 \pm 0,1$ m, IMC $21,1 \pm 1,6$ kg/m². No teste do degrau as atletas subiram 264 ± 20 degraus durante os seis minutos. Na prova de função pulmonar todas as atletas apresentaram valores normais em relação ao previsto, o que indica uma função pulmonar normal, esperada para atletas profissionais. MUNHOZ et al. (2012) estudaram atletas de futsal masculino e os valores de função pulmonar também encontravam-se normais, no entanto, não ultrapassaram esses valores como é esperado pelo alto nível e capacidade aeróbica dos indivíduos.

Conclusão: Concluímos no estudo que as atletas apresentavam boa capacidade funcional e função pulmonar normal.

Referências

BORIN, P. J.; LEITE, S. G.; SPIGOLON, P. M. L.; PADOVANI, R. C. Potência anaeróbia em atletas de futebol de campo: diferenças entre categorias. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v.6, n.3, p.421-28, 2007.

MOURÃO, L.; MOREL, M. As narrativas Sobre o Futebol Feminino. **Revista Brasileira ciência esporte**, v. 26, n. 2, p. 73-86, 2005.

DAL CORSO, S. et al. A Step Test to Assess Exercise-related Oxygen Desaturation in Interstitial Lung Disease. **The European respiratory journal**, v. 29, n.2, p. 330-6, 2007.

Sociedade Brasileira De Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Testes de Função Pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 28, p.155-65, 2002.

MUNHOZ, M. G.; MAZOTTI, M.; SANTOS, L. A.; GIMENES, C.; MANZANO, M. R. Avaliação da Função Pulmonar e expansibilidade torácica em atleta de futsal. **Revista Inspirar movimento & saúde**, v. 4, n.20, p.01- 05, 2012.

PREVALÊNCIA DA SÍNDROME METABÓLICA EM IDOSOS ADSCRITOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA INDEPENDÊNCIA – BAURU/SP

Valéria Garcia Sanches¹; William Jacomin Redondo Mendes¹; Midori Godoi Kanazawa¹; José Wili Martins Maranhão¹; Vinícius Eduardo Nardello¹; Roberta Munhoz Manzano²; Camila Gimenes²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – vg.sanches.vg@gmail.com

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
professoracamilagimenes@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Síndrome Metabólica; Hipertensão; Obesidade; Diabetes Mellitus.

Introdução: O envelhecimento é um processo do desenvolvimento que envolve alterações neurobiológicas, estruturais, funcionais e químicas. Estas mudanças são responsáveis por tornar o idoso mais susceptível ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para as doenças cardiovasculares, que estão entre as principais causas de morbimortalidade da população (NASCIMENTO et al., 2015). Entre as doenças cardiovasculares, está a Síndrome Metabólica (SM), um conjunto de alterações fisiológicas e patológicas, definida pela presença de três dos cinco critérios: obesidade central (circunferência da cintura superior a 88 cm na mulher e 102 cm no homem); hipertensão Arterial (pressão arterial sistólica igual ou maior que 130 mmHg e/ou pressão arterial diastólica igual ou maior que 85 mmHg); glicemia alterada (glicemia acima de 110 mg/dl ou diagnóstico de Diabetes); triglicérides maior que 150 mg/dl e/ou HDL colesterol menor que 40 mg/dl em homens e 50 mg/dl em mulheres) (NASCIMENTO et al., 2015). Segundo a I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA, a predisposição genética, a alimentação inadequada e a inatividade física estão entre os principais fatores que contribuem para o surgimento da SM (BRANDÃO, 2006).

Objetivo: O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência da Síndrome Metabólica em idosos adscritos na UBS Vila Independência de Bauru/SP.

Relevância do Estudo: É importante estudar a SM, visto que é um sério problema de saúde e gera complicações que podem contribuir para a maximização da morbimortalidade.

Materiais e métodos: O estudo foi do tipo transversal e avaliou pacientes idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde da Vila Independência da cidade de Bauru - São Paulo, de ambos os sexos. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética da FIB sob o parecer número 2.163.407. Foram coletados, por meio de entrevista, dados sócio-demográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar), antropométricos (peso, índice de massa corporal – IMC, circunferência abdominal - CA) e hábitos de vida (sedentarismo, tabagismo, etilismo). O diagnóstico da SM foi considerado seguindo a I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. Os dados são apresentados de forma descritiva em média e desvio padrão e frequência absoluta (n) e relativa (%).

Resultados e discussões: Foram estudados 43 idosos sendo 21 homens e 22 mulheres, com média de idade de $69,6 \pm 5,9$ anos, 20 (46,5%) eram casados, 21 (48,8%) não completaram o ensino fundamental, 25 (58,1%) possuíam renda de até um salário mínimo. Com relação aos dados antropométricos, o peso foi de $75 \pm 14,7$ kg, IMC $29,3 \pm 5,8$ kg/m², CA $104 \pm 11,5$ cm. Quanto aos hábitos de vida, 27 (62,8%) referiram ser sedentários, 6 (14%) tabagistas, 9 (21%) ex-tabagistas e 7 (16,3%) etilistas.

Ao analisar os critérios para diagnóstico da SM, 37 pacientes enquadravam-se na síndrome e a prevalência foi de 86,04%, sendo que 20 pacientes eram do sexo feminino e 17 do sexo

masculino. O parâmetro da SM mais frequente no presente estudo nos homens e nas mulheres foi CA acima do esperado, IMC elevado, HDL e Triglicérides elevados, respectivamente. Akbulut et al. (2011) mostraram em seu estudo prevalência de SM em 61,7% dos idosos e os parâmetros mais encontrados foram nas mulheres IMC e CA maior que nos homens, enquanto a relação cintura/quadril nos homens foi maior. A pressão arterial elevada, a CA elevada, e baixo HDL foram os critérios de SM com maior prevalência em ambos os sexos. Salaroli et al. (2007) encontraram prevalência de SM em 48,3% na faixa de 55 a 64 anos e verificaram aumento progressivo de prevalência em mulheres do maior para o menor nível socioeconômico.

Conclusão: A prevalência da SM nos idosos da UBS Vila Independência foi de 86,04%. Sendo assim este estudo é de suma importância para conscientização de que a SM vem aumentando na população, o que aumenta o risco de doenças cardiovasculares e de comorbidades.

Referências

AKBULUT, G.; KÖKSAL E.; BILICI S.; ACAR T. N.; YILDIRAN H.; KARADAG M. G.; Metabolic syndrome (MS) in the elderly: A cross sectional survey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 53, s. 3, p. 263–6, 2011.

BRANDÃO, A. P. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, s. 1, p. 1-28, 2006.

I DIRETRIZ BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, supl. I, p.1-28, 2005.

NASCIMENTO, J. P. S.; MENEZES, M. A. A.; MALLMANN, D. G.; JARDIM, V. C. F. S. Fatores associados à Síndrome Metabólica em idosos: uma revisão integrativa. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, p. 283-97, 2015.

SALAROLI, L. B.; BARBOSA, G. C.; MILL, J. G.; MOLINA, M. B. Prevalência de Síndrome Metabólica em Estudo de Base Populacional, Vitória, ES – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 51, s. 7, p. 1143-1152, 2007.

O PAPEL DA FISIOTERAPIA NA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Vera Lúcia Ariete¹; Ana Paula Akashi²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – veraariete@hotmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
ap.akashi@bol.com.br;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, risco de queda, equilíbrio, fisioterapia, prevenção.

Introdução: Diante do envelhecimento populacional, verifica-se o aumento das patologias associadas à diminuição da capacidade funcional e da prevalência das demências, destacando-se a doença de Alzheimer (DA) (STORTI et al., 2016).

As demências, como a DA, são síndromes clínicas que levam à perdas neuronais e danos à estrutura cerebral, gerando déficit intelectual e alterações no comportamento, que comprometem as atividades da vida diária (BARBOSA e AGNER, 2016).

A DA é classificada em três fases evolutivas, na fase inicial surgem os primeiros sintomas de déficit de memória recente, reações lentas, queda em seu rendimento funcional para realização de tarefas complexas, instabilidade postural, sendo um fator de risco para a ocorrência de quedas. Na fase intermediária, além dos sintomas anteriores tem-se a presença de déficits cognitivos que prejudicam as atividades instrumentais. E por fim, na fase terminal, o indivíduo apresenta deterioração da capacidade intelectual, apraxia de vestir-se, somatognosias, alterações do ciclo sono-vigília, podendo chegar a imobilização no leito (MALTA et al., 2015).

Estudos demonstram que as quedas ocorridas em idosos trazem sérias consequências físicas, psicológicas e sociais, sendo que a frequência e os danos resultantes destes acidentes como as fraturas, tornam-se maiores em idosos acometidos pela DA quando comparados a idosos que não apresentam comprometimento cognitivo (GUIMARÃES et al., 2004).

Objetivos: Revisar na literatura a atuação do fisioterapeuta na prevenção de quedas em idosos com DA, nas fases inicial e intermediária.

Relevância do Estudo: Apresentar tratamentos fisioterapêuticos desenvolvidos para melhorar o equilíbrio, marcha, força muscular visando a diminuição do risco de quedas em idosos com Doença de Alzheimer.

Materiais e métodos: Realizada revisão de literatura nas bases de dados online como Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library on line (SCIELO), Google Acadêmico, Pubmed, Literatura Internacional em Ciência da Saúde (Medline) e Physiotherapy Evidence Database (PeDro).

Resultados e discussões: Dalpizol, Franzen, Silva (2013) avaliaram o equilíbrio estático e dinâmico, correlacionando ao prejuízo cognitivo e a qualidade de vida em paciente com DA antes e após a aplicação de um protocolo cinesioterapêutico realizado duas vezes por semana, durante 3 meses, com exercícios de equilíbrio estático, equilíbrio semi-dinâmico e equilíbrio dinâmico. Foi observada melhora no equilíbrio estático e dinâmico pelas médias do POMA que inicialmente foi de (32,9±2,6) e após (37,3±5,8). O estudo de Canonici et al. (2012) teve como objetivo avaliar o equilíbrio e independência em indivíduos com DA, que foram divididos em dois grupos, metade no grupo controle e os outros no grupo intervenção. No grupo intervenção foi realizado um protocolo de exercícios com aquecimento e alongamento iniciais, treino de flexibilidade, força, agilidade, equilíbrio, desaquecimento e alongamentos finais, três vezes por semana, com duração de 60 minutos a sessão, durante

seis meses. Enquanto os pacientes do grupo intervenção preservaram sua função, os pacientes do grupo controle sofreram um declínio relativo. Sosa et al. (2008), utilizaram um protocolo de exercícios, com 16 indivíduos com DA, que incluíam caminhadas, treinamento de força (peitoral, bíceps, tríceps, deltoide, quadriceps, adutor longo, adutor magno, adutor curto, grácil, pectíneo, glúteo máximo, glúteo mínimo, tensor da fáscia lata, sartório, piriforme, tríceps surais) e alongamentos, durante 12 semanas, com três sessões semanais. Os autores observaram melhora na marcha, no equilíbrio e diminuição do risco de quedas comprovados pelo teste de Equilíbrio Dinâmico "8-foot up-and-go test". Apesar de vários estudos demonstrarem melhora no equilíbrio e diminuição de quedas, Martins et al. (2005) referem que não existem evidências de que os exercícios realizados ocasionalmente como parte de programas sejam eficazes na redução de quedas de pessoas com DA e demências relacionadas. Os autores relatam que as habilidades perdidas pelo processo de degeneração da DA nunca serão recuperadas e que é mais provável uma piora no caso, aumentando o déficit de equilíbrio e conseqüentemente o risco de quedas.

Conclusão: Com base nos estudos analisados, pode-se concluir que o tratamento fisioterapêutico apresenta resultados positivos na melhora do equilíbrio estático e dinâmico, contribuindo para a prevenção de quedas na em pacientes com DA nas fases inicial e intermediária.

Referências

BARBOSA, W. B.; AGNER, F. C. Benefícios do treinamento resistido em idosos com Alzheimer: revisão narrativa de literatura. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 6, n. 4, 2016.

DALPIZOL, L.; FRANZEN, A. S.; SILVA, E. S. Eficácia de um protocolo cinesioterapêutico de equilíbrio aplicado em pacientes com Doença de Alzheimer. **Revista HCPA**. Porto Alegre, 2013.

GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. T. V. Descriptive analysis of variables theoretically associated to the risk of falls in elder women. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 5, p. 299-305, 2004.

MALTA, D. T. F.; CRUZ, K. L. T.; BELÉM, J. S.; BRITO, A. N.; SOUZA, N. T.; CARDOSO, P. P.; PIN, A. S. Reflexo da fisioterapia na doença de Alzheimer. **Fisioterapia Ser**, v. 10, n. 3, 2015.

MARTINS, P. C. B.; RODACKI, A. L. F., HOMANN, D. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 6, p. 471-9, 2010.

SOSA, S. E.; BARRIOPEDRO, M. I.; LÓPEZ-MOJARES, L. M.; PÉREZ, M.; LUCIA, A. Exercise training is beneficial for Alzheimer's patients. **International journal of sports medicine**, v. 29, n. 10, p. 845-850, 2008.

STORTI, L. B.; QUINTINO, D. T.; SILVA, N. M.; KUSUMOTA, L.; MARQUES, S. Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 2751, 2016.

CAPACIDADE FUNCIONAL E FUNÇÃO PULMONAR EM HIPERTENSOS, DIABÉTICOS E OBESOS

Vinícius Eduardo Nardello da Silva¹, Valéria Garcia Sanches¹; William Jacomin Redondo Mendes¹; Midori Godoi Kanazawa¹; José Wili Martins Maranhão¹; Camila Gimenes², Roberta Munhoz Manzano²

Aluno do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru¹
vizon.2@hotmail.com

Professor do Curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru²
roberta_m_m@hotmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Teste de Função Respiratória; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial; Obesidade.

Introdução: A prevalência da obesidade, que é considerada um alarmante problema de saúde pública em todo o mundo, aumentou de forma avassaladora nos últimos anos, tornando-se uma epidemia, inclusive na população brasileira. Essa desordem tem etiologia multifatorial, com destaque para o papel de fatores nutricionais, genéticos, psíquicos, socioeconômicos e do sedentarismo (JUNIOR et al., 2015). Estudos apontam que determinantes sociais são fatores acarretantes da obesidade, como, por exemplo, baixa escolaridade, menor renda, união conjugal (casados e viúvos) e envelhecimento, dentre outros. A relação entre os determinantes sociais e a obesidade é complexa e ainda não está totalmente esclarecida (MALTA et al., 2016). No Brasil, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial constituem a principal causa de atendimentos hospitalares no Sistema Público de Saúde, mundialmente, a hipertensão é o primeiro fator de risco de mortalidade, antes mesmo do tabagismo e das dislipidemias (CORDEIRO et al., 2016). Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, as prevalências referidas de Hipertensão e Diabetes nos indivíduos com 18 anos ou mais foram, respectivamente, 21,4% e 6,2%, com menor proporção de homens entre os que receberam assistência médica nos últimos 12 meses. Em geral, os homens apresentam maior morbimortalidade em todas as faixas etárias e menor esperança de vida (YOSHIDA & ANDRADE, 2015).

Objetivos: O objetivo do presente trabalho foi avaliar a capacidade funcional e a função pulmonar de diabéticos, hipertensos e obesos.

Relevância do Estudo: Avaliar a capacidade funcional e a função pulmonar em hipertensos, diabéticos e obesos é importante para diagnosticar precocemente possíveis alterações e dessa forma atuar na prevenção de futuras complicações respiratórias.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo transversal descritivo em que a amostra foi definida por conveniência. Indivíduos com diagnóstico de HAS, DM tipo 2 e obesidade atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Independência da cidade de Bauru-SP. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. A capacidade funcional foi quantificada através do teste TUG (timed up and go), que mostrou o tempo gasto no percurso de 3 metros. Ao sinal indicado, o participante levantou da cadeira, caminhou até um marcador, contornou-o, retornou à cadeira e sentou o mais rápido possível. O sujeito da pesquisa começou o teste em posição sentada com uma postura ereta, mãos sobre as coxas e os pés apoiados no chão. Foi lembrado de que este é um teste de tempo e que o objetivo é caminhar o mais rápido possível (sem correr) (PEDROSA & HOLANDA, 2009). O teste da função pulmonar foi quantificado através do exame da espirometria que foi realizada segundo os critérios da American Thoracic Society (ATS, 1999) e as Diretrizes para Testes de Função Pulmonar (2002) em espirometro (Mutispiro-SXpc®). Após repouso de cinco minutos, foram realizadas três provas de capacidade vital forçada, reprodutivas e aceitáveis. As variáveis

analisadas foram: Capacidade Vital Lenta e Forçada (CVL) e (CVF), VEF1, relação VEF1 /CVF e FEF25-75%.

Resultados e discussões: Foram avaliados 54 pacientes que apresentavam como diagnóstico diabetes, hipertensão e obesidade. A espirometria desses pacientes foi CVF: $125,81 \pm 39,91$, VEF1: $107,55 \pm 24,67$, VEF1%: $88,78 \pm 19,35$, FEF25-75: $90,09 \pm 39,22$ e TUG: $8,83 \pm 2,45$. Ambrozini e colaboradores (2013) avaliaram 18 pacientes obesos candidatos a cirurgia bariátrica e realizaram avaliação respiratória (manuvacuometria e espirometria). No estudo de Neto e colaboradores (2016) avaliaram que idosos obesos apresentam redução da capacidade funcional em relação ao teste de TUG, estes dados colaboram com os dados do presente estudo. Na conclusão do estudo, o TUG e a espirometria não apresentaram alterações em pacientes obesos, diabéticos e hipertensos.

Conclusão: A espirometria e o TUG em pacientes hipertensos, diabéticos e obesos apresentou valores normais nesta amostra. Mais estudos com um número maior de pacientes são necessários para a confirmação destes dados.

Referências

JÚNIOR, M. S. A.; CARNEIRO, J. R. I.; CARVALHAL, R. F.; TORRES, D. F. M.; CRUZ, G. G.; QUARESMA, J. C. V.; LUGO, J. R.; GUIMARÃES, F. S.; Disfunção autonômica cardiovascular em pacientes com obesidade mórbida, **Arq Bras Cardiol**, Rio de Janeiro, v. 105, n. 6, p. 580-587, 2015.

MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; ANDRADE, S. S. C. A.; OLIVEIRA, T. P.; STOPA, S. R.; OLIVEIRA, M. M.; JAIME, P.; Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013, **Ciência de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2016.

CORDEIRO, J. P.; DALMASO, S. B.; ANCESCHI, S. A.; SÁ de, F. G. S.; FERREIRA, L. G.; CUNHA da, M. R. H.; LEOPOLDO, A. S.; LEOPOLDO, A. P. L.; Hipertensão em estudantes da rede pública de Vitória/ES: Influência do sobrepeso e obesidade, **Rev Bras Med Esporte**, Vitória, v. 22, n. 1, 2016.

YOSHIDA, V. C.; ANDRADE, M. G. G.; O cuidado á saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas, **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.20, n.58, p.597-610, 2015.

PEDROSA, R.; HOLANDA, G.; Correlação entre os testes da caminhada, marcha estacionária e TUG em hipertensas idosas, **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 252-256, 2009.

AMBROZINI, A. M. S. Q.; MANZANO, R. M.; SANTOS, A. L.; QUITÉRIO, R. J.; Função pulmonar de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, **ASSOBRAFIR Ciência**, v.4, n.3, p.29-36, 2013.

NETO, M. G.; ARAUJO, A. D.; JUNQUEIRA, I. D. A.; OLIVEIRA, D.; BRASILEIRO, A.; ARCANJO, F. L.; Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos, **Rev Bras Reumatol**, v. 56, n. 2, p. 126-130, 2016.