

DISFUNÇÕES TEMPOROMANDIBULAR RELACIONADAS À POSTURA GLOBAL

Nadia Cristina Silvério de Souza¹; Ana Paula Marques¹; Joice Polido¹; Elaine Camargo Costa Silva²;

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru- FIB – naah_souza11@hotmail.com

²Prof.ª Esp. Elaine Camargo Costa Silva - do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru- FIB- camargocostaesilva@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-Chave: Disfunção Temporomandibulares; Articulação Temporomandibular; Postura Global.

Introdução: A articulação temporomandibular está diretamente relacionada com a região cervical e escapular, alguma alteração postural na coluna cervical geram disfunções nessa articulação, podendo acarretar modificações nas condições musculares e articulares, gerando um quadro clínico que se caracteriza por dor na ATM, dor nos músculos mastigatórios e na região cervical, dificuldade de abertura e fechamento da boca, dores de cabeça e estalidos articulares (SANTOS, BECK, 2017), essas funções podem afetar o indivíduo de qualquer faixa etária. Também pode estar relacionada com a postura global, apresentando alterações relacionadas à postura da cabeça, dos ombros e da coluna cervical, podem possuir outras alterações como pelve, joelho e maior pressão plantar no retropé ou estímulos proprioceptivos e exteroceptivos, captor ocular e captor dentooclusal, que se relaciona com o tipo de mordida. Atualmente cresceu o número de pacientes com DTM, com apresentação de alterações posturais. Com isso, para o tratamento dessa disfunção é preciso uma equipe multidisciplinar composta de médicos, dentista e o fisioterapeuta, para juntos realizarem um diagnóstico e tratamento desse paciente. A cervical, cintura escapular, e a ATM são interligadas e por isso alteração postural ou anormalidade funcional em alguma das regiões citadas pode afetar a cadeia toda. Uma alteração na posição da cabeça altera a posição da mandíbula afetando a oclusão, o equilíbrio entre os músculos cervicais afetam a mastigação. Alterações nos músculos cervicais ou na mastigação alteram o equilíbrio. A anteriorização da cabeça e uma das disfunções mais comuns. Segundo Amantéa et. al. (2004), com o passar dos anos vem aumentando os casos de DTM, onde se observa maior incidência de casos entre nos quadros moderados e leves, principalmente entre mulheres.

Objetivo: Relacionar a DTM com os desvios posturais com a finalidade de corrigir ou evitar danos em um todo no indivíduo.

Relevância do estudo: Obtenção de conhecimento sobre as disfunções temporomandibulares relacionados a postura e tratamento fisioterapêutico global.

Materiais e métodos: Foram coletadas as informações sobre DTM relacionadas à postura global, suas incidências, etiologia, forma de tratamento e prevenção em sites e artigos científicos em base de dados como o Scielo.

Resultados e discussões: Segundo Prianti, et al (2011), estudo realizado com mulheres entre 20 e 50 anos, com DTM apontou diminuição de dor, e ganho de amplitude de abertura bucal relacionados com sessões de correção postural global. Inicialmente, foi aplicado um questionário identificando queixas de dor e desconfortos na região da ATM, em seguida houve marcação de pontos anatômicos específicos, como joelho, trocânter, tragus, acrômio, espinha ilíaca ântero-superior, maléolos, coluna (T3). Esses pontos foram fotografados em vistas anterior, posterior e laterais, e comparados após 10 sessões de correção postural global. Também houve marcação da amplitude de abertura bucal realizada com parquímetro, o mesmo comparado posteriormente às sessões. O resultado em relação a dor veio nas

primeiras sessões, a melhora da amplitude de abertura bucal foi constatada ao final das 10 sessões, relacionando a melhora da amplitude de abertura bucal com diminuição da dor. Na comparação das fotografias, houve melhora de 50% dos ângulos marcados. Podemos então concluir, que há relação em melhora das DTM com correção postural. Esse método de avaliação permite identificar desvios posturais e suas possíveis alterações, permitindo ainda a comparação antes e após a terapia (BASSO, CORRÊA e SILVA 2010).

CONCLUSÃO: Estudos relacionam desvios posturais com DTM. Dentre os mais observados foram constatar anteriorização e inclinação da cabeça, rotação e elevação dos ombros, retificação da coluna cervical, flexão de cotovelos, hiperlordose lombar, rotação de pélvis, hiperextensão de joelhos e pés pronados. Após sessões de correções posturais, houve melhora nas funções de músculos, ligamentos e articulações, melhora na abertura e fechamento da boca, diminuição do quadro álgico e de deslocamento de disco, trazendo ao indivíduo acometido melhora nas atividades de vida diária, que antes eram comprometidas por DTM.

Referências

- AMANTÉA, D. V.; NOVAES, A. P.; CAMPOLONGO, G. D.; et al. importância da avaliação postural em pacientes com disfunção temporomandibular; **Rev. Acta Ortop Bras**, v. 12, n. 3, p. 155-159, 2004.
- BASSO; D.; CORRÊA, E.; SILVA, A. M.; Efeito da reeducação postural no alinhamento corporal e nas condições clínicas de indivíduos com disfunção temporomandibular associada a desvios posturais; **REV Fisioterapia Pesquisa**, v 17, n 1, p 63-68, 2010;
- PRIANTI, B. M.; MOREIRA, T. S.; FREITAS, S. T. T.; et. al.; Análise de influência de um trabalho postural global em indivíduos com disfunção temporomandibular; XV Encontro Latino Americano de Iniciação científica e XI Encontro Latino Americano de Pós Graduação, p. 1-5, 2011. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/RE_0365_0500_01.pdf
- SANTOS, L. R.; BECK, D. G. S.; Alterações posturais da coluna cervical no desenvolvimento das disfunções temporomandibulares; **Rev. Saúde Integrada**; Vol.10 n19, p. 40-50; 2017;
- VIANA, M. O.; LIMA, E. I. C. B. M. F.; MENEZES, J. N. R. et al. Avaliação de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular e sua relação com a postura cervical. **Rev. Odontol**, v. 44, n. 3, p. 125-130, 2015.

A EFICÁCIA DO TRATAMENTO CONSERVADOR NA HÉRNIA DE DISCO LOMBAR

Leticia de Freitas Silva¹; Juliana Goivinho de Castro¹; Luana Eduarda Rosa castor¹; Natalia Larissa Coutinho¹; Jose Bassan Franco²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – leticiadurado2011@hotmail.com;

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – zebassan@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Curso de Fisioterapia

Palavras-chave: Hérnia de disco, lombalgias, coluna vertebral, tratamento conservador.

Introdução: A Hérnia de disco é uma doença crônico-degenerativa da coluna, considerada uma síndrome multifatorial com grandes impactos econômicos e emocionais de alta prevalência, podendo afastar indivíduos economicamente ativos de suas atividades sociais e laborais (ALMEIDA et al., 2014). A Hérnia ocorre devido a um processo de protrusão do disco intervertebral, por ruptura de suas fibras (ALMEIDA et al., 2014). Pode acometer qualquer parte da coluna vertebral, sendo mais frequente na região lombar, portanto é uma das causas de lombalgias (LAIOLA et al., 2017). Dependendo do volume de material herniado, poderá haver compressão e irritação das raízes lombares e sacrais (VIALLE et al., 2010). Dentre algumas medidas eficazes na prevenção deve-se manter a postura ereta, transportar carga junto ao corpo, evitar torções da coluna, corrigir a postura no trabalho, uso de sapatos confortáveis, perder peso, praticar atividades físicas, fazer alongamentos e aquecimento antes de fazer qualquer esforço com a coluna (ALMEIDA et al., 2014). O quadro clínico inclui lombalgia inicial, que pode evoluir para lombociatalgia e, finalmente, persistir como ciatalgia (VIALLE et al., 2010). Os sintomas dependem da localização, tamanho, tipo e grau de envolvimento radicular (ALMEIDA et al., 2014). As hérnias podem ser assintomáticas, quando a herniação se direciona para o centro dos corpos vertebrais ou sintomáticas quando vai para dentro do canal vertebral, comprimindo terminações e raízes nervosas (ALMEIDA et al., 2014). Atinge principalmente indivíduos entre 30 e 50 anos (CARVALHO et al., 2012). Para o diagnóstico deve ser realizado um exame físico adequado, podendo inclusive, através de uma minuciosa avaliação de dermatômos e miótômos, determinar o espaço vertebral em que está localizada a hérnia (VIALLE et al., 2010). Deve ser complementado por exame de imagem para melhor acerto do nível envolvido (LAIOLLA et al., 2017). O tratamento de primeira escolha é conservador e tem como objetivos alívio da dor, aumento da capacidade funcional e retardar a progressão da doença (CARVALHO et al., 2012)

Objetivos: O objetivo desse estudo foi revisar a eficácia do tratamento conservador na hérnia discal lombar.

Relevância do Estudo: Trazer conhecimento e informações baseado em evidências científicas sobre o tratamento conservador na hérnia discal lombar.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema “A EFICÁCIA DO TRATAMENTO CONSERVADOR NA HÉRNIA DE DISCO LOMBAR” nos bancos de dados como SCIELO, BIREME e GOGLE ACADÊMICO.

Resultados e discussões: A coluna lombar, por ser uma região de grande mobilidade, sofre forças de compressão, tornando o núcleo pulposo vulnerável à deslocamentos que, com o passar do tempo, lesa as estruturas do disco intervertebral, sendo geralmente mais comuns nos segmentos de L4-L5, L5-S1 (LAIOLLA et al., 2017). Alguns dos mecanismos que favorecem a degeneração e projeção do núcleo são: desequilíbrio e instabilidades musculares, esforços nas atividades de vida diária e má postura (LAIOLLA et al., 2017). Quando se realiza um esforço de flexão durante o dia, o material nuclear é impelido no sentido anteroposterior, através das fibras do anel fibroso, mas por ele ainda é contido (BRAZIL et al., 2004). Durante a noite, em razão de uma maior consistência aquosa do núcleo e elevação da pressão intradiscal, as fibras do anel se rompem, dando início nas primeiras horas do dia, a sintomatologia de quadro doloroso agudo,

intenso, com irradiação da dor para um ou outro membro inferior, que exacerba com os esforços e atividades do dia a dia (BRAZIL et al., 2004). O tratamento conservador tem oferecido os melhores resultados nos indivíduos acometidos (LAIOLA et al., 2017). A finalidade do tratamento é aliviar a dor, estimular a recuperação neurológica, com retorno precoce às atividades da vida diária e ao trabalho (VIALLE et al., 2010). Inclui fisioterapia com analgesia e relaxamento, principalmente através de exercícios de alongamentos (VIALLE et al., 2010). O paciente deve evitar posturas inadequadas por tempo prolongado e realizar, frequentemente, exercícios em uma postura equilibrada, para não forçar a musculatura e a coluna lombar (ALMEIDA et al., 2014). Esses exercícios devem ser de fortalecimento, para evitar fadiga muscular e dar suporte para a coluna lombar evitando o reaparecimento dos sintomas (ALMEIDA et al., 2014). A termoterapia infravermelha promove analgesia através do relaxamento superficial pelo aumento da temperatura tecidual. O ultrassom também pode ser empregado, já que seu efeito é eliminar o quadro inflamatório. A pompagem relaxa a musculatura, melhora a nutrição circulatória dos tecidos moles e articulações, reduz contraturas e restaura o formato ou comprimento muscular (LAIOLA et al., 2017). O repouso é eficaz, mas não pode ser muito prolongado, pois a inatividade tem também a sua ação deletéria sobre o aparelho locomotor (BRAZIL et al., 2004). Assim, que a atividade e a deambulação forem possíveis, o tempo de repouso pode ser encurtado e o paciente deve ser estimulado a retornar às suas atividades habituais, o mais rápido possível (BRAZIL et al., 2004).

Conclusão: Os recursos do tratamento conservador para hérnia de disco lombar mostraram melhoras significativas aliviando sinais e sintomas da patologia, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e o retorno as suas atividades de vidas diárias.

Referências

ALMEIDA, H.S.R.T; HENRIQUE, D.M; MOURA, L.E.M; KERZNER, L.P; TAVARES, A.K; PINTO, S.D; HERNIA DE DISCO LOMBAR: Riscos e Prevenção, **Revista ciência e saúde nova esperança**, João Pessoa, v.12, n.2, dezembro, 2014

BRASIL, A.V; XIMENES, A.C; RADU, A.S; FERNANDES, A.R; APPEL, C; MACANEIRO, C.H. ET AL. Diagnóstico e tratamento das lombalgias e lombociatalgias, **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.44, n.6, p, 419-25, novembro/dezembro, 2004

CARVALHO, B.L; OYAKAWA, A; MARTINS, S.R; CASTRO, G.C.P; FERREIRA, N.M.L; MELO, A.S.J; ET AL, Hérnia de disco lombar: Tratamento, **Acta Fisiart**, v.20, n.2, p.75-82, 2013

LAIOLA, V.L.M.G; PEDROSA, A.V.A; SILVA, S.B; MODESTO, S.R; VASCONCELOS, B.T; SANTOS, O.D.F; BASTOS, D.P.V; Terapia manual em pacientes portadores de hérnia discal lombar :Revisão Sistemática, **Ciência em movimento, Reabilitação e Saúde**, Ceara, v.19, n.38, 2017

VIALLE, R.L; VIALLE, N.E; HENAO, S.E.J; GERALDO, G; Hérnia Discal Lombar, **Revista Brasileira de Ortopedia**, Curitiba, v.4, n.1, p.17-22, 2010

EFEITOS DOS EXERCÍCIOS AERÓBIOS E ANAERÓBIOS EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES

Augusto Louzada Rochi¹ Thayná Garcia¹, Ana Paula Ronchesel Batocchio²

Alunos de Fisioterapia¹ – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – augustorochi@gmail.com
Professora de Fisioterapia² – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – biomedicina@fibbauru.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Exercício aeróbio, exercício anaeróbio, diabetes mellitus.

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é um conjunto de disfunções metabólicas crônicas resultantes da deficiência na secreção de insulina que é produzida pelo pâncreas, o DM tem diferentes classificações, segundo sua etiologia: DM tipo 1 (DM1) que é caracterizado pela deficiência absoluta de insulina, causada na maioria dos casos por um processo autoimune que destrói as células que secretam o hormônio e o DM tipo 2 (DM2) que possui um grande fator hereditário caracterizado por defeitos na ação e/ou secreção da insulina, o problema está na incapacidade de absorção das células musculares e adiposas, assim não conseguem metabolizar a glicose suficiente da corrente sanguínea. Atualmente o tratamento consiste em três métodos: Administração de insulina exógena; controle dietético regulando a oferta de glicose e evitando sobrecarga do pâncreas; e o exercício que normalmente é indicado para auxiliar no controle da patologia, aumentando a sensibilidade à insulina, estabilizando as taxas de glicose no sangue, auxiliando no controle de peso e redução das doses de insulina, de acordo com a forma que é praticado pode ser classificado como exercício aeróbio que consiste em um movimento rítmico, repetido e contínuo de diversos grupos musculares no mínimo dez minutos, como uma caminhada, já o exercício resistido ou anaeróbio consiste em atividades que usam força muscular para mover um peso ou uma força contrária, por exemplo, musculação (LIMA et al., 2016; FERREIRA, MOREL, BRAGA, 2008; RAMALHO, SOARES, 2008).

Objetivo: Verificar na literatura os efeitos dos exercícios aeróbios e anaeróbios em pacientes portadores de DM.

Relevância do Estudo: Demonstrar a ação do exercício físico como tratamento fisioterapêutico nos pacientes portadores de DM e disponibilizar informações para fisioterapeutas.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca PubMed, SIBiUSP, PEDro e Google Acadêmico. As palavras chaves utilizadas foram: Diabetes Mellitus e exercício físico. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos até Outubro de 2018.

Resultados e discussões: Os efeitos dos exercícios no metabolismo do DM1 de um paciente apropriadamente insulinizado ocasionam benefícios de redução da glicemia e a melhora da ação insulínica, que ocorre pela maior expressão e translocação de GLUT-4 (proteína transportadora de glicose dependente de insulina) do centro para a membrana celular e o paciente com tratamento inapropriado, sem insulina suficiente para manter a glicemia perto do normal, quando submetido a esforço físico, pode ter seu estado hiperglicêmico agravado ou mesmo desenvolver cetose, para a prescrição dos exercícios requer análise do quadro individual, particularizando as limitações e riscos e identificando aquelas potencialmente capazes de trazer satisfação pessoal e os maiores benefícios. (SOCIEDADE BRASILEIRA

DE DIABETES, 2015; FERREIRA, MOREL, BRAGA 2008). Um estudo recente avaliou o efeito dos exercícios aeróbios e anaeróbios em pacientes com DM2, intercalados em diferentes dias da semana, mostrou uma redução maior nos níveis de HbA1c (hemoglobina glicosilada, importante para avaliação do diabetes) e no uso de medicação hipoglicemiante. Em recente metanálise de ensaios clínicos randomizados com pacientes com DM2 foi ainda demonstrada uma melhora no controle glicêmico medido por HbA1c nos pacientes que praticavam exercício anaeróbio, aeróbio ou uma combinação de ambos por mais de 150 minutos semanais, observou-se uma redução adicional nos níveis de HbA1c (DUARTE, et al., 2012). LIMA et al., (2016), sugerem sessões que combinem exercícios aeróbios e anaeróbios, contribuindo para o controle glicêmico e conseqüentemente para diminuição do uso de insulina exógena, isto se deve, por que a atividade favorece no controle da gordura corporal e no aumento da sensibilidade à insulina, fatores que auxiliam na captação da glicose.

Conclusão: Pode-se concluir com a presente revisão que o exercício físico aeróbio, anaeróbio e a combinação de ambos traz benefícios ao portador de DM quando aplicados corretamente e em pacientes apropriadamente insulinizados.

Referências

DUARTE, C. K.; ALMEIDA, J. C.; MERKER, A. J. S.; et al. Nível de atividade física e exercício físico em pacientes com diabetes mellitus. **Rev Assoc Med Bras**. v. 58, n. 2, p. 215-221, 2012.

FERREIRA, B. E.; MOREL, E. A.; BRAGA, P. H. A. Alterações glicêmicas agudas em diabéticos tipo 1 após uma sessão de exercícios resistidos. **Revista Digital Buenos Aires**. v.13, n.120, p. 1-1, 2008.

LIMA, V. A.; MASCARENHAS, L. P. G.; GRZELCZAK, M. T.; et al. A influência do treinamento resistido e aeróbio em forma de Circuit Training no controle glicêmico do diabetes tipo I: estudo de caso. **Revista uniandrade**, v.13, n.3, p. 248-257, 2016.

RAMALHO, A. C. R.; SOARES, S. O Papel do Exercício no Tratamento do Diabetes Melito Tipo 1. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**. v. 52, n. 2, 2008

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **E-book 2.0 Diabetes na prática clínica, 2015**. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/75-capitulo-8-atividade-fisica-no-diabetes-tipo-1-e-2-bases-fisiopatologicas-importancia-e-orientacao>>. Acesso em 31 de outubro de 2018.

EXERCÍCIOS FÍSICOS EM DIABETES MELLITUS TIPO 1: REVISÃO DE LITERATURA

Larissa Mendes Magalhães¹; Beatriz Savian¹; Roberta Munhoz Manzano²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: diabetes mellitus tipo um, exercícios físicos, fisioterapia.

Introdução: Diabetes Mellitus é uma doença crônica definida pelo aumento de glicose na corrente sanguínea que é classificada em diabetes tipo I (insulino-dependente) e em diabetes tipo II (insulino-não-dependente) (DOMINGUES, PAIVA e PESTANA, 2012). O DM tipo 1 (DMT1) é das mais comuns doenças crônicas da infância e corresponde entre 5% e 10% dos casos de diabetes mellitus. Especificamente no Brasil a incidência foi de 10,4 em 100.000 habitantes (GUZATTI et al. 2017). Esse fenômeno aparece de forma auto-imune, ou seja, o próprio organismo destrói as células betas do pâncreas que são responsáveis pela produção da insulina, nesse caso é comum o paciente apresentar sintomas como sede excessiva, urinar várias vezes, perda de peso, fome extrema, visão embaçada, falta de sensibilidade nas mãos ou pés, feridas que demoram para cicatrizar, pele ressecada e fadiga recorrente (DOMINGUES, PAIVA e PESTANA, 2012). A manutenção do bom controle glicêmico se baseia na tríade: alimentação saudável, insulinoterapia e exercícios físicos. Com relação aos exercícios, tanto aeróbico como anaeróbico devem ser incentivados a ser praticados por portadores de DMT1, pois todos os exercícios físicos proporcionam benefícios para o controle glicêmico e atuam na prevenção de fatores de risco, como doenças cardiovasculares e hipertensão, além de melhorar a qualidade de vida dos praticantes (LIMA, et al. 2017).

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi revisar a literatura sobre exercícios físicos em portadores de diabetes tipo 1.

Relevância do Estudo: Devido a alta incidência da doença e a importância da conscientização sobre a realização de exercícios físicos para diabetes tipo 1, é de extrema importância esta revisão de literatura.

Materiais e métodos: Para a realização do presente estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica em base de dados na internet que incluiu artigos científicos Scielo, Lilacs, Pubmed e Bireme referentes ao assunto principal utilizando na busca as palavras-chave: diabetes mellitus insulino-dependente, diabetes autoimune, diabetes mellitus instável e terapia por exercício A pesquisa abrangeu literatura publicada no período de 2008 a 2018.

Resultados e discussões: O desequilíbrio metabólico causado pelo diabetes e a complexidade no tratamento que inclui insulinização, plano alimentar, exercícios físicos, automonitorização e educação em diabetes torna-se um grande desafio para o controle glicêmico (LIMA, et al 2017). Este tratamento tem como objetivo aproximar as condições metabólicas deste portador ao estado fisiológico normal prevenindo e retardando as complicações que podem surgir no diabético tipo I (DOMINGUES, PAIVA e PESTANA, 2012). De acordo com Ramalho e Soares (2008) através de exercícios aeróbicos e resistidos realizados por mais de seis meses de treinamento há melhora na glicemia de jejum e efeitos benéficos na hemoglobina glicada (HbA1c) em 11 pacientes com DMT1. Alguns estudos comprovam que períodos maiores de exercícios apontam uma diminuição percentual maior, como no estudo de Lima et al. (2017) que utilizaram um protocolo de 60 minutos de pedalada

em cicloergômetro a 50% do VO² pico intercalado com 10 segundos de sprints máximo a cada dois minutos, resultando em uma redução da glicemia de 54,05%. Entretanto, o excesso de insulina durante a atividade física pode atenuar a captação de glicose sanguínea, e se associado à contração muscular devido ao exercício pode resultar em um estado de hipoglicemia. Por outro lado, ocorre aumento da glicose sanguínea após o término do exercício de alta intensidade, é decorrente porque durante a atividade física é possível aumentar a produção de glicose pelo fígado, reduzir a captação da glicose para os músculos e induzir a estado de resistência à insulina, mas o retorno às condições normais ocorre após três horas do exercício (HAYASHI et al. 2008). Sobre a prática de exercício mais indicado para o tratamento dos portadores de diabetes há controvérsias. Para Ramalho e Soares (2008) a associação de treinamento aeróbico com o exercício resistido não foi observada alterações significativas nos pacientes DMT1. No entanto, Lima et al. (2017) observaram que a rotina de atividade física para os DMT1 deve fazer parte de três grupos de exercícios: exercícios aeróbicos, exercícios resistidos e exercícios de flexibilidade. Exercícios aeróbicos devem ser realizados de 3 a 5 vezes por semana por 60 minutos, e exercícios resistidos devem incluir pelo menos 8 a 10 exercícios diferentes, usando grandes grupos musculares e por último, exercícios de flexibilidade para minimizar o prejuízo na flexibilidade decorrente da glicosilação de várias estruturas articulares.

Conclusão: Por meio desta revisão de literatura foi possível verificar os benefícios da atividade física em portadores de diabetes tipo 1, pois há resultados significativos na melhora da glicemia sanguínea e redução dos riscos cardiovasculares e conseqüentemente favorecendo a qualidade de vida e prevenção de complicações.

Referências

DOMINGUES, R. S.; PAIVA, S. L.; PESTANA, V. S B. A importância da atividade física no tratamento da diabetes mellitus tipo 1 insulino-dependente. 2012. Araçatuba, **5ª Comunicação Científica Pibic**. Disponível em: <http://fisiosale.com.br/assets/a-import%C3%A2ncia-da-atividade-f%C3%ADsica-no-tratamento-da-diabetes-mellitus-tipo-i-insulino-dependente.pdf>. Acesso em: 08 out 2018.

GUZATTI, P. R.; BALTHAZAR, A. P.S.; CANALLI, M. H. et al. Fatores associados ao controle glicêmico em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1. **Revista Arq Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v.46, n.2, p.26-38, 2017.

HAYASHI, C. B.; PEREIRA, A. A.; FERREIRA, F. S. M. et al. Efeito imediato do exercício físico sobre o comportamento da glicemia no indivíduo diabético tipo 1: estudo de caso. 2008. Paraíba, **IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação**. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2005/inic/IC4%20anais/IC4-48%20ok.pdf. Acesso em: 25 out 2018.

LIMA, V. A.; LEITE, N.; DECIMO, J. P. et al. Comportamento glicêmico após exercícios intermitentes em diabéticos tipo 1: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira Cia e Mov**, Paraná, v.25, n.4, p.167-174, 2017.

RAMALHO, A.C. R; SOARES, S. O papel do exercício no tratamento do diabetes melito tipo I. **Revista Arq Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v.52, n.2, p.261-270, 2008.

A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PULMONAR NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS

Daniele Basilio Bresola¹; Vanessa Golim²; Janaina Verginia Máxima dos Santos³; Roberta Munhoz Manzano⁴

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

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

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

⁴Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
robertamunhozmanzano@gmail.com <mailto:cris@uol.com.br>.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: reabilitação pulmonar, qualidade de vida, treinamento físico.

Introdução: A alteração da função pulmonar e disfunção dos músculos esqueléticos ocasionam uma intolerância ao exercício e diminuição do condicionamento físico podendo assim ocorrer isolamento social, depressão, ansiedade e dependência. O treinamento com exercício é o componente mais importante do programa de reabilitação pulmonar (MAIA et al., 2012). A Reabilitação Pulmonar (RP) é um programa individualizado e multidisciplinar, que tem por objetivo, o tratamento e a prevenção de complicações pulmonares e gerais do organismo, a redução dos sintomas, melhora das atividades e funções diárias, e as possibilidades de restauração da função pulmonar, proporcionar a diminuição das incapacidades física e psicológica causadas pela doença respiratória através da melhoria da aptidão física e mental, proporcionando a menor incapacidade possível. (VASCONCELOS et al., 2013; ZANCHET; VIEGAS; LIMA, 2005).

Objetivos: Revisar a importância da reabilitação pulmonar na qualidade de vida e seus benefícios para pacientes com disfunções pulmonares em geral.

Relevância do Estudo: Realizar estudo mostrando que a reabilitação pulmonar tem sido cada vez mais essencial nos tratamentos de pacientes com doenças e disfunções pulmonares além de mostrar o que é realizado e mais eficaz.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura baseada na contextualização do tema “Reabilitação pulmonar qualidade de vida” por meio de buscas nos bancos de dados Scielo e Bireme.

Resultados e discussões: A reabilitação pulmonar é composta por alongamentos, aquecimento, exercícios intervalados, exercícios aeróbios e exercícios de ganho de força muscular, ocasionando melhora na capacidade funcional de exercício, redução da dispnéia, frequência e duração das internações, além de reduzir a quantidade de exacerbações (VASCONCELOS et al., 2013; ZANCHET, VIEGAS E LIMA, 2005). A medida da força muscular respiratória é considerada hoje de grande valor na avaliação dos pacientes com comprometimento respiratório, sobretudo em pacientes com doenças neuromusculares, para isso, são realizadas as provas de função pulmonar (p. ex. espirometria, manovacuometria, pico de fluxo expiratório, ventilometria), que são formas de avaliar os volumes e capacidades pulmonares, possibilitando, com precisão, o diagnóstico de doenças pulmonares. A RP incorpora um programa de treinamento físico, educação do paciente e seus familiares, intervenção nutricional, psicossocial e contextual (TAVARES e TOMAS, 2016; VASCONCELOS et al., 2013). O treinamento físico pode ser dividido em dois tipos: aeróbico e de força. O treinamento aeróbico melhora a resistência para sustentar uma dada tarefa de

exercício. Em contraste, o de força envolve a performance de atividades com alta carga por um curto período de tempo. RP engloba o treinamento de membros inferiores, membros superiores e de músculos ventilatórios, que apresenta diferentes intensidades e variações de tempo (VASCONCELOS et al., 2013; SEVERO e RECH, 2006). Os exercícios aeróbios utilizam-se do oxigênio no processo de geração de energia durante a atividade física, eles são contínuos e prolongados, realizados com movimentos não muito rápidos. Desta forma queimam as reservas de gordura do corpo humano, diminuindo a chance de doenças cardiovasculares; entretanto, apresenta pouco ou nenhum efeito sobre a redução de força e atrofia muscular. Nesse sentido, o treinamento de força é uma opção racional no processo de RP (VASCONCELOS et al., 2013; SEVERO e RECH, 2006).

Conclusão: A revisão de literatura realizada mostrou que o programa de reabilitação pulmonar promove uma melhora da independência funcional, melhora da capacidade de realizar exercícios e atividades de vida diária, influenciando assim diretamente a qualidade de vida dos seus participantes. Os exercícios aeróbios e fortalecimento muscular estão inclusos no programa de reabilitação pulmonar, e se mostram importantes e essenciais na melhora da capacidade motora, diminuição da fadiga muscular e melhora no condicionamento físico.

Referências

MAIA, E. D.; PINHEIRO, A. N.; SILVA, S. C. S.; et al. Protocolos clínicos de reabilitação pulmonar em pacientes com DPOC. **Rev.Saúde**. v. 12, n. 32, p. 55-67, 2012.

SEVERO, V.G.; RECH, V.V.; Reabilitação pulmonar: treinamento de membros superiores em pacientes com DPOC; uma revisão. **Fisioterapia e Pesquisa**. v.1, n.13, p.44-52. 2006.

TAVARES, N. B. V.; TOMAS, N. T. B. C.; **Eficácia da fisioterapia respiratória em pacientes adultos com pneumonia: revisão sistemática**. Trabalho de conclusão de curso (Monografia). Instituto politécnico de Lisboa, escola superior de tecnologia da saúde de Lisboa. 2016.

VASCONCELOS, T.B.; FERREIRA, J.V.; MAGALHÃES, C.B.A.; et al. Exercícios aeróbios na reabilitação pulmonar, **Rev.Saúde**. v.9, n.4, p.303-315, 2013.

ZANCHET, R.C.; VIEGAS, C.A.V.; LIMA, T.; A eficácia da reabilitação pulmonar na capacidade de exercício, força da musculatura inspiratória e qualidade de vida de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.31, n.2, p.118-124, 2005.

GABAPETINA, DOSE E EFEITOS NA EPILEPSIA

Ânela Natane Arruda¹; Mayara Larissa Conceição²; Ana Paula Ronquesel Battochio³

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

²Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB mayaraconceicao2704@gmail.com;

³Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
biomedicina@fibbauru.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Epilepsia, Gabapetina

Introdução: A epilepsia é um distúrbio crônico do sistema nervoso central. Afeta mais de 50 milhões de pessoas no mundo. Esta condição tem consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais e pode afetar de forma direta a vida do afetado. Segundo estimativas o afetado pode continuar a ter crises mesmo fazendo tratamento adequado com medicamentos correto (MOREIRA, 2004). A epilepsia pode ser classificada da seguinte forma: topográfico e etiológico. Tem as generalizadas e focais. As generalizadas acontece com crises epiléticas que envolve seus dois hemisférios, e pode apresentar convulsões. Nas epilepsias focais, as crises acontecem em um local específico, e são divididas em focais simples (não compromete a consciência do indivíduo) e focais complexas (pode ter comprometimento parcial em alguns casos) (MOREIRA, 2004). O diagnóstico é dado através de um exame físico geral, com ênfase nas áreas neurológica e psiquiátrica (KURCGANT; MARCHETTI, 2001).

Objetivos: O objetivo desse trabalho é mostrar a eficácia da Gabapetina para indivíduos com Epilepsia Parcial.

Relevância do Estudo: Este estudo é voltado para pacientes com epilepsia, mostrando a eficácia do medicamento abordado, de acordo com dose e faixa etária de cada paciente, comparando com outros medicamentos.

Materiais e métodos: Para esse artigo usamos como métodos de pesquisa o Google Acadêmico e Scielo

Resultados e discussões: A gabapetina apresenta estrutura semelhante à do GABA. Sua ligação é a proteína alfa2-gama (MEDAWAR; MATHEUS, 2012). De acordo com alguns estudos gabapetina demonstrou eficácia parecida com a carbamazepina, para o tratamento de epilepsia (MEDAWAR; MATHEUS, 2012). Comparado com a carbamazepina no desfecho o tempo que o indivíduo fica em crise utilizando a Gabapetina é maior. Em crianças entre 3-12 anos, a eficácia de gabapetina foi significativa com doses 23-35 mg/kg/dia (MACHADO; CARDOSO; SILVA, 2013). Dependendo de dose, sua eficácia pode ser menor, pois leva a uma menor absorção no duodeno, essa absorção varia de pessoa para pessoa, é eliminada pelos rins e não interfere no metabolismo, tornando-a ideal para idosos e/ou para pacientes com doença crônica que em sua maioria das vezes precisam utilizar outro medicamento (MOORE et al., 2017) De acordo os estudos clínicos não apresentaram efeitos adversos adultos, em crianças foi notado alguns distúrbios comportamentais, como agressividade e irritabilidade, sedação e alteração (MOORE et al., 2017).

Conclusão: Conclui-se que a gabapetina tem eficácia como agente adjuvante em pacientes com epilepsia focal refratária, vale ressaltar que os estudos foram de curto prazo, para longo prazo e demais tipos de epilepsia não é possível afirmar a eficácia do fármaco.

Referências

KURCGANT, D.; MARCHETTI, L. R, Diagnóstico e tratamento de epilepsia e crises pseudoepilépticas psicogênicas associadas. **Arq neuropsiquiatria**. v. 59, n.2, p 461 -465, 2001.

MACHADO, R. N.; CARDOSO, O. Z. S. I.; SILVA, A. R. C, Considerações sobre epilepsia. **Boletim científico de pediatria**. v. 2, n. 3, p. 71-76, 2013)

MEDAWAR, V. C.; MATHEUS, E. M, Antidepressivos tricíclicos e gabapentínóides: uma análise do perfil farmacológico no tratamento da dor neuropática. **Revista brasileira de farmacologia**. v. 93, n.3, p 290 – 297, 2012.

MOORE, R. A.; PHILLIPS, T.; TOLLE, T. R.; RICE, A. S. C.; BELL, R. F.; DERRY, S.; WIFFEN, P. J, Gabapentin for choronic neuropathic pain in adults, **Cochrane library**. v. 6, n. 10, p. 1-4, 2017.

MOREIRA, G. R. S, Epilepsia: concepção histórica, aspectos conceituais, diagnóstico, e tratamento, **Revista mental**. v. 2, n.3, p 107-122, 2004.

DESLOCAMENTO DE DISCO E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Ana Caroline Moura Santos¹; Camila Aparecida Silveira¹; Dharayana de Araújo Figueiredo¹; Giovana Almeida de Oliveira¹; Raíssa Mayara de Oliveira¹; Elaine Camargo Costa e Silva².

¹Aluna do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
carol_mouura02@hotmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: deslocamento de disco, ATM, sem redução, com redução, fisioterapia

Introdução A Articulação Temporomandibular(ATM) é uma combinação de gínglimo e articulação plana. É composta pela parte anterior da fossa mandibular do osso temporal, o tubérculo articular e o côndilo da mandíbula. Os meios de junção dessa articulação são: cápsula articular, disco articular e ligamentos. A articulação é dividida em parte superior e inferior, cada qual reforçada com uma membrana sinovial. Sua face superior é côncavo-convexa para se ajustar ao tubérculo e a fossa da mandíbula e sua face inferior é côncava para se ajustar ao côndilo da mandíbula (RAMOS et al.,2014). Por volta de 28% da população, possui algum desarranjo interno da ATM em algum momento da vida (JUNIOR, 2014). Esta disfunção é classificada como a mais complexa do organismo humano, a ATM pode ser cometida pelas mesmas doenças e desordens que afetam algumas outras articulações do sistema músculo-esquelético, como, por exemplo, os deslocamentos de disco. O deslocamento de disco articular é o seu posicionamento incorreto com as superfícies côndilo, fossa e a eminência articular (RAMOS et al., 2004). Dor, estalido, e limitação funcional na abertura e fechamento da boca são sintomas comuns em pacientes que apresenta alguma disfunção da ATM (JUNIOR, 2014). Segundo um estudo realizado com 72 pessoas, com faixa etária de 10 a 20 anos, constatou-se que 75% apresentaram deslocamento de disco, sendo a maior parte do sexo feminino(JUNIOR, 2014). A Fisioterapia, por sua vez, atua nas disfunções temporomandibulares com a função de reabilitar o paciente como um “todo”, auxiliando no reconhecimento dos demais membros envolvidos e buscando restabelecer as funções ortopédicas e musculares debilitadas (PIOZZI & LOPES, 2002).

Objetivos: Descrever a disfunção temporomandibular sobre deslocamento de disco e as principais formas de tratamentos fisioterapêutico.

Relevância do Estudo: Sendo o deslocamento de disco uma das principais disfunções da articulação temporomandibular, deve ser tratada com severidade e de forma correta para evitar complicações.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica em sites de busca Lilacs, Scielo, Bireme, Pubmed e Google Acadêmico, utilizando as palavras chaves articulação temporomandibular, deslocamento de disco, intervenção fisioterapêutica, não havendo restrição de datas de publicação.

Resultados e discussões: O deslocamento de disco articular é dividido entre deslocamento com redução sem redução. No deslocamento com redução disco encontra-se deslocado à frente do côndilo quando a boca está fechada, mas recupera um melhor posicionamento quando aquele translada para a posição protusiva.Durante o movimento de translação, o côndilo recaptura o disco articular produzindo um som articular, ruído ou estalo com redução, ocorrendo à redução do disco deslocado para uma posição de maior normalidade. Quando a mandíbula volta à posição retrusiva, outro ruído pode ocorrer, sendo denominado ruído

recíproco, quando novamente o disco volta a se posicionar incorretamente à frente do côndilo (YAP et al., 2003). Quando o disco permanece deslocado na posição de abertura máxima da boca, considera-se deslocamento sem redução (MILANO et al., 2000). Para o tratamento inicial, a utilização de procedimentos fisioterapêuticos é essencial, sendo que a primeira medida consiste na educação do paciente a respeito da natureza do seu problema e da maneira para reduzir a pressão intra-articular, diminuindo a intensidade da atividade dos seus músculos mastigatórios. Visando, portanto, à melhora no aspecto geral do paciente, o fisioterapeuta tem o objetivo de proporcionar efeitos fisiológicos que irão auxiliar na redução do quadro doloroso, no fortalecimento muscular, e na reeducação postural, sendo utilizado como recursos para o tratamento a crioterapia; calor superficial; eletroterapia (ultrassom pulsátil, TENS, laser e ondas curtas); cinesioterapia e RPG (reeducação postural global). Unidos a essas medidas analgésicas, são ensinados ao paciente exercícios para o relaxamento e correção da disfunção, que deverão ser supervisionados pelo fisioterapeuta e devem ser realizados periodicamente (PIOZZI & LOPES, 2002).

Conclusão: Com base nesses estudos, concluiu-se que a fisioterapia alivia a dor articular, melhora a amplitude dos movimentos mandibulares e é um tratamento útil para o deslocamento do disco articular com e sem redução da ATM.

Referências

JUNIOR, A. T. B. O. **Avaliação dos deslocamentos de disco da articulação temporomandibular (ATM) em adolescentes.** Dissertação (Mestrado em Odontologia e saúde) - Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2014, 95 f.

MILANO, V.; DESIATE, A.; BELLINO, R. et al. Magnetic resonance imaging of temporomandibular disorders: classification, prevalence and interpretation of disc displacement and deformation. **Dentomaxillofac Radiol**, Bethesda, v.29, n.6, p. 352-361, 2000.

PIOZZI, R.; LOPES, F.C. Desordens temporomandibulares – Aspectos clínicos e guia para a Odontologia e Fisioterapia. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, Curitiba, v.2, n.5, p.43-47, jan./mar. 2002.

RAMOS, A.C.; Sarmiento, V. A.; CAMPOS, P. S. F. et al. Articulação Temporomandibular - Aspectos normais e deslocamento de disco: imagem por ressonância magnética. **Radiologia Brasileira**, Bethesda, São Paulo, v.37, n.6, p.449-454, 2004.

YAP, A.U.; DWORKIN, S. F.; CHUA, E. K. et al. Prevalence of temporomandibular disorder subtypes, psychologic distress, and psychosocial dysfunction in Asian patients. **J Orofac Pain**, Singapore, v.17, n.1, p. 8-21, 2003.

O TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO BRUXISMO

Juliana Morais Palmeira¹; Amanda Augusto da Silva¹; Ana Beatriz Napolitano Mamede¹; Larissa Quirino Reiser Gamba¹; Elaine Camargo Costa e Silva².

¹Alunas de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lqrgmb@gmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Bruxismo, disfunção, crânio-mandibular, tratamento, fisioterapêutico.

Introdução: O bruxismo é definido como o contato estático ou dinâmico dos dentes, em momentos outros que não aqueles que ocorrem durante as funções normais da mastigação ou deglutição, e está sempre associado a um estado emocional alterado do paciente, ou seja, o stress (RODRIGUES, et al., 2006).

Objetivos: Verificar através da literatura como é o tratamento fisioterapêutico no bruxismo.

Relevância do Estudo: Em alguns casos, produz reflexos no periodonto, nos músculos mastigatórios, na articulação temporo-mandibular. Pode também causar dor de cabeça, efeitos comportamentais e psicológicos, sendo muito difícil sua resolução, dependendo da gravidade do desgaste produzido. Seus sinais e sintomas devem ser diagnosticados em fase precoce uma vez que a maioria dos danos provocados é irreversível. A etiologia não é bem entendida sendo uma desordem complexa e multifatorial e, com frequência, difícil de ser identificada (SILVA e CANTISANO, 2009).

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados da internet utilizando os sites de busca Scielo, PubMed e Google Acadêmico. As palavras chaves utilizadas são: bruxismo, disfunção, crânio-mandibular, tratamento, fisioterapêutico.

Resultados e discussões: A atual classificação é baseada de acordo com o hábito, passando a ser bruxismo diurno e noturno. O primeiro consiste em apertar os dentes, não deixando sequelas de desgaste dental nem danos ao periodonto, podendo ser decorrente de um hábito vicioso como morder objetos, chupar dedos, morder língua e bochechas. O bruxismo noturno é composto de episódios únicos e contrações rítmicas, sempre há apertamento no sentido lateral ou transversal, podendo ser prejudicial ao sistema de suporte do periodonto, desgaste dos dentes entre outros sinais característicos da parafunção. Com isso, foi observado que os ruídos oclusais só ocorrem em pacientes com atividade parafuncional noturna (RODRIGUES, et al., 2006). A sintomatologia muscular inclui fadiga, aumento do grau de tensão dos músculos mastigatórios, principalmente o músculo pterigóideo lateral e os elevadores mandibulares masseter e temporal. Causa mialgia, miosite, formação de zonas desencadeantes de dor, falta de coordenação muscular, atividade muscular assimétrica, aumento da atividade muscular tônica, espasmo, contratura, alteração no período de repouso normal, supercontração e superestiramento prolongados e aumento na atividade elétrica. A mais frequente é a fadiga, que é a incapacidade de resistir durante um tempo determinado a um esforço sustentado, sem que sinais e sintomas de dor e desconforto se tornem aparentes (MOLINA, 1997). Algumas diretrizes no tratamento: classificar os pacientes em subgrupos portadores de DCM e bruxismo; eliminar a dor; melhorar a função do aparelho mastigador (melhorar a qualidade dos movimentos mandibulares); diminuir a ansiedade e, o estresse do dia-a-dia; usar formas diversas de tratamento (multidisciplinar); utilizar formas cognitivas e comportamentais (MOLINA, 2002). É essencial que a anamnese

detalhada e o exame físico, que constituem o exame clínico acurado sejam realizados para se chegar a um diagnóstico de bruxismo (considerações fisiopatológicas sobre bruxismo). A fisioterapia é um importante aliado na restauração normal do aparelho estomatognático, reversão de quadros dolorosos contribuindo para a homeostase orgânica dos bruxômanos. Para tal há os tratamentos com termoterapia, que facilitam a oxigenação das áreas afetadas, reduzindo os sintomas musculares e aumentando efeito sedativo sobre as alterações motoras. A terapia de relaxamento e também o TENS (estimulação eletroneural transcutânea), tendo por finalidade diminuir os espasmos e aumentar a circulação dos músculos afetados. E por fim, a acupuntura, cuja efetividade já é comprovada por sua ação analgésica local e central, ação anti-inflamatória, ansiolítica e melhora da defesa imunológica (SILVA e CANTISANO, 2009).

Conclusão: O bruxismo é uma disfunção crânio-mandibular que gera desconfortos e que quanto mais avançada, mais difícil é de se reverter o quadro. Por não ter uma etiologia pré-definida, podendo ser desencadeada por diversos fatores, é necessário que o tratamento seja feito junto a uma equipe multiprofissional, já que somente um profissional não conseguiria resolver 100% da disfunção. O tratamento fisioterapêutico é tão importante quanto todos os outros tratamentos para esse tipo de disfunção, pois ela é capaz de reduzir o quadro algico instantaneamente e melhorar a qualidade de vida sem recursos invasivos.

Referências

MOLINA, O. F.; GAIO, D. C.; CURY, M. D. N.; et al. Uma análise crítica dos sistemas de classificação sobre o bruxismo: implicações com o diagnóstico, severidade e tratamento dos sinais e sintomas de DTM associados com o hábito. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 61-69, jan./mar. 2002.

MOLINA, O. F. Placas de mordida na terapia oclusal. **Pancast**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 37-59, 1997.

PRIMO, P. P.; MIURA, C. S. N.; BOLETA-CERANTO, D. C. F. Considerações fisiopatológicas sobre bruxismo. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 263-266, set./dez. 2009.

RODRIGUES, C. K.; DITTERICH, R. G.; SHINTCOVSK, R. L. et.al. Bruxismo: Uma revisão da literatura. **Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v.12, n. 3, p. 13-21, set. 2006.

SILVA, N. R.; CANTISANO, M. H. Bruxismo: etiologia e tratamento. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 2, p. 223-7, jul./dez. 2009.

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Julya Cristiane Moura¹; Cristiane Serafim Francisco¹; Drielly Pereira Manarim¹; Thaís Pereira da Silva¹; Ana Paula Akashi²

¹Aluna de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB -
julyacristianemoura@hotmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Esclerose Lateral Amiotrófica, qualidade de vida, tratamento fisioterapêutico.

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) também chamada de Doença de Lou Gehrig nos Estados Unidos é definida como uma patologia neurodegenerativa, progressiva, incurável e fatal. Compromete os neurônios motores superiores (NMS), que formam o córtex cerebral, e os neurônios motores inferiores (NMI) presentes na medula espinhal, acometendo ainda o tronco encefálico levando a disfagia e disartria, mas a cognição, inteligência e raciocínio permanecem preservadas (FERNANDES e PARREIRA, 2018). A idade média de ocorrência é de 55-65 anos, com predominância de 2:1 no sexo masculino, com incidência e prevalência em todo o mundo de 1,5 a 2,6 para cada 100,000 pessoas ao ano (ALMEIDA, FALÇÃO e CARVALHO, 2017; BERTAZZI et al., 2017). A medida que a doença evolui, o número de músculos envolvidos aumenta, levando ao comprometimento progressivo dos membros superiores e inferiores causando a paresia/plegia do indivíduo (FERNANDES e PARREIRA, 2018). A fisioterapia é importante na reabilitação desses pacientes para minimizar as disfunções, retardando as sequelas motoras e dessa maneira promovendo melhor qualidade de vida (CIRNE et al., 2016).

Objetivos: Realizar uma revisão de literatura sobre tratamento fisioterapêutico do paciente com esclerose lateral amiotrófica.

Relevância do Estudo: Ressaltar a importância da fisioterapia motora com ênfase na reabilitação do aparelho locomotor, independência e função nas atividades de vida diárias.

Materiais e métodos: Foi realizado levantamento bibliográfico em bases de dados como PubMed, PEDro, Bireme, Medline e SciELO, utilizando publicações de 2008 a 2018.

Resultados e discussão: No tratamento desta doença é necessária uma equipe multidisciplinar, incluindo o fisioterapeuta. A literatura relata que a abordagem em pacientes com ELA é dividida em três tipos: fisioterapia paliativa, destinada a aliviar as condições álgicas e minimizar os danos que afetam a integridade osteomioarticular; a fisioterapia neurofuncional ou motora que tem como objetivo principal promover a educação em saúde tanto para o paciente quanto para os familiares, amenizar quadro álgico, orientar exercícios adequados a atual condição do paciente, retardar o aparecimento de possíveis complicações decorrentes da imobilidade, maximizar a independência e função nas atividades de vida diárias (AVD's) melhorando a qualidade de vida; e a fisioterapia respiratória que visa à manutenção da integridade das vias áreas e da mecânica de ventilação, garantindo a máxima capacidade pulmonar (GOMES, RIBEIRO e KERPPERS, 2017; GUIMARÃES, VALE e AOKI, 2016). Para as atividades de vida diária podem ser feitas modificações no ambiente para prevenir quedas e facilitar as transferências; uso de cadeira de rodas com adaptações adequadas; posicionamento apropriado e uso de almofadas quando estiver acamado para prevenir contraturas e úlceras de pressão; órteses para manutenção do tornozelo em posição neutra

para prolongar a marcha; utilização de bengalas ou andadores; além de inúmeras possibilidades de outros equipamentos. Dentre as diversas intervenções fisioterapêuticas o alongamento evita retração muscular, contraturas e alterações posturais e a movimentação mantém a mobilidade articular e independência funcional (GOMES, RIBEIRO e KERPPERS, 2017). Os princípios da reabilitação física abrangem o ajuste contínuo da intensidade do exercício, evitando-se a prática de atividades que levem à fadiga e a repetição dos exercícios de 2-3 vezes ao dia durante curtos períodos de tempo, totalizando 30 a 45 minutos diários. Um programa de exercícios de fortalecimento pode ser um componente essencial do tratamento com variações de acordo com o estágio da doença. A intensidade e carga dos exercícios devem ser consideradas antes da elaboração de um plano de tratamento e frequentemente revisadas. 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 (FACCHINETTI, ORSINI e LIMA, 2009).

Conclusão: Pode-se concluir que a fisioterapia busca melhorar a qualidade de vida, retardar as complicações e a perda de funcionalidade, além de amenizar o sofrimento e aumentar o tempo de sobrevivência dos acometidos pela ELA. Contudo, é importante enfatizar que o sucesso de qualquer conduta fisioterapêutica depende da fase da doença, dessa forma quanto mais precoce o tratamento melhor o prognóstico, porém há falta de padronização e escassez de trabalhos sobre o tema, evidenciando a necessidade de mais pesquisas com melhor delineamento metodológico.

Referências

- ALMEIDA, L. M. S.; FALÇÃO, I. V.; CARVALHO, T. L. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de pessoas com esclerose lateral amiotrófica (ELA). **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 25, n. 3, p. 585-593, 2017.
- BERTAZZI, R. N.; MARTINS, F. R.; SAADE, S. Z. Z. et al. Esclerose lateral amiotrófica. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 4, n. 3, p. 54-65, setembro 2017.
- CIRNE, G. N. M.; BEZERRA, L. A. P.; CACHO, R. O. et al. Perfil funcional de pacientes com esclerose lateral amiotrófica ao longo de 14 meses de tratamento fisioterapêutico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 557-562, 2016.
- FACCHINETTI, L. D.; ORSINI, M.; LIMA, M. A. S. D. Os riscos do exercício excessivo na Esclerose Lateral Amiotrófica: atualização da literatura **Revista Brasileira De Neurologia**, v. 45, n. 3, p. 33-38, 2009.
- FERNANDES, C.; PARREIRA, C. **Necessidades e a qualidade de vida dos cuidadores informais de doentes com esclerose lateral amiotrófica-revisão integrativa de literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena, 2018. 43 f.
- GOMES, J. C.; RIBEIRO, L. G.; KERPPERS, I. I. Conduta fisioterapêutica no tratamento da esclerose lateral amiotrófica: atualização. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 4, n. 3, p. 40-48, 2017.
- GUIMARÃES, M. T. S.; VALE, V. D.; AOKI, T. Os benefícios da fisioterapia neurofuncional em pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica: revisão sistemática. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 41, n. 2, p. 84-89, 2016.

COMPROMETIMENTO MOTOR NA ESCLEROSE MULTIPLA

Ana Carolina Iasuki Ribeiro; Emily Francini Costa Torres; Fernanda Nayara de Melo; Paola Keri de Paula Assis Fidelis; Raissa Martins Campos; Samira Gregório de Faria; Roberta Munhoz Manzano

Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – anaiasuki97@hotmail.com
Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB emilyfraancini@hotmail.com
Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB fernanda@maxiagudos.com.br
Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB paola.keri16@gmail.com
Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB raysa_kovalick@hotmail.com
Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB samihgregorio2508@gmail.com
Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
roberta_m_m@hotmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Esclerose múltipla, atrofia muscular, doença da medula espinal.

Introdução: A esclerose múltipla (EM) é uma das doenças neurológicas mais comum em adultos. Ela foi identificada formalmente e estabelecida como entidade clínico patológica em 1868, pelo neurologista francês Jean Martin Charcot. Ele a chamou de “esclerose em placas”, descrevendo as áreas circunscritas, disseminadas e endurecidas que encontrou no SNC. (ROWLAND, 1997) A presença de atrofia muscular na EM é rara e foi atribuída a placas de desmielinização comprometendo as células anteriores da coluna ventral da medula. (FISHER, 1983)

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi revisar a literatura sobre o comprometimento motor na esclerose múltipla.

Relevância do Estudo: Promover o conhecimento sobre a doença e suas causas no ser humano, mostrando também como é o seu tratamento.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em base de dados na internet (PubMed, Bireme, Scielo, Google Acadêmico) e também na biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru. Foram utilizadas na busca os seguintes descritores: Esclerose múltipla, atrofia muscular, doença da medula espinal, e os artigos selecionados foram publicados nos últimos dez anos.

Resultados e discussões: A esclerose múltipla (MS) pode apresentar-se com manifestações incomuns, sintomas tais como as síndromes de dor, distúrbios do movimento, o envolvimento do nervo craniano raro, sintomas cognitivos ou psiquiátricos, levando a dilema de diagnóstico. Do ponto de vista clínico, os participantes destacam o sentimento de fadiga quer no início da doença, quer atualmente, tendo registrado nas dimensões saúde mental e vitalidade scores mais baixos. Os achados clássicos refletem a natureza inflamatória da doença, incluindo discreta pleocitose, leve hiperproteorraquia, aumento da síntese intratecal de imunoglobulina G e, mais tipicamente, a presença de bandas oligoclonais. Durante a fase da doença estabelecida, a maioria dos pacientes tem vários sintomas e sinais comuns. Os sinais típicos são atrofia óptica com diminuição da acuidade visual associadas, escotoma central e anormalidade pupilares. A oftalmoplegia nuclear bilateral com distúrbios sensoriais ou fraqueza da face e contração espasmódica energética da mandíbula são comuns. Quase sempre há evidências de doenças cerebelares, com nistagmo, ataxia, disartria e tremor. Nos membros há tetraparesia espástica com o aumento do tônus e fraqueza com distribuição piramidal.

Quando a doença se localiza na medula espinhal, os sintomas de distúrbios de esfíncter são comuns e podem variar desde urgência e frequência leves até a retenção aguda de urina, constipação e incontinência dupla.

Conclusão: Conclui-se que pode haver melhora do equilíbrio de alguns casos, apesar dos sujeitos apresentarem risco para quedas, há melhora da funcionalidade embora os indivíduos estejam abaixo do nível esperado para qualidade de vida, que o acompanhamento de pacientes com EM pela fisioterapia direcionada as alterações específicas e promove mais funcionalidade e qualidade de vida, possibilita reconhecer a complexidade dos aspectos envolvidos na reabilitação integral e busca pela cura dos portadores de EM. No decorrer de todo o processo de aplicação das atividades propostas por a equipe multiprofissional é colocada em posição. diferentes técnicas pela fisioterapia possui um efeito positivo na melhora do equilíbrio, coordenação, força e mobilidade destes pacientes, resultando em uma melhora funcional do padrão de marcha e minimizando a deterioração funcional provocada pela progressão da doença. Os programas até agora desenvolvidos, mostraram-se eficazes. Entretanto a adoção de cuidados básicos referentes ao controle da espasticidade devem ser levados em consideração.

Referências

Rowland LP. **Merritt:** Tratado de neurologia. 9 ed. Rio de Janeiro. Guanarabara Koogan, 1997

Fisher M, Long RR, Drachman DA –Han muscle atrophy in multiple sclerosis. Arch Neurol 40:811, 1983.

https://alanfisio.webnode.com.br/_files/200000043-56c6357c00/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20fisioterapia%20sobre%20o.pdf

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA BRONQUIOLITE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Paula da Silva¹, Aldo Henrique Menechelli Ferrari², Gabriela Crivelaro Giatti³, Luís Farje⁴ Celio Guilherme Lombardi Daibem⁴

¹Alunas do curso de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Bauru (FIB) anapasil96@gmail.com; clarafroesm@gmail.com.

²Aluno do curso de Educação Física das Faculdades Integradas de Bauru (FIB)– menechelli82@gmail.com.

³Aluna do curso de Enfermagem das Faculdades Integradas de Bauru (FIB)– gabrielaigiatti@hotmail.com

⁴Professor do curso de Fisioterapia – Faculdade Integradas de Bauru - FIB – celiodaibem@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: bronquiolite, serviço hospitalar de fisioterapia, unidade de terapia intensiva

Introdução: Bronquiolite viral aguda (BVA) é a doença viral mais comum das vias aéreas inferiores em lactantes, marcada por inflamação, edema e necrose de células epiteliais de pequenas vias aéreas, com aumento de produção de muco e broncoespasmo. A BVA agride crianças menores de 2 anos, sendo o sexo masculino, menos de 1 ano de idade, não amamentadas com leite materno e baixo nível socioeconômico os fatores de risco para adquirir BVA. O principal agente causador da BVA, atingindo 50% dos casos, é o vírus sincicial respiratório (VRS). Outros agentes também podem causar a doença respiratória, como adenovírus, vírus influenza, parainfluenza e rinovírus. As manifestações clínicas da BVA são coriza, acompanhados de tosse e taquipneia. Os pacientes devem ser acompanhados por uma equipe multidisciplinar mínima, composta por pneumopediatra, cardiopediatra, nutricionista, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta (SCHIVINSKI e PARAZZI, 2014).

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura sobre a atuação da fisioterapia na bronquiolite.

Relevância do Estudo: Estudos que buscam revisar a literatura com o intuito de atualizar os profissionais quanto as evidências científicas que pautam a atuação da fisioterapia são importantes, contribuindo com a constante promoção da qualidade na assistência em saúde.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura na qual foi realizada uma pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Scielo, PubMed e Google Acadêmico, com periódicos limitados as línguas portuguesa e inglesa, em estudo com seres humanos. As palavras chaves utilizadas foram bronquiolite, serviço hospitalar de fisioterapia e unidade de terapia intensiva. Foram incluídos artigos originais de pesquisa encontrados na literatura, excluindo estudos com animais. Procurou-se investigar e descrever sobre as complicações respiratórias presentes na bronquiolite assim como a atuação da fisioterapia.

Resultados e discussões: A fisioterapia respiratória é um tratamento associado a bronquiolite, agindo no aumento da depuração mucociliar, na desobstrução das vias aéreas e na facilitação da ventilação e da troca gasosa. Atuação da fisioterapia causa grande benefício, promovendo diminuição do tempo de internação hospitalar e evitando a necessidade de suporte ventilatório (FONTES e FERREIRA, 2018). As técnicas fisioterapêuticas de higiene brônquica têm sido solicitadas para o tratamento de pacientes com bronquiolite, auxiliando na desobstrução brônquica devido a secreção, com melhora do

quadro respiratório (SCHIVINSKI e PARAZZI, 2014). No entanto, as diretrizes de bronquiolite não recomendam a fisioterapia respiratória para bronquiolite não complicada ou sem comorbidade respiratória (RALSTON et al., 2014). A Academia Americana de Pediatria recomenda o uso de oxigênio suplementar para pacientes com saturação de oxigênio abaixo de 90% (ALVAREZ e CHIBA, 2017; NICOLAI et al., 2013).

Conclusão: Após este estudo, sugere-se que atuação da fisioterapia no tratamento de bronquiolite pode contribuir para a melhora do quadro respiratório e diminuição do tempo de internação hospitalar por meio das técnicas de desobstrução brônquica auxiliando a remoção de secreção, entretanto parece não ser recomendada para bronquiolite não complicada ou sem comorbidade respiratória. A oxigenoterapia suplementar é recomendada em casos de dessaturação de oxigênio abaixo de 90%.

Referências

ALVAREZ, A. E.; CHIBA, S. M. Bronquiolite viral aguda. **Atualize-se: boletim da Sociedade de Pediatria de São Paulo**, ano 2, n. 3, p. 8-10, 2017.

FONTES, X. A. L.; FERREIRA, B. R.; Análise das técnicas de fisioterapia respiratória em crianças com bronquiolite aguda: Uma revisão da literatura. Faculdade de Ensino Superior de Floriano. **Revista da FAESF**, v. 2, n. 1, p. 1-4, 2018.

NICOLAI, A.; FERRARA, M.; SCHIAVARELLO, C. et al. Viral bronchiolitis in children: a common condition with few therapeutic options. **Early Hum Dev**, v. 89, Supl 3: S7-11, 2013.

RALSTON, S. L.; LIEBERTHAL, A. S.; MEISSNER, H. C.; ALVERSON, B. K. et al. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. **Pediatrics**, v. 134, n. 5, p. 1474-502, 2014.

SCHIVINSKI, C. I.; PARAZZI, P. L.; The benefit of respiratory physiotherapy in acute viral bronchiolitis. **Pediatria Moderna**, v. 6, n. 50, p. 270-80, 2014.

O MECANISMO DE AÇÃO DOS BRONCODILATADORES B2-AGONISTAS NA DPOC

Lucas Gonçalves Freneda¹; Lucas Bortolomai¹; Ana Paula Battochio²

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lucasfreneda@hotmail.com;
lucasbortolomai@hotmail.com;

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

Grupo de trabalho Fisioterapia

Palavras-chave: DPOC, Fármacos, Broncodilatadores

Introdução: A DPOC é uma doença inflamatória de longa duração que afeta os brônquios e os pulmões. É caracterizada por um estreitamento/obstrução persistente e progressiva das vias aéreas devido a uma inflamação crônica das mesmas a exposição à partículas ou gases nocivos. Pelos dados do Ministério da Saúde (DATASUS) a DPOC foi a quinta maior causa de internamento no sistema público de saúde do Brasil em maiores de 40 anos, com 196.698 internações em 2003, e gasto aproximado de 72 milhões de reais, o que a coloca entre as principais doenças consumidoras de recursos (IRION et al., 2007). O tabagismo é o principal fator etiológico da doença e responsável por 85- 90% dos casos de DPOC (LYNGSO et al., 2010). O uso do tabaco atingiu o seu pico na década de 1970 entre os homens e 1980 entre as mulheres nos Estados Unidos da América e o seu consumo continua a aumentar a nível mundial (MACKAY, 2003). A DPOC é caracterizada por tosse, produção excessiva de expectoração, dispneia crônica e progressiva ao esforço (KESSLER et al., 2011), em indivíduos fumantes e em não fumantes. Os sinais podem ser ausentes na fase inicial da doença. Nas fases mais avançadas podem surgir cianose das extremidades, hepatomegalia, edema dos membros inferiores e emagrecimento. O tratamento da DPOC tem como objetivo a prevenção da progressão da doença, diminuição dos sintomas, melhorar a tolerância ao exercício, melhorar a qualidade de vida do doente e prevenir as exacerbações agudas reduzindo deste modo a mortalidade. Doentes num estado avançado da doença podem ser submetidos a transplante pulmonar (GOLD, 2016). Para tratar ou prevenir a DPOC, existem várias classes de fármacos, entre elas os broncodilatadores, que serão abordados no trabalho em questão.

Objetivos: Descrever o mecanismo de ação do fármaco broncodilatadora β 2-agonistas na DPOC.

Relevância do Estudo: O estudo é relevante para o público geral e para os profissionais da área da saúde, demonstrando que na DPOC o medicamento com maior índice de eficácia no tratamento são os broncodilatadores.

Materiais e métodos: Foi realizado 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: DPOC, Fármacos e broncodilatadores.

Resultados e discussões: Os β 2-agonistas são potentes broncodilatadores e podem ser administrados pelas vias inalatória, oral ou intravenosa, sendo a primeira a preferida, por agir mais rápido e com menor risco de reações indesejáveis. Os efeitos indesejáveis mais frequentes resultam, na maior parte das vezes, da absorção da fração oral da dose inalada. Em geral, os β 2-agonistas não trazem risco, apenas desconforto, que podem ser evitados com recomendação da higiene oral após cada inalação (SINDI et al., 2009). Estes fármacos melhoram a dispneia e a tolerância ao exercício, aumentam o fluxo aéreo e reduzem o volume pulmonar expiratório final e o aprisionamento de ar em repouso e durante o exercício

(THOMAS et al., 2013). Os broncodilatadores são administrados conforme a necessidade de cada doente de modo a prevenir ou reduzir os sintomas (CHRYSTYN et al., 1988; VATHENEN et al., 1988). A ação broncodilatadora dos β_2 -agonistas ocorre pela ativação do receptor β_2 -adrenérgico ($R\beta_2A$) acoplado à proteína G na superfície celular. A ativação desse receptor leva ao aumento da atividade da adenilciclase, enzima que catalisa a conversão do ATP em AMPc. Esse último se liga na unidade regulatória da proteína quinase A, promovendo a liberação de sua unidade catalítica que causa fosforilação de um grande número de proteínas alvo, relaxando o músculo liso peribrônquico. O AMPc inibe a liberação de cálcio dos depósitos intracelulares e reduz o influxo de cálcio através da membrana, auxiliando o relaxamento da musculatura lisa e a broncodilatação melhorando assim os sintomas causados pela DPOC (GUEMBYCZ, 2006).

Conclusão: Conclui-se que os broncodilatadores β_2 -agonistas agem na superfície celular causando o relaxamento da musculatura lisa e a broncodilatação, podendo ser uma das drogas de escolha para o tratamento da DPOC.

Referências

CHRYSTYN, H.; MULLEY, B. A.; PEAKE, M. D. Dose response relation to oral theophylline in severe chronic obstructive airways disease. **BMJ**. v. 297, p. 1506-1510, 1988.

GIEMBYCZ, M. A.; NEWTON, R. Beyond the dogma: novel beta2-adrenoceptor signalling in the airways. **Eur Respir J**. v. 27, p. 1286-1300, 2006.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE [Em linha]. Disponível em: <<http://www.goldcopd.org/>> [Consultado em: 10/01/2016].

IRION, K. L.; HOCHHEGGER, B.; MARCHIORI, E. et al. Radiograma de tórax e tomografia computadorizada na avaliação do enfisema pulmonar. **J Bras Pneumol.**, v. 33, p. 720-732, 2007.

KESSLER, R.; PARTRIDGE, M. R.; MIRAVITLLES, M. et al. Symptom variability in patients with severe COPD: a pan-European cross-sectional study. **Eur Respir J**. v. 37, p. 264-272, 2011.

LYNGSO, A. M.; BACKER, V.; GOTTLIEB, V. et al. Early detection of COPD in primary care - the Copenhagen COPD Screening Project. **BMC Public Health.**, V.10, p. 524, 2010.

MACKAY, J.; AMOS, A. Women and tobacco. **Respirology**. v. 8, p. 123-130, 2003.

SINDI, A.; TODD D. C. Antiinflammatory effects of long-acting beta2-agonists in patients with asthma: a systematic review and metaanalysis. **Chest**. v. 136, p. 145-154, 2009.

THOMAS, M.; DECRAMER, M.; O'DONNELL, D. E. No room to breathe: the importance of lung hyperinflation in COPD. **Prim Care Respir J**. v. 22, p. 101-111, 2013.

VATHENEN, A. S.; BRITTON, J. R.; EBDEN, P. et al. High-dose inhaled albuterol in severe chronic airflow limitation. **Am Rev Respir Dis**. v. 138, p. 850-855, 1988.

EFICÁCIA DA ACUPUNTURA EM TRABALHADORES ACOMETIDOS POR DORT.

Luiz César Said Filho¹; Ana Julia Aparecida Alves¹; Leticia de Freitas Silva¹; Vitória Veronez Putinatti¹; Rubens Boschetto Melo².

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

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

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: DORT, trabalhador, acupuntura.

Introdução: No passado, o cuidado com a saúde do trabalhador era praticamente inexistente, o número de indivíduos portadores de lesões oriundas do trabalho aumentou consideravelmente. Estas foram denominadas de Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT (SENNA-FERNANDES et al., 2005). São considerados de difícil tratamento e diagnóstico, caracterizados por distúrbios musculares, tendinosos, principalmente dos membros superiores, ombro e pescoço. São ocasionados pela sobrecarga de um grupo muscular, particularmente, devido ao uso repetitivo e à manutenção de posturas inadequadas assim como uma invariabilidade de tarefas que causem pressão mecânica, trabalho muscular estático, choques ou impacto, vibração, frio forte e fatores ocupacionais e psicossociais (ARAÚJO, ZAMPAR e PINTO, 2006). É certo que pacientes com DORT apresentam evidências de depressão, ansiedade e angústia (BARBOSA, SANTOS e TREZZA, 2007). Os sintomas observados são: dor, fadiga, parestesia, sensação de peso nos membros, angústia, ansiedade, medo, diminuição do desempenho profissional o que em muitos casos pode levar ao afastamento profissional do indivíduo (ARAÚJO, ZAMPAR e PINTO, 2006). Podem evoluir para síndrome dolorosa crônica, gerando problemas emocionais devido a incapacidade (SENNA-FERNANDES et al., 2005). A acupuntura é uma técnica milenar da Medicina Tradicional Chinesa - MTC com vistas à prevenção ou tratamento de doenças. Consiste na inserção de agulhas em pontos cutâneos específicos, conhecidos como pontos de acupuntura, os quais correspondem a meridianos próprios por onde circula a energia (VILLELA e SANTIAGO, 2015).

Objetivos: Demonstrar a eficácia da acupuntura em trabalhadores acometidos por doenças relacionadas ao trabalho (DORT).

Relevância do Estudo: Expor à população a técnicas contemporâneas para o tratamento de DORT.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema “Acupuntura para o tratamento de doenças relacionadas ao trabalho” nos bancos de dados como Scielo, Bireme e Google Acadêmico.

Resultados e discussões: O tratamento com acupuntura refere-se à estimulação de pontos nos meridianos correspondentes, com o objetivo terapêutico de promover a regulação das funções fisiológicas e restabelecer o equilíbrio energético global do organismo em seu âmbito físico, psíquico e energético (VILLELA e SANTIAGO, 2015). Os efeitos benéficos incluem: liberação de substâncias vasoativas induzidas por processo inflamatório asséptico provocado pelo micro trauma da acupuntura, melhora da oxigenação celular e das trocas metabólicas pelo aumento do aporte sanguíneo local, ativação do sistema imunológico, aumento do fluxo linfático local, analgesia e relaxamento muscular (SILVA et al., 2009). A estimulação nos pontos de acupuntura na periferia do corpo emite sinais que trafegam pela medula espinhal até o Sistema Nervoso Central e retornam pela via eferente, produzindo reflexos orgânicos internos nos órgãos e nas vísceras (VILLELA e SANTIAGO, 2015). Por promover a

estabilidade fisiológica e hormonal do organismo, a acupuntura pode ser utilizada como um cuidado contínuo ao profissional que enfrenta o estresse frequente em seu dia a dia de trabalho. Assim sendo, entre os efeitos neurobiológicos da acupuntura, está a atuação nos neurotransmissores relacionados à dor e à depressão (SILVA et al., 2009). Em um estudo realizado por Senna-Fernandes et al. (2005), foram avaliados e tratados 37 pacientes com DORT– síndrome do túnel do carpo, epicondilite lateral, tenossinovite estenosante, cervicobraquialgia e ombralgia, sendo 28 mulheres e 9 homens, com faixa etária entre 28 e 75 anos de idade, pertencentes a diversas atividades ocupacionais. Na primeira fase, o paciente era tratado pela acupuntura sistêmica, segundo a medicina tradicional chinesa (MTC) e craniopuntura, sendo as agulhas de aço inoxidável com medidas de comprimento variando entre 25x0,25 mm e 30x0,25 mm. Na segunda fase, o paciente era submetido a cinesioterapia de acordo com cada afecção clínica com alongamento, mobilizações articulares e drenagem. Em caso de presença de rigidez articular ou contratura muscular, eram pesquisados nódulos algícos, que foram tratados pela manobra dinâmica de Jiao. Na terceira fase, o paciente foi submetido a auriculopuntura, com uso de sementes de mostarda, em acupontos auriculares, de acordo com cada quadro sindrômico. Os 37 pacientes foram avaliados antes e depois de serem submetidos ao tratamento, sendo que a grande parte apresentava negação e depois por raiva, pena e depressão. Depois do tratamento, a maioria obteve integração plena e volta a atividades de trabalho, enquanto que outros permaneciam na negação, raiva, pena e na depressão.

Conclusão: A terapia com acupuntura demonstrou ser eficiente, aliviando os sintomas e melhorando a qualidade de vida. Com este estudo ficou evidenciado que a melhor forma de lidar com as DORTs é a prevenção e, se detectada precocemente, os acometimentos na saúde dos trabalhadores serão menores.

Referências

- ARAÚJO, A. P. S.; ZAMPAR, R.; PINTO, S. M. E. Auriculoterapia no tratamento de indivíduos acometidos por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)/ lesões por esforços repetitivos (LER). **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 35-42, jan/mar., 2006.
- BARBOSA, M. S. A.; SANTOS, R. M.; TREZZA, M. C. S. F. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Ver. Bras. Enferm.**, v. 60, n. 5, p. 491-6, set./out., 2007.
- SENNA-FERNANDES, V.; FRANÇA, D.; SANTOS-FILHO, S. D. et al. Acupuntura cinética como tratamento coadjuvante na qualidade de vida de pessoas com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, **Fisioterapia Brasil**, v. 6, n. 3, p. 204-210, maio/junho, 2005.
- SILVA, F. B.; SACOMANI, D. G.; FREGONESI, C. E. P. T. et al. Efeito da craniopuntura na qualidade de vida e melhora da dor crônica. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 13, n. 2, p. 105-112, maio/agos., 2009.
- VILLELA, M. P. C.; SANTIAGO, P. S. N. Stress na equipe de enfermagem da urgência e emergência: a acupuntura como estratégia de cuidado. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 18, n. 1, p. 136-152, jan/abr., 2015.

USO DE ANTICOAGULANTES NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Isabella Cristina Moura¹; Ana Paula da Silva¹; Daiane Maria Santos Collaço¹, Ana Paula Battochio²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB -- Isacrismoura@Live.com;
anapasil96@gmail.com; daiane.collaco@outlook.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico, Fármacos, Anticoagulantes.

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) é uma doença grave e muito frequente, sendo a principal causa de incapacidades físicas e cognitivas (OVANDO, 2010), e a terceira maior causa de óbitos causando seqüelas em adultos. Existem dois tipos de AVE o isquêmico caracterizado pela interrupção do fluxo sanguíneo (obstrução arterial por trombose ou por embolia) em uma determinada área do encéfalo e o hemorrágico caracterizado pela ruptura de um vaso intracraniano, gerando o extravasamento de sangue para o parênquima cerebral ou para o espaço subaracnóideo (local entre as meninges por onde circula o líquido) (NOVIS e NOVIS, 2003). Pode ocorrer em doenças inflamatórias das artérias, alguns tipos de reumatismo, uso de drogas, doenças do sangue e da coagulação sanguínea (CANCELA, 2008). Os sintomas estão associados a hemiplegia, hemianopsia, alteração da sensibilidade do hemicorpo paralisado, perturbação da linguagem quando a lesão no hemisfério esquerdo está localizada e a alteração da consciência do espaço e do corpo do lado direito (CANCELA, 2008). Essas consequências acometem em danos residuais e cognitivos, reduz a capacidade de suportar esforço, perda de habilidades funcionais em função de déficit motor e imobilidade (OVANDO, MICHAELSEN e HERBER, 2010). Para melhorar ou tratar a DPOC, vários medicamentos podem ser utilizados, mas o principal são os anticoagulantes.

Objetivos: Apresentar o mecanismo de ação dos anticoagulantes no AVE.

Relevância do Estudo: Demonstrar o tratamento atuando em alternativas de assistência para minimizar o comprometimento motor do paciente, e em determinados casos, visual e mental também, para que ele possa criar sua própria independência e ser reinserido na sociedade, justificando a importância do mecanismo de tratamento de fármacos.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica das publicações indexadas em bases de banco de dados Google acadêmico e Scielo sobre o tema e acidente vascular encefálico.

Resultados e discussões: Os anticoagulantes tem a função de diminuir a densidade do sangue, diminuindo o risco de formação dos coágulos indesejáveis e aumentando o risco de sangramento. Existem dois fármacos anticoagulantes muito utilizados: Varfina 5 mg e o Femprocumona 3 mg (CLAUSELL et al., 2018). Os anticoagulantes de vias orais, agem no organismo bloqueando a oxigenação e redução da vitamina K, modificando a síntese dos fatores que depende da vitamina K (fatores II, VII, IX E X), além das proteínas C e S. Existem fatores que alteram a eficácia dos anticoagulantes, como doenças hepáticas, vitamina A na dieta, medicações que possam modificar anticoagulação por alterar a absorção, ligação a albumina, metabolismo ou sua excreção. Os inibidores da GPLLB/LLLA atuam especialmente nos receptores de membrana das plaquetas impedindo-as de formarem ligações com proteína do plasma, como o fibrinogênio, e de agregarem com superfícies teciduais (ROMBALDI, GALVÃO e GREZZANA, 2005). O uso dos medicamentos, requer algumas observações, entre

elas: Não usar os anticoagulantes em AVE completo maior, visto o risco grande de transformação hemorrágica; Ter controle rigoroso da pressão arterial; Repetir a tomografia de crânio em caso de infartos extensos, para verificar a possibilidade de hemorragia entre o segundo e o quarto dia, ou em caso de piora do quadro. As indicações ao uso de anticoagulantes oral são o infarto agudo miocárdio (IAM) na endocardite bacteriana, nas próteses valvulares cardíacas, na fibrilação atrial, em doenças valvulares reumáticas. No caso de IAM se deve manter o anticoagulante oral por três a seis meses, seguido por antiplaquetários. Os anticoagulantes estão contraindicados durante o primeiro e terceiros trimestres de gravidez, podendo ocorrer malformações fetais e sangramentos, respectivamente (BRAGA, ALVARENGA e NETO, 2003).

Conclusão: Os anticoagulantes utilizados no tratamento de pós AVE, contribuem e diminuem o risco de formação dos coágulos indesejáveis.

Referências

BRAGA, J. L.; ALVARENGA, R. M. P.; NETO, J. B. M. M. Acidente Vascular cerebral. **Revista Brasileira de Medicina**, Brasil, p. 88-96, 2003.

CANCELA, D. M. G. O acidente vascular cerebral- classificação, principais consequências e reabilitação. Tese (Monografia) Portugal: Universidade Lusíada do Porto, 2008, 18f.

CLAUSELL, N.; ROHDE, L. E.; ECHER, I.; FRANZEN, E.; ORLANDIN, L.; DEZORZI, L. W.; NASCIMENTO, M.; BOAZ, S. K.; FRANCO, V.; MARTINBIACHO, J. K. **Manual de orientações para uso anticoagulante oral**, Porto Alegre, 2018, 17p.

NOVIS, S. P.; NOVIS, R.F. Acidente Vascular encefálico. Rio de Janeiro, p.1-3, 2003.

OVANDO, A. C.; MICHAELSEN, S. M.; DIAS, J. A.; HERBER, V. Treinamento de marcha, cardiorrespiratório e muscular após acidente vascular encefálico: estratégias, dosagens e desfechos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.23, n.2, p. 253-269, 2010.

ROMBALDI, A. R.; GALVÃO, A. L. C.; GREZZANA, G. B. Anticoagulantes Antitrombóticos e Hipolipemiantes no ciclo gravídico-puerperal. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, n.5, p.1-4, 2005.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA PARA PACIENTES COM SÍNDROME DA DOR FEMOROPATELAR

Mariana Carvalho Trombini¹, José Bassan Franco².

¹Aluna do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
<mailto:milucia@uol.com.br> mari.carvalho04@gmail.com

²Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
zebassan@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: joelho, articulação femoropatelar, fisioterapia, SDFP.

Introdução: A articulação do joelho é uma grande articulação sinovial, que permite a sustentação de grandes cargas e mobilidade na locomoção (HALL, 2016). A síndrome da dor femoropatelar ou também chamada de disfunção femoropatelar é considerada uma das desordens musculoesqueléticas mais frequentes que acomete a articulação do joelho. Sua incidência é em indivíduos ativos jovens, e ainda maior nas mulheres devido a anatomia pélvica, anteversão femoral, ângulo Q, força da musculatura anterior da coxa (PIAZZA et al., 2012). É caracterizada por dor na região anterior do joelho, embora a dor peripatelar e/ou retropatelar estejam presentes. É acentuada durante atividades do dia a dia como ao agachar, subir e descer escadas, saltar, correr, subir em superfícies inclinadas (SILVA, 2014). Segundo Almeida (2013), um dos maiores fatores de risco para a Síndrome é a presença de valgo dinâmico do joelho, deslocando o centro de gravidade do joelho medialmente, gerando assim uma abdução excessiva do joelho. A fraqueza do músculo quadríceps também é um fator de risco para uma Síndrome da Dor Femoro-Patelar futura e deve ser utilizada como medida de prevenção de tal síndrome (NEAL et al., 2018). Segundo Arantes (2017), os tratamentos para a Síndrome da dor Patelofemoral eram focados tradicionalmente no uso de órteses de joelho e fortalecimento dos músculos que envolvem a articulação do joelho, atualmente incluiu-se o fortalecimento da musculatura do quadril na reabilitação de tal síndrome.

Objetivos: Avaliar qual o melhor tipo de tratamento para pacientes que apresentam a Síndrome da Dor Femoropatelar.

Relevância do Estudo: Por meio de uma revisão de literatura, o estudo pretende verificar quais os tratamentos mais adequados para pacientes com Síndrome da Dor Femoropatelar, visando o alívio dos sintomas.

Materiais e métodos: Revisão de literatura realizando busca nos bancos de dados: Pubmed, Bireme, Lilacs, do ano de 2008 até 2018.

Resultados e discussões: Uma revisão sistemática aplicou protocolo de tratamento para pacientes diagnosticados com SDFP em dois grupos: um baseado no fortalecimento da musculatura do quadril e o outro no fortalecimento dos músculos do joelho. O grupo submetido ao fortalecimento dos músculos do quadril apresentou maior redução na dor e melhora da função em relação ao grupo 2 (REGELSKI, FORD e HOCH, 2015). Fukuda et al. (2012) realizaram um estudo com indivíduos com SDFP divididos em 3 grupos: o primeiro grupo recebeu tratamento com exercícios de fortalecimento e alongamento dos músculos do joelho sendo feitos: extensão de joelho, *legpress*, agachamento, flexão de quadril em decúbito dorsal e flexão de joelho. O segundo grupo realizou exercícios para os músculos do quadril e joelho utilizando os mesmos exercícios para joelho do grupo 1, mais exercícios de extensão de quadril, rotação lateral de quadril em decúbito lateral utilizando *miniband*, rotação lateral em

sedestação e abdução de quadril em decúbito lateral utilizando tornozeleira. O grupo 3 não recebeu tratamento. Foi concluído que o grupo 2 apresentou melhora da dor e da funcionalidade no 3º, 6º e 12º mês após o tratamento. Já o grupo 1 apresentou melhora somente do 3º ao 6º mês após o tratamento.

Conclusão: Conclui-se que neste tipo de disfunção, o melhor tratamento visando alívio dos sintomas é englobando fortalecimento não somente dos músculos que envolvem a articulação do joelho, mas também, verificando os desequilíbrios musculares na articulação do quadril, de modo que não haja recidivas.

Referências

ALMEIDA, G. P. L. **Relação do valgo dinâmico do joelho com a força muscular do quadril e tronco em indivíduos com síndrome patelofemoral.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013, 60f.

ARANTES, F. A. **Fortalecimento muscular de quadril e joelho é superior ao fortalecimento isolado de joelho para redução da dor e melhora da atividade em indivíduos com síndrome da dor patelofemoral: uma revisão sistemática.** Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2017, 45 f.

FUKUDA, T. Y.; MELO, W. P.; ZAFFALON, B. M. et al. Hip posterolateral musculature strengthening in sedentary women with patellofemoral pain syndrome: a randomized controlled clinical trial with 1-year follow-up. **Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy**, Alexandria, v. 42, n. 10, p. 823-830, 2012.

HALL, S. J. **Biomecânica Básica.** 7ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

NEAL, B. S.; LACK, S. D.; LANKHORST, N. E. et al. Risk factors for patellofemoral pain: a systematic review and meta-analysis. **Br J Sports Med**, v. 52, n. A3, p. 1-13, 2018.

PIAZZA, L.; LISBOA, A. C. A.; COSTA, V. et al. Sintomas e limitações funcionais de pacientes com síndrome da dor patelofemoral. **Rev Dor**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 50-4, 2012.

REGELSKI, C. L.; FORD, B. L.; HOCH, M. C. Hip strengthening compared with quadriceps strengthening in conservative treatment of patients with patellofemoral pain: a critically appraised topic. **International Journal of Athletic Therapy & Training**, v. 20, n. 1, p.4-12, 2015.

SILVA, A. P. M. C. C. **Avaliação do controle postural estático e dinâmico na síndrome patelofemoral.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014, 49 f.

FISIOTERAPIA MOTORA NA ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA

Lucas Bortolomai¹; Daiane Maria Santos Collaço¹; Lucas Gonçalves Freneda¹; Isabella Cristina Moura¹; Adriana Terezinha de Mattias Franco²,

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – lucasbortolomai@hotmail.com; daiane.collaco@outlook.com; lucasfreneda@hotmail.com; isacrismoura@live.com

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

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Esclerose Lateral Amiotrófica; próteses; órteses; cinesioterapia.

Introdução: A Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) caracteriza-se por uma doença degenerativa, que afeta o corno anterior da medula, tronco cerebral e célula de Betz do córtex motor, causando morte no corpo celular do neurônio motor de maneira crônica e progressiva, com óbito em torno de 03 a 05 anos após o início da sintomatologia (DURAN, 2006). Mais de 90% dos casos são esporádicos, ou seja, acontecem de maneiras irregulares, e o restante tem padrão de herança autossômica dominante, às vezes relacionado à mutação do gene SOD16. Em mais de 70% dos casos, a fraqueza muscular em membros inferiores ou superiores encontra-se presente (DAL et al., 2007). O envolvimento dos neurônios motores superiores leva a espasticidade, clônus e hiperreflexia, enquanto a alteração dos neurônios motores inferiores resulta em fasciculação, atrofia e hiporreflexia. O fisioterapeuta busca avaliar e prescrever órteses e próteses, além de exercícios para a manutenção da amplitude de movimento, para aperfeiçoar a função muscular ainda existente e prevenir as complicações decorrentes do desuso e da lesão, para a manutenção do tônus muscular e prevenção de possíveis quadros álgicos e edemas.

Objetivos: Demonstrar as possibilidades de tratamento de um paciente portador de Esclerose Lateral Amiotrófica, com base na cinesioterapia e outros recursos fisioterapêuticos, como próteses e órteses.

Relevância do Estudo: A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença grave, ainda sem cura, por essa razão, é importante relatar à profissionais da fisioterapia sobre os protocolos de tratamento.

Materiais e métodos: Este artigo teve o material de pesquisa bibliográfica realizada na biblioteca eletrônica Google Acadêmico, usando-se como palavras-chave: ELA, órteses, próteses e cinesioterapia. Foram utilizados artigos referentes ao ano de 1978 até 2011.

Resultados e discussões: Devido à baixa expectativa de vida após o diagnóstico da doença e à inabilidade em fortalecer os músculos já comprometidos, muitos médicos não reconhecem que a Fisioterapia possa melhorar a qualidade de vida dos pacientes com ELA (FLECK, 2008). Antes de qualquer conduta, a educação dos pacientes e familiares é prioridade, orientado quanto à conservação de energia, evitando-se sobrecarga ao planejar as atividades; programando-se períodos de descanso; alternando-se atividades intensas e leves durante o dia e evitando-se movimentos desnecessários. Em relação à prescrição adequada dos exercícios, é importante considerarmos o estágio em que a doença se encontra antes de elaborarmos um plano de tratamento (SINAKI e MULDER, 1978), mas, de modo geral, os princípios da reabilitação física abrangem o ajuste contínuo da intensidade do exercício (evitando-se a prática de atividades que levem à fadiga) e a repetição dos exercícios 2-3 vezes ao dia durante curtos períodos de tempo, totalizando 30 a 45 minutos diários (DRORY et al.,

2001). Segundo estudo, vinte pacientes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica foram avaliados, com capacidade vital maior ou igual a 90%, divididos em dois grupos, um que praticou somente alongamento diário e outro grupo que realizou um programa de exercícios de fortalecimento e alongamento três vezes por semana. O grupo que realizou o programa de exercícios resistidos apresentou um aumento na força muscular, na capacidade funcional e uma melhor qualidade de vida após seis meses de treinamento. Não houve relatos de efeitos adversos que impedissem a realização dos exercícios resistidos (DAL et al., 2007). Exercícios aeróbicos têm sido amplamente estimulados para manter a aptidão cardiorrespiratória e melhorar diversas outras funções corporais em indivíduos saudáveis e doentes (CHEN, MONTES e MITSUMOTO, 2008; GROENESTIJN et al., 2011). A prescrição de dispositivos auxiliares para a marcha tem como objetivo promover a independência funcional do indivíduo. O fisioterapeuta deve atender às necessidades individuais de cada paciente, considerando-se o grau de força muscular dos membros superiores e inferiores, o tônus muscular e o padrão da marcha (FOLEY et al., 1996). A utilização de órteses e equipamentos como: tornozeleira antiequino, talas, andadores, bengalas e muletas podem ser indicadas como estratégias fundamentais para otimizar a deambulação. É indicado colar cervical macio para a fase inicial de fraqueza muscular de pescoço e, posteriormente, o semi-rígido. Se necessária a indicação de cadeira de roda adaptada prescrita em uma fase anterior à perda de marcha, como um recurso de conservação de energia.

Conclusão: Podemos concluir que a evolução da Fisioterapia tem mostrado resultados significantes para o portador de Esclerose Lateral Amiotrófica. Por mais que a doença apresente danos degenerativos crônicos à pessoa, estudos mostraram que o alongamento, exercícios resistidos e aeróbicos, além da prescrição de órteses e próteses resultam em uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Referências

CHEN, A.; MONTES, J.; MITSUMOTO, H. The role of exercise in amyotrophic lateral sclerosis. **Phys Med Rehabil Clin N Am**, v.19, p.545-57, 2008.

DAL, V.; FLORENCE, J.M.; KLOSS, A.D., et al. A randomized controlled trial of resistance exercise in individuals with ALS. **Neurology**, v.68, p.2003-07, 2007.

DRORY, V.E.; GOLTSMAN, E.; REZNIK, J.G., et al. The value of muscle exercise in patients with amyotrophic lateral sclerosis. **J Neurol Sciences**, v.191, p.133-37, 2001.

DURAN, M.A. Fisioterapia Motora na Esclerose Lateral Amiotrófica. **Revista Neurociências**, v.14, n.2, p.22-27, 2006.

FLECK, M. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 1ª edição, 2008.

FOLEY, M.P.; PRAX, B.; CROWELL, R., et al. Effects of assistive devices on cardiorespiratory demands in older adults. **Physical Therapy**, v.76, p.1314-19, 1996.

GROENESTIJN A.C.; PORT I.G.L.; SCHRODER C.D., et al. Effects of aerobic exercise therapy and cognitive behavioral therapy on functioning and quality of life in amyotrophic lateral sclerosis: protocol of the FACTS-2-ALS trial. **BMC Neurol**, v.11, n.70, p.55-58, 2011.

SINAKI, M.; MULDER, D.W. Rehabilitation techniques for patients with amyotrophic lateral sclerosis. **Mayo Clin Proc**, v.53, p.173-78, 1978.

O AUTISMO E A APRENDIZAGEM

Karoline Tobo Rodrighero¹; Carolina Tarcinalli Souza².

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

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - caroltar11@hotmail.com.

Trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Transtorno Autístico; Fisioterapia; Cuidador

Introdução: O autismo também conhecido como Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma síndrome comportamental que compromete o desenvolvimento motor e psiconeurológico e abarca prejuízos na cognição, linguagem e interação social da criança (PINTO et al., 2016). A etiologia da doença é complexa, heterogênea e multifatorial, não apresentando uma única causa específica (FRANZOI et al., 2016). O TEA é caracterizado pela apresentação de déficits sociocomunicativos e de padrões de comportamentos repetitivos e restritos, e o grau de comprometimento dessas áreas pode ser variável. (BACKES et al., 2017). Considerando as habilidades motoras como um núcleo potencial característico das perturbações do espectro do autismo as intervenções terapêuticas envolvem programa intenso e abrangente que envolve a criança, família e os profissionais, sendo indicado começar o mais precocemente possível (LOURENÇO et al., 2015). Sendo assim o profissional tem uma grande importância na função de capacitar, instruir, supervisionar e orientar os cuidadores e familiares a realizar as atividades com as crianças com autismo com maior direcionamento. Essas orientações abordam tanto as condições de ensino como o manuseio geral dos comportamentos da criança e contribuem também para oferecer novos conhecimentos e atualizações de compreensões e sugestões de práticas cotidianas (TOGASHI e WALTER, 2016; GOMES et al., 2017).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi verificar a aprendizagem das crianças autistas

Relevância do estudo: Segura et al., (2011) diz que a intervenção educacional é importante na melhoria da vida dos autistas sendo que a abordagem terapêutica exerce um papel crucial no desenvolvimento das capacidades de comunicação e na redução dos sintomas comportamentais associados à síndrome. As terapias complementares têm um importante papel na contribuição da criação de oportunidades de comunicação, desenvolvimento e interação social.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados Scielo, Pubmed, Bireme e Lilacs no período entre 2007 a 2018.

Resultados e discussões: Azevedo (2017) verificou alunos com espectro do transtorno autístico quanto à aprendizagem e práticas interventivas quando implementadas produziram resultados satisfatórios quanto ao desenvolvimento de habilidades funcionais ou acadêmicas. Anjos et al., (2017) relata que a eficácia do tratamento depende da experiência e do conhecimento dos profissionais sobre TEA e, principalmente, de sua habilidade em trabalhar com equipe e com a família, sendo necessário que uma equipe multidisciplinar avalie e desenvolva um programa de intervenção orientado a satisfazer as necessidades particulares a cada indivíduo. Corroborando com o estudo, Segura, Nascimento e Klein (2011), enfatizam a importância de um embasamento da prática fisioterapêutica em relação ao paciente autista, pois este apresenta um desenvolvimento adaptativo inferior, o que exige do profissional um atendimento especial, voltado para a redução da dependência e maior socialização.

Conclusão: Conclui-se que a interação de uma equipe interdisciplinar, colabora para o maior e melhor desenvolvimento neuropsicomotor das crianças autistas, sendo estas como: motricidade fina, motricidade grossa, sensorial, coordenação, melhoria da deglutição, adaptação dessas crianças na sala de aula, melhoria quanto à marcha, equilíbrio, capacidade de concentração e comunicação.

Referências

ANJOS, C.C.; TEIXEIRA, S.G.M.; MIRANDA, S.A.L et al. Percepção dos Cuidadores de Crianças com Transtorno do Espectro Autista sobre a Atuação da Fisioterapia. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade.** v. 2, n.3, p.517-532, 2017.

AZEVEDO, M.Q.O. Estratégias de ensino e aprendizagem desenvolvidas com alunos com TEA na escola regular: uma revisão integrativa da literatura. 2017.1 53f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

BACKES, B.; ZANON, R.B.; BOSA, C.A. Características Sintomatológicas de Crianças com Autismo e Regressão da Linguagem Oral. **Psicologia: teoria e pesquisa,** Rio Grande do Sul, v.33, p. 1-10, 2017.

FRANZOI, M.A.H.; SANTOS, J.L.G.; BACKES, V.M.S.; et.al. Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Texto Contexto Enfermagem,** v.25, n.1, p. 1-8, 2016.

GOMES, C.G.S.; SOUZA, D.G.; SILVEIRA.; et.al. Intervenção comportamental precoce e intensiva com crianças com autismo por meio da capacitação de cuidadores. **Rev. Bras. Ed. Esp.,** Marília, v.23, n.3, p.377-390, 2017.

LOURENÇO, C.C.V.; ESTEVES, M.D.L.; CORREDEIRA. et.al. Avaliação dos Efeitos de Programas de Intervenção de Atividade Física em Indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo. **Rev. Bras. Ed. Esp.,** Marília, v. 21, n. 2, p. 319-328, 2015.

PINTO, R.N.M.; TORQUATO, I.M.B.; COLLET, N.; et.al. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. **Rev. Gaúcha de Enfermagem,** Rio Grande do Sul, v.37, n.3, p. 1-9, 2016.

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.

TOGASHI, C.M.; WALTER, C.C.F. As contribuições do uso da comunicação alternativa no processo de inclusão escolar de um aluno com transtorno do espectro do autismo. **Rev. Bras. Ed. Esp.,** Marília, v. 22, n. 3, p. 351-366, 2016.

PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO CLIMATÉRIO

Vanessa Ferreira Maciel¹; Fernanda Piculo²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Climatério; Incontinência Urinária; Prevenção; Fisioterapia.

Introdução: O termo climatério, derivado do grego *Klimater* (ponto crítico), envolve a meia idade que vai desde os 40 aos 60 anos e é considerado uma fase natural da vida, o qual compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher (AVELAR, JÚNIOR e NAVARRO, 2012). A menopausa é um marco dessa fase, um acontecimento normal e natural, definida como a última menstruação. O climatério, portanto, é designado como uma fase de transição caracterizada por flutuações hormonais que podem levar a irregularidades menstruais até chegar à amenorréia. Algumas alterações fisiológicas que ocorrem no tecido urogenital nesse período foram identificadas como agravantes da Incontinência Urinária. É o caso da queda de estrógeno, que está associada ao adelgaçamento da submucosa e à perda de tônus do esfíncter, com a conseqüente diminuição da pressão de fechamento uretral (CARRARA et al., 2012). A Incontinência Urinária (IU) é hoje um problema de saúde pública, considerada uma patologia de grande prevalência e impacto social, sendo a menopausa, período em que ocorre diminuição dos níveis estrogênicos endógenos, considerada fator de risco para IU (FRIGO e ZANON, 2011). No climatério, a incontinência urinária de esforço é o tipo mais comum de perda urinária ocasionando deslocamentos da bexiga, junções vesico-uretrais e até do útero, decorrentes da fragilidade dos elementos suspensores e sustentadores dos órgãos pélvicos como ligamentos e fâscias que constituem o assoalho pélvico (MARTIN, 2008).

Objetivos: Revisar na literatura a importância da prevenção da incontinência urinária no período do climatério.

Relevância do Estudo: Ênfase na “Prevenção da Incontinência Urinária” no período do “Climatério”, assunto desconhecido pela maioria das mulheres e não abordado de maneira específica na literatura.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados na internet nas bases de dados como SCIELO, BIREME e PUBMED, com palavras-chave como: Climatério; Incontinência Urinária; Prevenção; Fisioterapia.

Resultados e discussões: Segundo conceito da Sociedade Internacional de Continência, a IU é definida como qualquer perda involuntária de urina e é classificada em três tipos principais: Incontinência Urinária de Esforço, quando ocorre perda de urina durante algum esforço que aumente a pressão intra-abdominal, como tosse, espirro ou exercícios físicos; Urge-incontinência ou Incontinência Urinária de Urgência, caracterizada pela perda de urina acompanhada por forte sensação de urgência para urinar e Incontinência Urinária Mista, quando há queixa de perda associada à urgência e também a esforços (ABRAMS et al., 2010). Estudos epidemiológicos mostram que 20% das mulheres que vivenciam o período climatérico apresentam perda involuntária de urina, e os percentuais elevam-se para 30% a 40% após a menopausa (BERLEZI et al., 2009). Muitas mulheres na menopausa acreditam que a IU é inerente à idade, não sendo passível de tratamento. Outras sentem-se constrangidas pela afecção e omitem seus sintomas (BERLEZI et al., 2009). Por estas razões,

o climatério constitui um período importante na vida das mulheres e é uma oportunidade ímpar para os profissionais da saúde rastreamos manifestações clínicas em suas fases iniciais e, mais do que isso, promover a saúde por meio de orientações e sobretudo ações para prevenir doenças como a incontinência urinária. De acordo com BARACHO (2012) há três níveis de prevenção em saúde: prevenção primária, que visa modificar os fatores de risco para que não ocorra uma disfunção; prevenção secundária, objetiva detectar precocemente uma disfunção assintomática e prevenção terciária, a disfunção já está instalada e o tratamento objetiva diminuir a sua progressão. Sabendo que perder urina é uma condição desconfortável e estressante que afeta diretamente a qualidade de vida das mulheres, a fisioterapia vem conquistando importância e credibilidade, é reconhecida como a primeira linha de tratamento conservador das disfunções pélvicas, com foco na reabilitação da IU, porém os estudos não enfatizam uma assistência preventiva. A prevenção da IU, segundo a Sociedade Internacional de Continência, deve incluir meios educativos sobre os hábitos comportamentais que aumentam a chance de se ter incontinência, sobre o funcionamento normal do trato urogenital e as mudanças esperadas com o envelhecimento (BARACHO, 2012), no entanto, não foi encontrado nenhum estudo na literatura com enfoque na prevenção da IU no período do climatério.

Conclusão: Faz-se necessário instituir assistência preventiva, por meios informativos que favoreçam o processo educativo e autocuidado, de forma a orientar as mulheres que estão no período do climatério sobre a prevenção da incontinência urinária.

Referências

- ABRAMS, P.; ANDERSSON, K. E.; BIRDER, L. et al. Fourth International Consultation on Incontinence: recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourol Urodyn**, v. 29, p. 213-240, 2010.
- AVELAR, L. F. S.; JÚNIOR, M. N. S. O.; NAVARRO, F. et al. Influência do exercício físico na sintomatologia de mulheres climatéricas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 537-545, 2012.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 444, 2012.
- BERLEZI, E. M.; BEM, A. D.; ANTONELLO, C. et al. Incontinência urinária em mulheres no período pós-menopausa: um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 1-17, 2009.
- CARRARA, T.; ARAUJO, M. S.; KINEQUITA, S. S. et al. Avaliação do nível de orientação das mulheres no climatério sobre o papel da fisioterapia na prevenção e no tratamento da incontinência urinária. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 9, n. 2, p. 171-179, maio/ago. 2012.
- FRIGO, D.; ZANON, C. S. Incidência da perda urinária em mulheres no climatério. **Ágora: Revista Divulgação Científica**, Mafra, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2011.
- MARTIN, D. G. **Avaliação da Força Muscular e Ativação Pressórica do Assoalho Pélvico de Mulheres Climatéricas com Incontinência Urinária de Esforço**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, p. 66, 2008.

EFEITOS DE TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS NA SÍNDROME DA FIBROMIALGIA – Revisão de literatura

Marcela Guerra Damico¹; Alex Augusto Vendramini²;

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

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
alexvendramini@yahoo.com.br <mailto:pedro@uol.com.br>;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Pilates; Hidroterapia; Fibromialgia; Tratamentos; Fisioterapia;

Introdução: A fibromialgia (FM) é complexa, não inflamatória, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica, com pontos sensíveis (*tender points*) nos músculos ou nas junções miotendinosas, mas sem anormalidades estruturais na musculatura (LADVIG, MASSELLI e FERREIRA, 2016). Os pacientes relatam fadiga, rigidez muscular, dor após esforço físico e anormalidades do sono, pode também haver sintomas de depressão, ansiedade, deficiência de memória, desatenção, cefaleia tensional ou enxaqueca, tontura, vertigens, parestesias, sintomas compatíveis com síndrome do intestino irritável ou com síndrome das pernas inquietas, entre diversos outros sintomas não relacionados ao aparelho locomotor (HELFENSTEIN JUNIOR, GOLDENFUM e SIENA, 2012). Para a FM são sugeridos tratamentos multiprofissionais com medicamentos, fisioterapia, exercícios, psicoterapia, terapia comportamental, psicoterapia, *biofeedback*, balneoterapia, hidroterapia, eletroterapia, acupuntura. Os tratamentos utilizados neste estudo foram hidrocinesioterapia, pilates, cinesioterapia. O Pilates trabalha com concentração, coordenação, centralização, respiração, alinhamento, vigor, movimentos fluidos e o relaxamento (LADVIG, MASSELLI e FERREIRA, 2016), ajudando na estimulação da circulação, melhora do condicionamento físico, flexibilidade, alongamento, alinhamento postural, consciência corporal, coordenação motora. Tais benefícios ajudariam a prevenir lesões e proporcionar alívio de dores crônicas (COMUNELLO, 2011). Os exercícios de alongamento são utilizados para o desenvolvimento da flexibilidade, ajudando na amplitude dos movimentos articulares, assim como a força muscular e a resistência aeróbica, é necessária para conservar a saúde e melhorar as atividades da vida diária de indivíduos com FM (OLIVEIRA et al., 2017). A hidrocinesioterapia é praticada em água aquecida entre 32°C e 33°C, durante a imersão, os estímulos sensoriais competem com os estímulos dolorosos, interrompendo o ciclo da dor, estimulando relaxamento muscular, alívio da dor, diminuição dos espasmos, aumento da amplitude de movimento, fortalecimento muscular, aumento da resistência muscular, aumento da circulação sanguínea, e melhora na autoestima (SILVA et al., 2012).

Objetivos: Este estudo foi realizado através de revisão da literatura, para verificar os possíveis efeitos fisioterapêuticos com utilização da Cinesioterapia, Hidrocinesioterapia e Método Pilates, no tratamento de pacientes portadores da Síndrome da Fibromialgia.

Relevância do Estudo: A fibromialgia continua acometendo vários indivíduos e interferindo em suas atividades de vida diária, desta forma, é importante estudar as técnicas e sua eficácia na literatura científica.

Materiais e métodos: foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Bireme, Google Acadêmico, Scielo, Lilacs, PEDro e Pubmed, com periódicos limitados as

línguas portuguesa e inglesa, estudos publicados entre 2007 e Novembro de 2018, utilizado palavras-chaves pilates, hidroterapia, fibromialgia, tratamentos, fisioterapia.

Resultados e discussões: Ladvig, Masselli e Ferreira (2016) realizaram um estudo com objetivo analisar os efeitos dos exercícios baseados no Método Pilates, aplicados em 4 pacientes com FM. Utilizaram para avaliação QIF, *tender-points*, Questionário de Qualidade de Vida (SF-36), e o teste Terceiro Dedo-Chão. Os exercícios foram realizados no solo e com bola e foram evoluídos na medida em que as pacientes estavam preparadas para maior grau de dificuldade. Concluíram que os exercícios baseados no Método Pilates foram eficazes, na qualidade de vida, na dor, e na flexibilidade. Oliveira et al. (2017) realizaram estudo com objetivo de analisar o efeito do exercício físico supervisionado sobre a flexibilidade de pacientes mulheres com FM. Foram realizados os exercícios físicos por 29 mulheres, selecionados e separados em partes: 5 a 8 min aquecimento, 30 min aeróbico, 15 min. treinamento de força, 10 min. alongamentos. Concluíram que seis meses de exercícios físicos supervisionados podem melhorar significativamente a flexibilidade de mulheres com FM. Silva et al. (2012) realizaram estudo com objetivo de avaliar os efeitos da hidrocinestoterapia sobre a capacidade funcional e a qualidade de sono em pacientes com FM. Neste estudo foram avaliadas 30 mulheres diagnosticadas com FM, todas elas preencheram QIF, Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP), a Escala de Sonolência de Epworth (ESE). As sessões foram realizadas em quatro fases: 1) aquecimento global com caminhada e passada lateral (5 minutos); 2) alongamento muscular de membros superiores e inferiores e da musculatura dorsal (15 minutos); 3) exercícios ativos livres para membros superiores e inferiores, inicialmente sem carga externa e evoluindo para exercícios com utilização de espaguetes e pesos aquáticos (30 minutos); 4) relaxamento, com alongamentos ativos de membros superiores e inferiores e cadeia posterior e anterior de tronco, associados a exercícios respiratórios (10 minutos). Concluíram que a hidrocinestoterapia foi importante para a melhora de qualidade do sono, capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos da síndrome.

Conclusão: De acordo com os artigos revisados podemos concluir que os exercícios cinesioterápicos que podem incluir Pilates, flexibilidade, hidrocinestoterapia, fortalecimento, alongamento melhoram os quesitos avaliados para o tratamento da fibromialgia.

Referências

COMUNELLO, F. J. Benefícios do método Pilates e sua aplicação na reabilitação - Artigo de revisão. **Instituto Salus**, Faculdade de Medicina – Poços de Caldas, 2011. Disponível em: http://institutosalus.com/_arquivos/artigos/16732306364e068fc0565ac3.68573668.pdf
Acesso em: 03 de Abril de 2018.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, A. M.; SIENA, F. A. C. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 3, p. 358-65, 2012.

LADVIG, P. R.; MASSELLI, R. M.; FERREIRA, A. M. D. Exercícios baseados no método Pilates no tratamento de portadoras de fibromialgia: relato de casos. **Colloq Vitae**, v. 1, n. 8, p. 49-54, 2016.

OLIVEIRA, S. H. L.; MATTOS, S. R.; CASTRO, P. B. J. et al. Effect of supervised physical exercise on flexibility of fibromyalgia patients. **Revista Dor**, v. 18, n. 2, p. 145-149, 2017.

SILVA, M. O. M. K.; TUCANO, P. J. S.; KUMPEL, C. et al. Effect of hydrotherapy on quality of life, functional capacity and sleep quality in patients with fibromyalgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 52, n. 6, p. 851-857, 2012.

O TRANSPLANTE CARDÍACO E A ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA REABILITAÇÃO DOS PACIENTES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ananda da Silva Jeronimo Bortolato¹; Roberta Munhoz Manzano²; Camila Gimenes³.

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

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: Fisioterapia, Reabilitação, Transplante de coração, Cardiopatias, Cirurgias Torácicas, Insuficiência Cardíaca.

Introdução: Mudanças de hábitos, alterações de rotina e aumento da expectativa de vida, são responsáveis pelo aumento progressivo de patologias ligadas ao sistema cardiovascular (LIMA; SOUZA, 2015). As patologias cardiovasculares são uma das principais causas de morte, entre elas estão às isquemias do coração, que apresentam taxa de morte aproximada de 30%. (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2006). O transplante cardíaco, nos dias atuais, tem sido a única opção de cirurgia de grande aceitação para se cuidar de pacientes com a insuficiência cardíaca em fase final, quando o tratamento medicamentoso não é mais eficaz (SBRUZZI et al., 2014). Existem sinais e sintomas que podem ser uma complicação na recuperação dos pacientes, entre eles, diminuição da força muscular do coração e atrofia desta musculatura, deservação cardíaca, diminuição da capacidade aeróbica, aumento da FC, aumento da sensibilidade dos receptores cardíacos, maior resistência pulmonar e também a existência de tonturas frequentes (SERAFIM, 2017). Para a prevenção e o tratamento das complicações é importante a intervenção fisioterapêutica. A atuação deste profissional tem alguns objetivos, entre eles manter ventilação adequada, eliminar a secreção pulmonar, adequar e orientar o paciente quanto a um bom posicionamento, melhorar a mobilidade no leito, fazer o treino da marcha precoce e diminuir o tempo de internado (OLIVEIRA, FANTINATI, 2011).

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo estudar o transplante cardíaco e mostrar a abordagem fisioterapêutica na reabilitação do paciente submetido a essa cirurgia.

Relevância do Estudo: Mostrar a importância do tratamento fisioterapêutico em todas as fases de reabilitação em pacientes de transplante cardíaco.

Materiais e métodos: Foi realizado um amplo levantamento de artigos publicados em periódicos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciências da Saúde), consultada por meio do *site* da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e também da Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), acessada por meio do PUBMED, um serviço da *National Library of Medicine* dos Estados Unidos e SCIELO.

Resultados e discussões: O transplante de coração é usado como última opção para pacientes com insuficiência cardíaca (IC) que fazem uso de medicamentos, sem outra possibilidade clínica ou cirúrgica e com expectativa de um ano de vida. Estes pacientes apresentam comprometimento da capacidade funcional e limitações nas atividades de vida diária, tendo assim alterações musculoesqueléticas que dificultam o condicionamento físico e agravam outros quadros como a hipertensão pulmonar (LIMA; SOUZA, 2015). São considerados doadores elegíveis para transplantes em geral, indivíduos com morte encefálica

já diagnosticada e sem contraindicações conhecidas (BISPO, LIMA, OLIVEIRA, 2016). A fisioterapia no pré-operatório auxilia no *endurance* dos músculos respiratórios com o treinamento muscular respiratório, diminuindo assim as complicações respiratórias no pós-operatório (DUARTE, 2017). Cabe ao profissional fisioterapeuta, aplicar atividades físicas específicas no momento pós-operatório sempre objetivando melhorar as condições físicas e respiratórias do paciente (LIMA; SOUZA, 2015).

Conclusão: A intervenção fisioterapêutica mostrou ser importante na reabilitação pré e pós-operatória do transplante cardíaco, pois melhora o condicionamento físico, promove adequações no sistema cardiovascular dos pacientes, favorece o retorno às atividades diárias após longo período de repouso e diminui algumas complicações.

Referências

BISPO, C. R.; LIMA, J. C.; OLIVEIRA, M. L. C.; Doação de órgãos: uma perspectiva de graduandos de enfermagem. **Revista Bioética**, v. 24, n. 2, p. 386-94, 2016.

DUARTE, M. P. **Atuação fisioterapêutica no pré e pós operatório de cirurgias cardíacas com uso da circulação extracorpórea**. Dissertação (monografia) - Faculdade de educação e meio ambiente - FAEMA, 2017, 30 f.

LIMA, M. C. S.; SOUZA, L. C. A fisioterapia durante a reabilitação em paciente pós-operatório de transplante cardíaco. **Visão Universitária**, v.3, p.18-30, 2015.

MINISTÉRIO SAÚDE. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. **Ministério da saúde: Cadernos de atenção básica**, v. 14, p. 1-56, 2006.

SANTOS, R. E. V.; COSTA, D. S.; SILVA, J. I. B.; Transplante cardíaco: evolução nos cuidados de enfermagem no pós-operatório, 4, 2017,

SBRUZZI, G; CORONEL, C. C.; NICOLODI, G.; et al. A reabilitação com estimulação elétrica funcional pós-transplante cardíaco: uma nova abordagem. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, v. 21, n. 25, p. 1-6, 2014.

SERAFIM, C.; **Efeitos da Reabilitação Cardíaca após transplante de Coração - uma revisão**. Dissertação – Universidade Fernando Pessoa – UFP, 2017, 15 f.

OLIVEIRA, J. C.; FANTINI, M. S. Complicações pós-operatórias e abordagem fisioterapêutica após cirurgia cardíaca. **Revista Movimento**, v. 4, n.1, p. 40-50, 2011.

A CRIOIMERSÃO NA RECUPERAÇÃO MUSCULAR

Drielly Pereira Manarim¹; José Bassan Franco²

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

³Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
zebassan@yahoo.com.br.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Recuperação Muscular; Crioterapia; Medicina Esportiva; Hipotermia Induzida; Crioimersão.

Introdução: A palavra crioterapia quer dizer: tratamento com frio (grego - *kriotherapeia*). Ela surgiu em meados do ano 2500 A.C, e era utilizada pelos romanos, egípcios e gregos na forma de terapia para amenizar a dor e diminuir a inflamação. A crioimersão é utilizada como tratamento imediato das lesões musculoesqueléticas agudas, traumas, porque ela é de fácil acesso e baixo custo. Também por causa da analgesia, redução do edema e diminuição da inflamação, devido a sua vasoconstrição. Aqui vamos saber como é a sua utilização, indicação, contraindicação, benefícios e malefícios, função, se ela é positiva ou negativa na recuperação muscular (VIANA, 2015). O princípio da imersão em água fria é imergir uma parte, ou todo o corpo (exceto a cabeça) em um banho de água fria em que a temperatura esteja abaixo de 15°C por um período de 10 a 12 minutos (ABAÍDIA et al., 2016).

Objetivos: O objetivo do trabalho é verificar de forma científica a eficácia da crioterapia por banho de imersão na recuperação muscular de pessoas com lesões e traumas imediatos.

Relevância do Estudo: Este estudo tenta demonstrar que a crioimersão pode ser muito relevante ao desempenho do jogador, gerando uma melhora fisiológica na recuperação da lesão muscular, mas, podendo também gerar uma piora na performance física do jogador. Portanto não há melhora imediata na recuperação a curto prazo.

Materiais e métodos: Foi utilizado para este trabalho de revisão de literatura uma pesquisa pelos sites de busca científica BIREME, PUBMED, PEDro, Scielo, Google Acadêmico, MEDLINE, CAPES, COCHRANE. Com palavras chaves: recuperação muscular, crioterapia, medicina esportiva, hipotermia induzida, crioimersão. Foi selecionado artigos dos últimos 10 anos.

Resultados e discussões: A imersão em água fria é o critério padrão para o tratamento de hipertermia em doença provocadas por aumento de temperatura por esforço. Resfriamento corporal e crioterapia parecem ter alguma base mecanicista na regulação da inflamação. Treinadores de atletas e profissionais clínicos prescrevem imersão em água fria por várias razões, sob diversas circunstâncias. Compreender melhor o efeito de terapia de imersão na inflamação irá equipar profissionais com informações sobre a melhor forma de prescrever tais terapias no contexto de outros tratamentos profiláticos e modalidades, auxílios ergogênicos e anti-inflamatórios comumente usados ou remédios farmacológicos usados no curso de treinamento, competição e recuperação. Entendendo os efeitos moleculares e celulares fundamentais de uma terapia, como a imersão em água, também permite que os prestadores de cuidados de saúde tomar decisões informadas sobre as condições ideais de uma modalidade claramente benéfica, como a imersão em água (LEE et al., 2012). Em resumo, nossos dados mostram que a crioimersão gera prejuízos e efeitos indesejáveis no desempenho físico imediatamente após o protocolo de exercícios, mas é benéfico tanto para

aumentar 30 segundos contínuos no desempenho de salto e qualidade total de recuperação já depois de 12 horas. Como resultado, a criomersão parece ser uma ferramenta de uso fácil e prático para treinadores e jogadores (GARCIA, MOTA e MAROCOLO, 2016). A justificativa para usar o tratamento de criomersão na recuperação esportiva ainda permanece em grande parte incerta. Muito mais ciência básica e estudos clínicos são necessários a fim de desenvolver diretrizes baseadas em evidências sobre a prática segura e eficaz do tratamento de criomersão para todo o esporte e população (BLEAKLEY e DAVISON, 2009). Nem criomersão ou terapia de contraste melhoraram a recuperação de medidas físicas ou perceptivas após um protocolo de resistência convencional em comparação com uma intervenção de controle até quatro horas após a recuperação. A imersão em água fria e a terapia com água de contraste não melhoram a recuperação a curto prazo após a resistência (ARGUS et. al., 2017).

Conclusão: Concluiu-se que a criomersão é eficaz na recuperação fisiológica, mas, ineficaz na recuperação muscular. A criomersão é uma técnica que só mostrará os efeitos benéficos na parte física se for aplicada em longo prazo, porém os atletas precisam de uma recuperação rápida e em curto prazo. Sugiro novos estudos em relação a eficácia da técnica, pois há muitas controvérsias.

Referências

ABAÍDIA, A. E.; LAMBLIN, J.; DELECROIX, B. et al. Recovery from exercise-induced muscle damage: cold water immersion versus whole body cryotherapy. **International Journal of Sports Physiology and Performance**, v. 12, n. 3, p. 402-409, 2016.

ARGUS, C. K.; BROATCH, J. R.; PETERSEN, A. C. et al. Cold-water immersion and contrast water therapy: no improvement of short-term recovery after resistance training. **International Journal of Sports Physiology and Performance**, v. 12, n. 7, p. 886–892, 2017.

BLEAKLEY, C. M.; DAVISON, G. W. What is the biochemical and physiological rationale for using cold-water immersion in sports recovery? A systematic review. **British Journal of Sports Medicine**, v. 44, n. 3, p. 179-187, 2009.

GARCIA, C. A.; MOTA, G. R.; MAROCOLO, M. Cold water immersion is acutely detrimental but increases performance post-12 h in rugby players. **International Journal of Sports Medicine**, v. 37, n. 8, p. 619-624, 2016.

LEE, E. C.; WATSON, G.; CASA, D. et al. Interleukin-6 responses to water immersion therapy after acute exercise heat stress: a pilot investigation. **Journal of Athletic Training**, v. 47, n. 6, p. 655-663, 2012.

VIANA, D. F. M. **Crioterapia: história, efeitos fisiológicos e a eficácia das suas técnicas – uma revisão de literatura**. (Monografia) Matinhos: Universidade Federal do Paraná Setor Litoral, 2015, 45 f.

OS EFEITOS DA ULTRACAVITAÇÃO E RADIOFREQUÊNCIA NA LIPODISTROFIA LOCALIZADA E FLACIDEZ TISSULAR – REVISÃO DE LITERATURA

Giovana Abade Samogim¹; Lívia Paula Martins²; Cintia Zacaib Silva³

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

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

³Coordenadora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
cintiazacaib@uol.com.br;

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Flacidez; Radiofrequência; Ultrassom; Lipodistrofia

Introdução: Atualmente as pessoas buscam se encaixar nos padrões de beleza impostos pela sociedade e dentre os principais motivos de queixas em relação às imperfeições estéticas está a gordura localizada e flacidez tissular. A gordura localizada ou lipodistrofia localizada consiste em uma alteração das células adiposas caracterizada como um distúrbio no metabolismo de gordura ou crescimento anormal de gordura na hipoderme, acometendo principalmente quadris, oblíquo, abdome e coxas (KRUPEK e COSTA, 2012). Um método que está sendo cada vez mais utilizado para a redução da lipodistrofia localizada é a ultracavitação, uma nova tecnologia também conhecida por lipocavitação ou ultrassom de alta potência (GOMES e CARMO, 2015). E com a perda de gordura localizada e avanço da idade, perde-se a elasticidade, colágeno e gordura tecidual, estas principais alterações que geram o envelhecimento cutâneo facilitando a flacidez tissular (SILVA et al., 2014). A estimulação térmica por radiofrequência resulta num processo que promove a uma microinflamação que produz o colágeno. Atualmente, os usos mais comuns de dispositivos baseados em radiofrequência agem em diversas partes (incluindo flacidez na papada, abdômen, coxas e braços), bem como na redução da celulite e contorno do corpo de forma não invasiva (SOAIGHER e BLANCO, 2016).

Objetivos: Verificar os efeitos terapêuticos do Ultrassom de Ultracavitação e da Radiofrequência, com ação no Remodelamento Corporal e Flacidez Tissular.

Relevância do Estudo: Estudos ressaltam a importância nos estudos sobre os efeitos terapêuticos de novos equipamentos, com o objetivo da melhora da imagem corporal.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Scielo, Lilacs e Pubmed, com delimitação de tempo dos últimos dez anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Flacidez; Pele; Colágeno; Radiofrequência; Gordura Localizada; Lipodistrofia; Ultracavitação.

Resultados e discussões: A gordura localizada, também conhecida como lipodistrofia localizada, é a maior queixa de insatisfação corporal (GOMES E CARMO, 2015). A ultracavitação basicamente é uma técnica para a redução da lipodistrofia localizada, consiste em ser uma onda de ultrassom com frequência abrangendo a vibração do tecido adiposo, ou seja, entre 28 a 80khz (CARDOSO, PEREIRA E MACEDO, 2016). Consiste em ser um aparelho que provoca bolhas que se ampliam e se comprimem (cavitação) promovendo choque entre os adipócitos e ruptura de suas membranas (DIOGO, et al., 2017). Com a quebra da gordura, pode gerar flacidez e a radiofrequência é um recurso não invasivo, que

promove o aumento da temperatura local, para induzir um processo inflamatório, o que aumenta a vascularização e estimula os fibroblastos, favorecendo assim a neocolagênese e a neoelastogênese (BIANCHETTI, et al., 2015). Diversos autores tem mostrado que a Radiofrequência é um recurso eficaz produzindo efeitos positivos na flacidez tissular (SILVA et al., 2014). Lofeu, et al., (2015), afirmam que o principal da radiofrequência, é de que, além de melhorar o contorno corporal irregular causado pela gordura localizada, ele beneficia melhorando o colágeno no local, evitando a flacidez da pele com a redução de medidas, tornando o tratamento completo e moderno na área estética.

Conclusão: Os autores afirmam que os resultados encontrados mostram que ambas as técnicas são inovadoras e seguras, sendo que são procedimentos não invasivos. Porém necessita de novas pesquisas sobre estas técnicas.

Referências:

BIANCHETTI, P.; SULZBACH, C.; KOLLET, F. et al. Utilização de radiofrequência, terapia combinada, drenagem linfática manual e plataforma vibratória em hipotonia tissular e adiposidade localizada. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 3, p. 140-149, 2015.

CARDOSO, S, K.; PEREIRA, V, C, G.; MACEDO, A, C, B.; Efeito imediato da ultracavitação na gordura localizada. **Movimento & Saúde, Revista Inspirar**, v. 9, n. 2, p. 44-49, 2016.

DIOGO, D, P.; SANTOS, E, B.; SILVA, L, F. et al. Ultracavitação e triglicerídeos plasmáticos. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 7, n.2, p. 282-288, 2017.

GOMES, L, C, S.; CARMO, K, F.; Efeitos do ultrassom de alta potência no tratamento da lipodistrofia localizada. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, v. 5, n. 2, p. 25-33, 2015.

KRUPEK, T.; COSTA, C, E, M.; Mecanismo de ação de compostos utilizados na cosmética para o tratamento da gordura localizada e da celulite. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.5, n. 3, p. 555-566, 2012.

LOFEU, G, M.; BARTOLOMEI, K.; BRITO, L, R, A. et al. Atuação da radiofrequência na gordura localizada no abdômen. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 571-581, 2015.

SILVA, A, R.; SANTOS, A, C, O.; GONÇALVES, V, M. et al. Radiofrequência no tratamento das rugas faciais. **Revista da Universidade Ibirapuera.**, v.7, p. 38-42, 2014.

SOAIGHER, K, A.; BLANCO, P, H, M. Efeitos da radiofrênquia na derme e tela subcutânea. **Revista Uningá.**, v. 49, p. 90-96, 2016.

DRENAGEM LINFÁTICA MANUAL NO TRATAMENTO DA GORDURA LOCALIZADA- REVISÃO DE LITERATURA

Kathariny Ferreira da Silva¹; Livia de Paula Martins²; Cinthia Zacaib Silva³

¹Aluna de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB – Kathi_15_gis@hotmail.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: Drenagem; Lipodistrofia; Sistema Linfático; Tecido adiposo

Introdução: A gordura localizada, também conhecida como lipodistrofia localizada (L.L.) está relacionada com um acúmulo de tecido adiposo, em diversas regiões do corpo devido predisposição individual (GONÇALVES, MADEIRA e SILVA, 2017). O estrógeno estimula a lipogênese através da lipase lipoproteica (LPL), esse processo acarreta na microcirculação pois ocorre o aumento da permeabilidade, com diminuição do tônus vascular, e conseqüentemente ocorre o aumento de líquido extracelular, conhecido como edema (KRUPEK e COSTA, 2012). Alguns recursos manuais possibilitam estimular o sistema linfático, um desses recursos é a drenagem linfática manual. Para facilitar a passagem deste líquido pode utilizar a drenagem linfática manual (DLM), que é uma técnica com manobras nas vias linfáticas e nos linfonodos com o objetivo de drenar os líquidos extracelular e eliminar os subprodutos do metabolismo celular, mantendo o equilíbrio hídrico dos espaços intersticiais (SOARES et al., 2015).

Objetivos: Avaliar os efeitos da drenagem linfática manual no tratamento de gordura localizada através de uma revisão de literatura.

Relevância do Estudo: A drenagem linfática manual é uma técnica que elimina o acúmulo de líquido, toxinas e nutri a célula. Com este estudo podemos verificar os efeitos que ela exerce sobre a gordura localizada.

Materiais e métodos: Este trabalho realizou uma revisão de literatura para avaliar o efeito da drenagem linfática manual no tratamento de gordura localizada. Esta pesquisa foi realizada através de levantamento bibliográfico de artigos científicos, nas bases de dados do PubMed, Bireme, Scielo e Google Acadêmico, utilizando artigos em língua inglesa e portuguesa.

Resultados e discussões: Gordura localizada é o acúmulo de tecido adiposo com quantidade maior que o normal, em determinada região do corpo, esse aumento de gordura local pode ser dividido em dois tipos: hipertrófica (aumento do tamanho da célula adiposa) e hiperplástica (aumento do número de células adiposas) (OLIVEIRA, 2016). A gordura pode funcionar como reservatório de água, pois quando a gordura é metabolizada produz água (GUIRRO e GUIRRO, 2004). Como consequência da gordura localizada pode apresentar, déficit no retorno venoso e linfático, levando a um acúmulo líquido no interstício do tecido, promovendo um acúmulo de toxinas e uma má nutrição e oxigenação do tecido (KRUPEK; COSTA, 2012). A drenagem linfática manual (D.L.M.) é uma técnica de massagem que tem como principal ação eliminar o acúmulo de líquido da substância fundamental amorfa, eliminar toxinas, promover a desintoxicação do tecido intersticial, melhorar a oxigenação, nutrir a célula e proporcionar uma melhor circulação sanguínea (NAKAMURA et al., 2010).

Conclusão: Através dos estudos analisados, foi observado que a drenagem linfática manual pode ser eficaz no tratamento de gordura localizada pelo seu potente efeito de eliminação de

líquidos extracelulares, com conseqüente redução do edema e assim um remodelamento corporal na região tratada.

Referências

GONÇALVES, C. S.; MADEIRA, J. C.; SILVA, M. D.; Terapia combinada associada à drenagem linfática reduz lipodistrofia localizada no abdômen de mulheres jovens, **Rev ConScientiae Saúde**, v.16, n.2, p. 281-288, 2017.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. **Fisioterapia Dermato- Funcional: fundamentos, recursos, patologias**. 3. Ed. Rev e ampliada. Barueri, SP: Manole, 2004.

KRUPEK, T.; COSTA, C. E. M.; Mecanismo de ação de compostos utilizados na cosmética para o tratamento da gordura localizada e da celulite. **Rev Saúde e Pesquisa**, v. 5, n. 3, p. 555-566, 2012.

NAKAMURA, C. M.; VANINI, T. M.; CHINGUI, L. J.; et. al. Avaliação de repercussões cardiovasculares da drenagem linfática manual em mulheres idosas, **Rev Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente**, v.13, n.17, p. 43-51, 2010.

OLIVEIRA, G. B.; **Efeitos do ultrassom de alta potência no tratamento da lipodistrofia localizada**. Monografia (pós-graduação) Recife: Instituto de Ensino Superior e Pesquisa e Centro de Capacitação Educacional, 2016, 31p.

SOARES, N. S.; HENRIQUES, A. C. M.; PRAÇA, L. R.; et al., Efeitos da drenagem linfática manual através da técnica de leduc no tratamento do fibro edema gelóide: estudo de caso. **Rev Saúde.Com**, v.11, n.2, p.156-262, 2015.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE CRIANÇAS FREQUENTADORAS DE CRECHE

Rodrigo Cristiano Bazoni Junior¹; Carolina Tarcinalli Souza²

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

²Professora do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB caroltar11@otmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Fisioterapia; Creches.

Introdução: Nas últimas décadas a participação da mulher no mercado de trabalho levou à mudança na organização e na estrutura da família, desencadeando na expansão da educação infantil em nosso país de forma crescente, levando assim a inserção da criança em creches ou outras instituições. Estudos avaliaram o desenvolvimento motor de crianças frequentadoras de creche, fatores como baixo rendimento, nível de escolaridade materna e a relação com alta proporção entre crianças e cuidadores (SILVA, 2013). A creche parece ter grande influência sobre o desenvolvimento de habilidades na infância, uma vez que a criança passa a maior parte do seu tempo sob os seus cuidados. O desenvolvimento da personalidade da criança vai depender da disponibilidade interna dos educadores em contribuir para que a criança se torne um ser autônomo e independente no futuro (SILVA, ENGSTRON e MIRANDA, 2015). A identificação de possíveis riscos de atraso no desenvolvimento e crescimento da criança deve ser diagnosticada o mais precocemente possível; com isso, o impacto será menor e a intervenção, mais efetiva (SILVA et al., 2018).

Objetivos: Realizar um levantamento da literatura sobre o desenvolvimento neuropsicomotor motor de lactentes de zero a dezoito meses de idade inseridos na educação infantil.

Relevância do Estudo: A creche têm sido um ambiente influenciador sobre o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças da primeira, e segunda infância, pois as mesmas passam a maior parte do tempo inserida neste ambiente. Assim, as crianças vivenciam poucas experiências devido às restrições da estrutura física, pouca capacitação dos profissionais e ambiente desfavorável.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados como: Bireme, Scielo, Lilacs e Pubmed. As palavras-chave utilizadas na busca foram: Desenvolvimento Infantil; Fisioterapia; Creches.

Resultados e discussões: O contexto dos berçários interferem no aspecto cognitivo e motor associado à baixa renda das famílias, o que foi observado neste estudo, o qual avaliaram dez berçários quanto: à escolaridade dos educadores, verificou uma formação restrita a nível fundamental; os demais possuíam o certificado de nível médio completo. Quanto às instalações nenhuma escola tinha uma sala para bebês brincarem ou desenvolver atividades específicas. A quantidade de brinquedos nas salas e as oportunidades de brincar eram restritas, com um ou dois brinquedos, alocados em berços e carrinhos. O brinquedo era manipulado pelo bebê somente nos momentos que lhes eram oferecidos pelos educadores e/ou quando estavam em seu alcance tátil. Isso repercutiu negativamente sobre o desenvolvimento neuropsicomotor dos lactentes, voltando à atenção para medidas mais eficazes, como a implementação de uma rotina mais adequada, profissionais mais capacitados que propiciem experiência de aprendizagem (ALMEIDA e VALENTINI, 2013). De acordo com Nascimento, Firme e Cunha (2015) a área de recreação é fundamental para que os lactentes possam interagir uma com as outras, proporcionando desenvolvimento de jogos, atividades coletivas e brincadeiras, para que com isso os lactentes acabem conhecendo suas capacidades e movimentos, se moldando e aperfeiçoando. Outro ponto importante que vale

ressaltar é que a falta de atividades direcionadas para a aquisição e treino de habilidades cognitivas e motoras pode estar associada a essa importante diferença de desempenho (SANTOS et al., 2013). Rossi (2012) afirma que sem o trabalho dessas bases psicomotoras, com o tempo, teremos lacunas no desenvolvimento da criança cada vez mais aparentes (ex: problemas na escrita, leitura, na abstração do pensamento e na lógica, ordenação das sílabas...), portanto, a psicomotricidade auxiliará a ampliar os espaços para a criança se expressar e proporcionará vivências que auxiliarão no processo de ensino-aprendizagem.

Conclusão: Conclui-se que o espaço físico, as atividades propostas pelos profissionais da creche, o meio ambiente no qual os lactentes são inseridos na infância, são indicativos para o desenvolvimento neuropsicomotor.

Referências

ALMEIDA.C.S e VALENTINI.N.C. Contexto dos berçários e um programa de intervenção no desenvolvimento de bebês. **Motricidade**. v.9, n.4, p.22-32, 2013.

NASCIMENTO.D.C, FIRME.J.L.M e CUNHA.R.C. **O espaço físico da educação infantil: um estudo em uma escola pública da cidade de Parnaíba-PI**. Anais XII Congresso Nacional de Educação <http://educere.pucpr.br/p91/anais.html?edicao=5> ISSN 2176-1396.

ROSSI, F.S. Considerações sobre a psicomotricidade na educação infantil. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM**, Minas Gerais, v.1, n.1, p.1-18, 2012.

SANTOS.M.M; CORSI.C; MARQUES.L.A.P; et al.Comparison of motor and cognitive performance of children attending public and private day care centers. **Braz J PhysTher.**, v.17, n.6, p.579-587, Nov-Dec, 2013.

SILVA, A. A. F. **A primeira infância no contexto de creche: o que tratam as teses e dissertações na área de Educação no período de 1997 a 2011?** 2013. 74 p. Projeto de Pesquisa (Qualificação de Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília.

SILVA.T.M; BUENO.N.B; AZEVEDO.M.L.S.G; et al.Desempenho cognitivo de pré-escolares com baixa estatura em tratamento de recuperação nutricional. **Rev Paul Pediatr**. São Paulo, v.36, n.1, p.39-44, 2018.

SILVA.A.C.D; ENGSTRON.E.M; MIRANDA.C.T. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31 n.9, p.1881-1893, Sept, 2015.

EFEITO DA LIBERAÇÃO MIOFASCIAL INSTRUMENTAL NA HIPERTONIA APÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Augusto Louzada Rochi¹; Ana Paula Akashi²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Hipertonia Muscular; Terapia de Tecidos Moles e Avaliação em Saúde.

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é caracterizado pela interrupção súbita da circulação em um ou mais vasos sanguíneos do encéfalo, interrompendo ou diminuindo o suprimento de oxigênio e conseqüentemente provocando lesões ou necrose nos tecidos. Pode ser do tipo isquêmico, causado por uma obstrução da artéria, ou então hemorrágico quando ocorre uma ruptura arterial (SILVA, LIMA, CARDOSO, 2014). Tais acometimentos podem levar a um déficit neurológico, motor, sensorial e cognitivo, apresentando espasticidade, sinal de Babinski, reflexos cutâneos e autonômicos exagerados, espasmos involuntários, clônus, padrão de postura patológica, paresia ou plegia (SILVA et al., 2012). O fisioterapeuta é um profissional essencial na reabilitação do paciente diagnosticado com AVE. Em busca de um melhor funcionamento da musculatura com hipertonia, pode-se utilizar a liberação miofascial instrumental (*Instrument-Assisted Soft Tissue Mobilization* - IASTM), constituída de um tratamento para liberação e mobilização de adesões e restrições dos tecidos moles, aplicada por uma ferramenta de aço inoxidável, muito utilizada nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos. A teoria do funcionamento é baseada 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 (ARRAIAS JUNIOR, LIMA e SILVA, 2016; CROTHERS et al., 2016; LAUDNER et al., 2014; BAKER et al., 2013).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi avaliar a amplitude de movimento de extensão de cotovelo utilizando a IASTM nos músculos flexores de cúbito hipertônicos de pacientes diagnosticados com AVE.

Relevância do Estudo: A espasticidade é uma das principais sequelas geradas após o AVE que compromete a realização correta dos movimentos, influenciando a execução das atividades funcionais e interferindo na reabilitação do paciente. Uma das alternativas para relaxar a musculatura hipertônica seria pela aplicação de IASTM, possibilitando aumento da amplitude de movimento.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo analítico longitudinal prospectivo, feito em pacientes com diagnóstico clínico de Acidente Vascular Encefálico, maiores de 18 anos, que apresentassem hipertonia no grupo muscular dos flexores de cúbito, sem déficit cognitivo acentuado e que concordassem em participar do estudo. Para a coleta de dados, com o paciente em decúbito dorsal (DD), um único avaliador quantificou o grau de hipertonia dos músculos flexores de cúbito de acordo com a escala de Ashworth modificada e em seguida foi realizada a mensuração da amplitude de movimento (ADM) da articulação do cotovelo com goniômetro. Após a avaliação, ainda em DD, foi realizada a aplicação da técnica de IASTM com a ferramenta tipo EDGE no grupo muscular dos flexores de cúbito no sentido paralelo às fibras musculares durante quatro minutos com reavaliação após a técnica e após 48 horas do tratamento. As variáveis quantitativas do estudo foram submetidas à estatística descritiva com teste de normalidade pelo Komolgorov Smirnov e os resultados descritos em média (ou mediana) e desvio-padrão (ou intervalo

interquartil) e as variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência e porcentagens. A comparação entre os grupos estudados foi analisada pelo teste de ANOVA on Ranks e pós-teste discriminatório de Tukey, considerando diferença estatística $p < 0,05$.

Resultados e discussões: Na avaliação da ADM, utilizando a goniometria, os valores obtidos na comparação entre o pré tratamento e o pós imediato houve diferença com significância estatística. Em relação ao resultado de aumento de ADM após o tratamento, Lee; Kim; You (2014) verificaram que a técnica de IASTM também produziu um efeito de inibição nos músculos hipertônicos em um paciente com sequelas de AVE, proporcionando maior alongamento das fibras musculares, após análise eletromiográfica para a hipertonía no músculo gastrocnêmio. Após 2 minutos da técnica de neuromobilização com IASTM, a atividade do músculo gastrocnêmio que anormalmente estava hipertônica diminuiu em 43% e a ativação de tibial anterior aumentou em 150% indicando efeito na inibição recíproca induzida pelo método. No presente estudo não foi utilizado o mesmo método para avaliação, porém os resultados foram semelhantes, uma vez que foi buscado maior alongamento das fibras musculares pela inibição do músculo bíceps braquial hipertônico e ativação do seu antagonista, o tríceps braquial.

Conclusão: Pode-se concluir que com a utilização da técnica da IASTM em pacientes diagnosticados com acidente vascular encefálico houve melhora na ADM de extensão de cúbito imediatamente após a aplicação da técnica, entretanto após 48hs os valores não foram mantidos, tornando-se necessária a realização de novos estudos para comprovação da efetividade da técnica.

Referências

ARRAIAS JUNIOR, S. L.; LIMA, A. M.; SILVA, T. G. Atuação dos profissionais fisioterapeutas na reabilitação do paciente vítima de acidente vascular encefálico. **Rev. Interdisciplinar**, v. 9, n. 3, p. 179-184, 2016.

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

CROTHERS, A. L.; FRENCH, S. D.; HEBERT, J. J.; et al. 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.; et al. 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.

SILVA, A. S. D.; LIMA, A. P.; CARDOSO, F. B. A relação benéfica entre o exercício físico e a fisiopatologia do acidente vascular cerebral. **Rev. Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 8, n. 43, p. 88-99, 2014.

SILVA, D. D.; BORGES, A. A. L.; LIMA, M. O.; et al. Resistência ao movimento e atividade eletromiográfica dos músculos flexores e extensores de cotovelo em pacientes hemiparéticos espásticos submetidos à crioterapia e estimulação elétrica neuromuscular. **Rev. Bras. Engenharia Biomédica**, v. 28, n. 3, p. 248-260, 2012.

DIÁSTASE DOS MÚSCULOS RETO ABDOMINAIS EM PRIMÍPARAS E MULTÍPARAS NO PUERPÉRIO IMEDIATO

Cristiane Serafim Francisco¹; Fernanda Piculo²

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cris_serafim12@hotmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Diástase; reto do abdome; puerpério; parto; fisioterapia.

Introdução: Durante a gestação ocorrem diversas adaptações fisiológicas e alterações posturais, que associadas ao crescimento uterino e estiramento da linha alba, podem contribuir para a diminuição na força de tensão dos músculos reto abdominais e interferir na sua biomecânica, podendo ocasionar a separação dos feixes destes músculos ao longo da linha alba, denominada Diástase dos Músculos Reto Abdominais (DMRA) (RETT et al., 2012; RETT et al., 2009). Sua incidência é maior a partir do segundo trimestre de gestação e no pós-parto imediato, apresentando diminuição no pós-parto tardio (RETT et al., 2009). Existem três níveis distintos da DMRA: a diástase infraumbilical, que ocorre devido à junção dos músculos abdominais em forma de “v”, dificultando a separação de fibras no período gestacional; a diástase umbilical, que é a mais frequente, acontece devido à distância das junções inferior e superior dos músculos e à anteversão da pelve; já a diástase supraumbilical, ocorre devido à pressão das vísceras e do próprio posicionamento do feto nessa cavidade. Clinicamente, observa-se que a DMRA na região supraumbilical é maior do que na infraumbilical (RETT et al., 2009). Na maioria das mulheres, a separação dos músculos reto abdominais pode variar de 2 a 10 centímetros, sendo, portanto, considerada significativa uma separação de 3 centímetros na linha alba (MICHELOWSKI, SIMÃO e MELO, 2014). Separações maiores que 3 centímetros são considerados prejudiciais, pois podem interferir na capacidade da musculatura abdominal de estabilização e movimento do tronco, e em funções como postura, parto, defecação, além da contenção visceral (LEITE e ARAÚJO, 2012).

Objetivos: Verificar na literatura a prevalência da diástase dos músculos reto abdominais no puerpério imediato, e se existe diferença nas medidas em mulheres primíparas e múltiparas submetidas ao parto vaginal.

Relevância do Estudo: Sabe-se que a DMRA não provoca diretamente desconforto ou dor; entretanto, com a distensão excessiva, pode haver interferência na capacidade da musculatura abdominal na estabilização do tronco, gerando maior predisposição ao desenvolvimento de dor lombar. Desse modo, torna se relevante esse estudo afim de investigar a DMRA no puerpério imediato em mulheres primíparas e múltiparas, para elaborar estratégias de prevenção e tratamento no período gravídico-puerperal. A falta de conhecimento das mulheres sobre este assunto pode aumentar esta problemática, e deve provocar no fisioterapeuta uma atitude profissional no propósito de tratar e prevenir tal patologia, trazendo benefícios às gestantes e puérperas.

Materiais e métodos: A pesquisa foi realizada com base de dados na internet utilizando os sites de busca PUBMED, SCIELO, BIREME e artigos relacionados ao tema. Foram estudados artigos originais de pesquisa, incluindo editoriais, revisão de literatura, dissertações e relatos de casos publicados. A pesquisa abrangeu literatura publicada no período de 2008 a 2018.

Resultados e discussões: O estudo de Rett et al. (2012) comparou a diástase dos músculos reto abdominais supraumbilical e infraumbilical entre primíparas e múltiparas. Foram incluídas

100 primíparas com idade de 21 anos e 100 múltiparas com idade de 27 anos submetidas ao parto vaginal. A DMRA foi avaliada nos pontos 4,5 cm acima e abaixo da cicatriz umbilical com o paquímetro. Os resultados mostraram que a DMRA supraumbilical e infraumbilical não apresentaram diferença significativa entre as primíparas e múltiparas. Contudo, a DMRA supraumbilical foi significativamente maior do que a DMRA infraumbilical, independentemente da paridade. Assim como achados anteriores, a DMRA supra-umbilical foi similar entre os grupos, embora nas múltiparas tenha sido discretamente superior (RETT et al., 2009). Estudo recente desenvolvido em Aracaju, no qual a avaliação da DMRA foi realizada por uma única pesquisadora, verificou maiores prevalências, com 74,8% em primíparas e 76,6% em múltiparas em nível supraumbilical. Nesse sentido, pode-se inferir que as mulheres da região Nordeste têm uma tendência a apresentar maiores prevalências de DMRA quando comparado com outras localidades brasileiras. Contudo, é necessário a realização de outros estudos que avaliem e comparem fatores como etnia e ocupação em regiões distintas para elucidar tal hipótese (RETT et al., 2014). Pitangui et al. (2016) também determinaram a prevalência de diástase do músculo reto abdominal em primíparas e múltiparas, no puerpério imediato, com 261 puérperas. Para a mensuração da DMRA, foram empregados três pontos: cicatriz umbilical e 4,5 cm acima e abaixo da mesma. A graduação foi feita pela técnica das polpas digitais. A prevalência de DMRA supraumbilical, umbilical e infraumbilical foi de 95%, 89,3% e 44,1%, respectivamente. Os resultados demonstram elevada prevalência de DMRA no puerpério imediato, sendo que as múltiparas mostraram maior grau umbilical e infraumbilical.

Conclusão: Os estudos mostram que existe elevada prevalência de DMRA no puerpério imediato, porém os resultados são variáveis quanto à paridade. Tal variação pode ser explicada pelos diferentes métodos de aferição e maneiras de graduação da DMRA na literatura, e por consequência, os resultados tornam-se variáveis. Além disso, não há um consenso quanto ao valor numérico exato em que se poderia considerar relevante, em decorrência de não haver padronização entre os critérios de avaliação adotados, o que explica a necessidade de mais estudos.

Referências

- LEITE, A. C. N. M. T.; ARAÚJO, K. K. B. C. Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. **Fisioter Mov**, Curitiba, v. 25, n. 2, p. 389-397, 2012.
- PITANGUI, A. C. R.; BARBOSA, C. S.; FUKAGAWA, L. K. et al. Prevalência da diástase do músculo reto abdominal no puerpério imediato. **Saúde em Revista**, v. 16, n. 42, p. 35-45, 2016.
- RETT, M. T.; BRAGA, M. D.; BERNARDES, N. O. et al. Prevalência de diástase dos músculos reto abdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. **Rev Bras Fisioter**, v. 13, n. 4, p. 275-280, 2009.
- RETT, M. T.; ARAÚJO, F. R.; ROCHA, I. et al. Diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato de primíparas e múltiparas após o parto vaginal. **Fisioter Pesq.**, v. 19, n. 3, p. 236-241, 2012.
- RETT, M. T.; ALMEIDA, T. V.; MENDONÇA, A. C. R. et al. Fatores materno-infantis associados à diástase dos músculos retos do abdome no puerpério imediato. **Rev. Bras. de Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 14, n. 1, p. 73-80, 2014.
- SOUZA, C. A. A. R.; OLIVEIRA, R. A.; LIMA, A. C. G. Diástase dos músculos reto abdominais em puérperas na fase hospitalar. **Fisioter Bras**, v. 10, n. 5, p. 333-338, 2009.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO EQUILÍBRIO DO PACIENTE PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE)

Alana Cristina Rodrigues¹; Carolina Aparecida Tavares Lima²; Drielly Pereira Manarim³; Julya Cristiane Moura⁴; Ana Paula Akashi⁵

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico (AVE), equilíbrio, tratamento fisioterapêutico.

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE), é definido como um déficit neurológico, que acontece devido a diminuição do fluxo sanguíneo no cérebro, com rápido desenvolvimento de sinais clínicos de distúrbio focal ou global (ANDRADE, 2018; GARCIA, 2018). No Brasil, apesar de a prevalência ser alta, a taxa de mortalidade vem diminuindo consideravelmente, levando a um aumento das incapacidades (LEMOS, OVIL e BARBOZA, 2018). Pode ser classificado em isquêmico que é o mais comum, ocorrendo em 80% dos casos, causado por obstrução de uma ou mais artérias que irrigam o encéfalo levando a isquemia. Já o tipo hemorrágico (20%) ocorre por um aneurisma ou trauma dentro das áreas extra vasculares do cérebro, causando o rompimento de um vaso com consequente hemorragia intracraniana (ANDRADE, 2018; GARCIA, 2018). Os principais fatores de risco são hipertensão arterial sistêmica, diabetes e dislipidemias (GARCIA, 2018). Quando não leva a morte, o AVE pode resultar em algumas sequelas, como hemiparesia ou hemiplegia associada a alteração do tônus e sensibilidade com comprometimento da propriocepção que estão diretamente relacionados às deficiências posturais e ao equilíbrio estático e dinâmico (LEMOS, OVIL e BARBOZA, 2018). A fisioterapia possibilita ao paciente reaprender a usar os membros e funções afetadas por meio de exercícios repetitivos de equilíbrio e coordenação, com o objetivo de recuperar o controle motor dos membros possibilitando uma vida mais independente possível prevenindo complicações futuras (REIS, 2018).

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo revisar a literatura sobre a abordagem fisioterapêutica no equilíbrio após o Acidente Vascular Encefálico.

Relevância do Estudo: Apresentar as diferentes técnicas no tratamento do equilíbrio após acidente vascular encefálico.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão de literatura das publicações indexadas em sites de buscas como Scielo, Lilacs, Bireme e PEDro, com as seguintes palavras-chave: equilíbrio, acidente vascular encefálico, tratamento fisioterapêutico.

Resultados e discussões: O equilíbrio é definido como a manutenção da postura e orientação corporal durante a execução de uma habilidade motora. O desequilíbrio é um dos principais problemas que surgem após o AVE, comprometendo os movimentos, trocas posturais e as atividades de vida diária (ANTUNES et al., 2016). O indivíduo hemiplégico/hemiparético pode adotar uma postura assimétrica, com alterações na descarga de peso sobre o lado afetado e incapacidade de manter o equilíbrio estático e dinâmico, aumentando consideravelmente o risco de quedas (ANTUNES et al., 2016; LEMOS, OVIL e BARBOZA, 2018). Dessa maneira, a fisioterapia motora com exercícios convencionais como alongamento passivo e exercício ativo, treino de equilíbrio funcional, trocas posturais e

treinamento de marcha visa à reabilitação funcional (LEMOS, OVIL e BARBOZA, 2018). O conceito Bobath é muito utilizado no tratamento pós-AVE, com proposta de reaprendizagem do movimento padrão por meio de exercícios para adequação do tônus, melhora da postura, movimento e equilíbrio (REIS, 2018). A utilização de exercícios em forma de circuito também influencia o controle dos movimentos de tronco, assim como o equilíbrio estático e dinâmico. É importante ocorrer um bom feedback verbal durante todo o circuito para a correção das compensações posturais. Um circuito para ganho de equilíbrio pode ser da seguinte forma: deambular em superfície instável, permanecer em apoio unipodal ao realizar atividade em bola, desviar de obstáculos realizando zigue-zague, subir e descer degraus e uma rampa (LEMOS, OVIL e BARBOZA, 2018). Além disso, uma das práticas usadas para contribuir com a melhora do equilíbrio pós AVE é o treino de transferência de pesos ou objetos, com paciente sentado sobre algo instável (como almofada proprioceptiva), o qual resultará em melhora da capacidade do corpo em se manter em equilíbrio dinâmico contribuindo para toda a musculatura corporal (KARTHIKBABU et al., 2018).

Conclusão: Pode-se concluir que o tratamento fisioterapêutico é essencial para a melhora dos movimentos, da postura e consequente do equilíbrio estático e dinâmico. Entretanto, não existem muitos estudos que relatem a intervenção fisioterapêutica no equilíbrio sendo necessário mais pesquisas com melhor delineamento metodológico.

Referências

- ANDRADE, D. C. M. **Efeito em curto prazo da corrente interferencial associado a cinesioterapia no tronco de paciente com acidente vascular encefálico.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018. 146 f.
- ANTUNES, J. E.; JUSTO, F. H. O.; JUSTO, A. F. O. et al. Influência do controle postural e equilíbrio na marcha de pacientes com sequela de acidente vascular cerebral. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 30-41, 2016.
- GARCIA, R. E. **Efeitos da terapia por contensão induzida modificada na funcionalidade e no desempenho ocupacional pós – AVE: estudo randomizado controlado.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2018. 117 f.
- KARTHIKBABU, S.; CHAKRAPANI, M.; GANESAN, S. et al. Efficacy of trunk regimes on balance, mobility, physical function, and community reintegration in chronic stroke: a parallel-group randomized trial. **Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases**, v. 27, n. 4, p. 1003-1011, 2018.
- LEMOS, C. C.; OVIL, L. A. R.; BARBOZA, M. S. **Déficit de equilíbrio em pacientes após acidente vascular cerebral.** Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Vitória, 2018. 104 f.
- REIS, D. M. M. **Rutura e transmutação aplicabilidade de técnicas do treino do ator na recuperação de sequelas de AVC.** Dissertação (Mestrado) - Escola Superior de Artes e Design do Instituto Politécnico de Leiria, Caldas da Rainha, 2018. 63 f.

PÓS-OPERATÓRIO EM CIRURGIA BARIÁTRICA E A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA: REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Pimentel da Rocha¹; Célio Guilherme Lombardi Daibem²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Obesidade, cirurgia bariátrica, fisioterapia, complicações pós-operatórias

Introdução: A obesidade é classificada como sendo uma doença crônica não transmissível que está associada ao acúmulo de gordura no organismo, tendo como causas fatores genéticos, orgânicos, ambientais, comportamentais e psicológicas. Indivíduos obesos, podem evoluir com complicações orgânicas diversas e a cirurgia bariátrica está indicada quando os indivíduos não obtiveram sucesso em tratamentos conservadores (BASTOS, PINHEIRO e MEDENLEZ-ARAÚJO, 2014). O pós operatório acarreta complicações respiratórias o que torna indispensável a atuação do fisioterapeuta, que atua no pós operatório imediato com o objetivo de expansão dos volumes pulmonares e melhora da oxigenação arterial, auxiliando na diminuição de atelectasias e pneumonias pós-operatórias. Além disso, a recuperação do peso aumenta o risco de declínio da função física, o que afeta negativamente a capacidade do indivíduo de realizar atividades da vida diária (MOTTER et al., 2017).

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura sobre a atuação da fisioterapia no pós-operatório de cirurgia bariátrica.

Relevância do Estudo: Estudos que buscam revisar a literatura com o intuito de atualizar os profissionais quanto as evidências científicas que pautam a atuação da fisioterapia são importantes, contribuindo com a constante promoção da qualidade na assistência em saúde.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura narrativa na qual foi realizada uma pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Medline, Lilacs, Pubmed, Scielo e PEDro, com periódicos limitados as línguas portuguesa e inglesa. As palavras chaves utilizadas foram obesidade, cirurgia bariátrica, fisioterapia, complicações pós-operatórias. Procurou-se investigar e descrever sobre a atuação da fisioterapia no pós-operatório em cirurgia bariátrica.

Resultados e discussões: As cirurgias abdominais realizadas com cortes acima da cicatriz umbilical tem maiores riscos de complicações pulmonares do que as realizadas na parte inferior da cicatriz umbilical, ocorrendo devido a fraqueza da musculatura, diminuindo a força de contração, levando a alterações do tórax e do abdome, ocasionados por dor ou contração muscular (BALTASAR et al., 2006; TRUS, POPE, FINLAYSON, 2005). Nesse sentido, tendo em vista a possibilidade de complicações respiratórias no pós operatório de cirurgia bariátrica, a fisioterapia tem sido recomendada com o objetivo de restabelecer precocemente a função pulmonar, minimizando tais complicações. Para isso, vários recursos e técnicas são descritas como exercícios respiratórios, inspirometria de incentivo, eletroestimulação, pressão positiva expiratória, ventilação mecânica não invasiva entre outros (PEIXOTO-SOUZA et al., 2012; COSTA et al., 2009; TOMICH et al., 2010; NASSIF et al., 2011; NARDI et al., 2016; ROCHA et al., 2018). Como limitação deste estudo, por se tratar de uma revisão narrativa, sugerimos trabalhos de revisão sistemática e metanálises, para referendar os objetivos e condutas fisioterapêuticas na abordagem dos pacientes submetidos a cirurgia bariátrica.

Conclusão: As repercussões no pós operatório de cirurgia bariátrica ocorrem pois comprometem a musculatura respiratória por meio de diferentes mecanismos, tais como a

perda da integridade muscular pela incisão cirúrgica, uso de bloqueadores neuromusculares durante a anestesia ou outros mecanismos indiretos como a dor e incisão, favorecendo dessa forma a diminuição dos volumes e capacidades pulmonares. A partir da presente revisão de literatura, conclui-se que os métodos de tratamento fisioterapêutico pós cirurgia bariátrica incluem fisioterapia convencional associado com estimulação diafragmática elétrica transcutânea, padrões respiratórios e movimento toracoabdominal, ventilação mecânica não invasiva, treinamento muscular inspiratório e treinamentos aeróbio e resistido.

Referências

- BALTASAR, A.; BOU, R.; BENGOCHEA, M. et al Mil operaciones bariátricas. **Cir Esp.** v.79, p.349-55, 2006.
- BASTOS, A. A.; PINHEIRO, R. C. M.; MELENDEZ-ARAÚJO, M. S. Determinantes de sucesso após a cirurgia bariátrica: fatores pré-operatórios que influenciam nos resultados pós-operatórios. **Com. Ciências Saúde**, v. 25, n. 1, p. 79-92, 2014.
- COSTA, D.; FORTI, E. M. P.; BARBALHO, M. M. C. et al. Estudo dos volumes pulmonares e da mobilidade toracoabdominal de portadoras de obesidade mórbida, submetidas à cirurgia bariátrica, tratadas com duas diferentes técnicas de fisioterapia. **Rev Bras Fisioter.** v.13,n.4, p.294-300, 2009.
- NARDI, A. T.; REAL, A. A.; SANTOS, T. D. et al. Efeito do treinamento muscular inspiratório em pacientes submetidos à cirurgia bariátrica: uma revisão sistemática. **Fisioter Pesq.** v.23, n.4, p. 448-457, 2016.
- NASSIF, D. S. B; NASSIF, P. A. N.; LUCAS, R. W. C. et al. Efeito da fisioterapia contra-resistida com relação à massa corporal magra em pacientes no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** v.24, n.3, p.219-225, 2011.
- MOTTER, A. A.; GOMES, R. H. S.; VANHONI, P. S. et al. Fisioterapia no pré-operatório de cirurgia bariátrica: uma revisão integrativa. **Assobrafir Ciência**, v. 8, n. 2, p. 65-80, 2017.
- PEIXOTO-SOUZA, F. S.; GALLO-SILVA, B.; ECHEVARRIA, L. B. et al. Fisioterapia respiratória associada à pressão positiva nas vias aéreas na evolução pós-operatória da cirurgia bariátrica. **Fisioter Pesq**, v. 19, n. 3, p. 204-9, 2012.
- ROCHA, M. R. S.; SOUZA, S.; COSTA, C. M. et al. Pressão positiva nas vias aéreas versus exercícios com carga inspiratória na função pulmonar e na função muscular respiratória no pós-operatório de cirurgia bariátrica. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** v.31, n.2, p.1363, 2018.
- TOMICH, G. M.; FRANÇA, D. C.; DINIZ, M. T. C. et al. Efeitos de exercícios respiratórios sobre o padrão respiratório e movimento toracoabdominal após gastroplastia. **J Bras Pneumol.** v.36, n.2, p.197-204,2010.
- TRUS, T. L.; POPE, G. D.; FINLAYSON, S. R. National trends in utilization and outcomes of bariatric surgery. **Surg Endosc.** v.19, n.5, p.616-20,2005.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE QUEIMADURAS DE REFERÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Kétilly Christini Corrêa Campos¹; Fábio da Silva Banuth²; Célio Guilherme Lombardi Daibem³

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

²Professor do curso de Fisioterapia – Universidade Paulista – UNIP – fabiobanuth@yahoo.com.br

³Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
celiodaibem@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Unidade de queimados, perfil de saúde, queimaduras

Introdução: Queimaduras são lesões decorrentes de agentes externos que levam a deterioração da pele de forma parcial ou total decorrente de trauma térmico, químico, elétrico ou radioativo. Sua gravidade é determinada através do agente causal, profundidade, extensão da superfície corporal queimada (SCQ), localização, idade, doenças ou lesões associadas (LEÃO et al., 2011). Estima-se que no Brasil cerca de 1.000.000 de indivíduos sofram de queimaduras, sendo elas responsáveis por 40 mil hospitalizações, 200 mil atendimentos em serviços de emergência e 265 mil mortes por ano, sem restrição de sexo, idade, classe social e procedência, acarretando alto ônus financeiro, sendo um dos principais problemas da saúde pública (PÁDUA et al., 2017; SOARES et al., 2016). Neste sentido, a prevenção é de grande importância para diminuir a morbidade e a mortalidade causadas pelas queimaduras, uma vez que a maioria é evitável.

Objetivos: Caracterizar o perfil epidemiológico de pacientes internados em uma unidade de tratamento de queimaduras de um hospital público do interior do Estado de São Paulo.

Relevância do Estudo: O levantamento de dados epidemiológicos de pacientes atendidos nas unidades de tratamento de queimaduras é de extrema importância, sendo essencial para prever os principais mecanismos do trauma e criar medidas para reduzir a incidência desses eventos.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo de natureza documental, realizado em um hospital público de referência na cidade de Bauru (SP). Os dados da pesquisa foram obtidos por meio da análise de prontuários de pacientes internados durante o período de 04 de janeiro de 2016 a 31 de dezembro de 2016. Foram inclusos na pesquisa vítimas de queimaduras sendo paciente da ala de enfermagem e coletados para a pesquisa os seguintes dados: registro, sexo, idade, superfície corporal queimada (SCQ), agente causal, profundidade da queimadura (grau da queimadura) e dias de internação, sendo um total de 107 pacientes. As variáveis quantitativas do estudo foram apresentadas sob a forma de média±desvio-padrão e os dados categóricos sob forma de frequência absoluta (frequência relativa). Para a associação entre sexo vs agente causal, faixa etária vs agente causal e agente causal vs local da queimadura foi utilizado o teste Qui-quadrado e considerado $p \leq 0,05$ como nível de significância. Finalmente, foi realizada a correlação de Pearson entre as variáveis idade, SCQ e tempo de internação.

Resultados e discussões: Os pacientes foram divididos em 3 grupos, sendo Grupo 1 (0-17), Grupo 2 (18-59) e Grupo 3 (≥ 60) anos. Na correlação entre o sexo do paciente e a etiologia da queimadura, observou-se significância estatística, com maior incidência de queimaduras por escaldamento em mulheres e por fogo em homens ($p=0,040$), assim como para a correlação entre agente causal e local da queimadura ($p=0,006$) em escaldamento em membros inferiores

(MMII), contato (MMII), fogo em tronco e membros superiores (MMSS), química em tronco e MMII + MMII, elétrica em MMSS. A correlação de Pearson apresentou correlação positiva e estas foram estatisticamente significativas para Idade x SCQ ($p < 0,008$), Idade x Tempo de internação ($p < 0,002$) e SCQ x Tempo de Internação ($p < 0,001$). O presente estudo demonstrou que o perfil dos pacientes internados na referida Unidade de Queimaduras apresenta predominância do sexo masculino, com faixa etária entre 18-59 anos. Os principais agentes causais que acometeram esses pacientes foram fogo e escaldamento, sendo a profundidade das queimaduras de maior acometimento as lesões de 2º grau e a combinação de 2º e 3º grau. A literatura coloca o fogo como primeiro agente, seguido pelo escaldamento e lesões por contato. Outros estudos divergem relatando que os líquidos inflamáveis, representados principalmente pelo álcool de uso doméstico, foram os maiores causadores de queimaduras superficiais e profundas. É importante salientar que no Brasil, o álcool líquido é comercializado em quantidades consideráveis, suficientes para causar grandes queimaduras (DIAS et al., 2015). No estudo de Santos, Freitas, Bastos et al. (2017), em relação ao conhecimento sobre o perigo de acidentes, a maioria revelou não saber do risco dos agentes térmicos. Este dado mostra a necessidade de aplicação de programas de prevenção à queimadura que possam atingir os lares, escolas e ambientes de trabalho, favorecendo a diminuição no número de internações hospitalares, permitindo, assim, modificar o perfil epidemiológico dos queimados, especialmente quanto à gravidade das lesões.

Conclusão: O presente estudo epidemiológico demonstrou predominância do sexo masculino, com faixa etária entre 18-59 anos. Os principais agentes causais que acometeram esses pacientes foram fogo e escaldamento, sendo a profundidade das queimaduras de maior acometimento as lesões de 2º grau e a combinação de 2º e 3º grau.

Referências

- DIAS, L. D. F.; OLIVEIRA, A. F.; JULIANO, Y. et al. Unidade de Tratamento de Queimaduras da Universidade Federal de São Paulo: estudo epidemiológico, **Rev Bras Cir Plást.** v. 30, n. 1, p. 86-92, 2015.
- LEÃO, C. E. G.; ANDRADE, E. S.; FABRINI, D. S. et al. Epidemiologia das queimaduras no estado de Minas Gerais. **Rev Bras Cirurgia Plástica**, v. 26, n. 4, p. 573-7, 2011.
- PADUA, G. A. C.; NASCIMENTO, J. M.; QUADRADO, A. L. D. et al. Epidemiologia dos pacientes vítimas de queimaduras internados no Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados da Santa Casa de Misericórdia de Santos. **Rev Bras Cir Plást**, v. 32, n. 4, p. 550-555, 2017.
- SANTOS, G. P.; FREITAS, N. A.; BASTOS, V. D.; et al. Perfil epidemiológico do adulto internado em um centro de referência em tratamento de queimaduras, **Rev Bras Queimaduras**, v. 16, n. 2, p. 81-6, 2017.
- SOARES, L. R.; BARBOSA, F. S.; SANTOS, L. A. et al. Estudo epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas em um hospital de urgência da Bahia. **Rev Bras Queimaduras**, v. 15, n. 3, p. 148-52, 2016.

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA DIÁSTASE DO MÚSCULO RETO ABDOMINAL NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Julya Cristiane Moura¹; Fernanda Piculo²

¹Aluna 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: Gravidez; puerpério; diástase muscular; reto do abdome; tratamento; fisioterapia.

Introdução: A diástase dos músculos reto abdominais é definida como a separação dos feixes desses músculos ao longo da linha alba. Esta condição pode ser observada inicialmente no segundo trimestre da gestação, com maior incidência nos três últimos meses em virtude do aumento do volume abdominal, sendo muito comum também no puerpério imediato. A DMRA é dita fisiológica, quando se apresenta em torno de 3 cm, podendo ser uma situação transitória ou pode permanecer ao longo da vida da mulher. A DMRA pode surgir acima da cicatriz umbilical (supra umbilical), na altura da cicatriz umbilical e, menos frequentemente, abaixo desse nível (infra umbilical) (LEITE e ARAÚJO, 2012). Essa separação ocorre por diversos motivos, os mais comuns são: mulheres com pelve estreita, múltiparas, estresse mecânico, obesidade, macrossomia fetal, poliidrânio, flacidez da musculatura abdominal pré-gravídica e partos múltiplos (MELO e FERREIRA, 2014). A intervenção fisioterapêutica no período gestacional e pós-parto pode ser um recurso capaz de contribuir para a redução da diástase e deve ser realizado o mais precocemente possível, tornando o músculo mais eficiente em sua capacidade e funcionalidade (MELO e FERREIRA, 2014).

Objetivos: Realizar uma revisão de literatura sobre a abordagem fisioterapêutica no tratamento da diástase do músculo reto abdominal durante a gestação e após o parto.

Relevância do Estudo: Verificar a importância e eficácia dos recursos fisioterapêuticos no tratamento da diástase patológica, enfaticamente no período gravídico-puerperal, que podem melhorar qualidade de vida em termos estéticos, mecânicos e fisiológicos, com efeitos a curto e longo prazo, partindo do início do tratamento às ações preventivas.

Materiais e métodos: Foi realizado levantamento bibliográfico em bases de dados como PubMed, PEDro, Bireme, Medline e SciELO. Os critérios de inclusão foram artigos com até 10 anos de publicação, entre 2008 a 2018. Foram estudados artigos originais de pesquisa, revisão de literatura, monografia e periódicos em português e inglês. Foram excluídos artigos que não possuíam nome da revista e artigo sem acesso em sua forma completa.

Resultados e discussões: Após análise dos artigos incluídos no estudo, ficou evidente que a utilização de recursos fisioterapêuticos na reabilitação de mulheres acometidas por diástase patológica na gestação e puerpério é eficaz, mas para uma reabilitação significativa é necessário a utilização de dois ou mais recursos como: cinesioterapia, eletroterapia, bandagem elástica funcional, ginástica hipopressiva e o método pilates, mantendo e observando a limitação do paciente. Pascoal et al. (2014) evidenciaram que a contração isométrica dos músculos abdominais foi capaz de diminuir a distância entre os músculos reto abdominais no período pós-parto. Sancho et al. (2015) também compararam a distância entre os músculos reto abdominais em 38 pacientes, no entanto os resultados mostraram que o

exercício fisioterapêutico não foi eficaz na diminuição da diástase. Kamel e Yousif (2017) verificaram o efeito da corrente russa na recuperação da força muscular abdominal em 60 puérperas com DMRA. Os resultados mostraram que esta eletroestimulação ajuda a reduzir a DMRA em puérperas e se combinado com exercícios abdominais, pode aumentar os efeitos. O uso de bandagem elástica funcional em gestantes e puérperas com diástase é uma nova técnica que também mostrou benefícios na respiração, no auxílio de exercícios, atividades de vida diária e estabilização da diástase, evitando qualquer separação adicional, enquanto possibilita o reforço da musculatura abdominal (PINTO e PINTO, 2017). Franchi e Rahmeier (2016) avaliaram duas puérperas antes e após o protocolo de ginástica abdominal hipopressiva (GAH). Após duas aplicações do protocolo de GAH, houve redução da DMRA e alterações no perímetro abdominal e na expansibilidade torácica, porém não foi concluído devido o número limitado de participantes. Silva (2018) observou que após intervenção de 36 sessões de pilates solo com 21 mulheres (10 do grupo controle e 11 do grupo experimental), houve redução significativa da DMRA nas regiões supra umbilical, umbilical e infra umbilical somente no grupo que recebeu a intervenção. Foi possível concluir que o método pilates é efetivo para a redução da DMRA no período do climatério.

Conclusão: Concluiu-se que a fisioterapia é uma ferramenta importante tanto na prevenção quanto no tratamento da diástase durante o ciclo gravídico-puerperal e dispõe de diversos recursos, porém há falta de padronização e escassez de trabalhos sobre o tema, evidenciando a necessidade de mais pesquisas com melhor delineamento metodológico.

Referências

- FRANCHI, E. F.; RAHMEIER, L. Efeitos da ginástica abdominal hipopressiva no puerpério imediato – estudo de casos. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 2, p. 1-5, abril/junho 2016.
- KAMEL, D. M.; YOUSIF, A. M. Neuromuscular electrical stimulation and strength recovery of postnatal diastasis recti abdominis muscles. **Annals of Rehabilitation Medicine**, v. 41, n. 3, p. 465-474, 2017.
- LEITE, A. C. N. M. T.; ARAÚJO, K. K. B. C. Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 2, p. 389-397, abr/jun 2012.
- MELO, E. C. A.; FERREIRA, L. C. A intervenção fisioterapêutica na prevenção da diástase do músculo reto abdominal em gestantes. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira, v. 1, n. 1, p. 18-30, jun 2014.
- PASCOAL, A. G.; DIONISIO, S.; CORDEIRO, F. et al. Inter-rectus distance in postpartum women can be reduced by isometric contraction of the abdominal muscles: a preliminary case-control study. **Physiotherapy**, v. 100, n. 4, p. 344-348, dec 2014.
- PINTO, M. B.; PINTO, M. B. **Efeito da bandagem elástica funcional em puérpera com diástase abdominal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Universidade São Francisco, Bragança Paulista, 2017. 32 f.
- SANCHO, M. F.; PASCOAL, A. G.; MOTA, P. et al. Abdominal exercises affect inter-rectus distance in postpartum women: a two-dimensional ultrasound study. **Physiotherapy**, v. 101, p. 286-291, 2015.
- SILVA, E. P. G. **A eficácia do pilates solo sobre a diástase do musculo reto abdominal em mulheres no climatério: ensaio clínico aleatorizado controlado e unicego**. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Sagrado Coração, Bauru, 2018. 44 f.

EFEITO DO DIÁRIO MICCIONAL NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS-PROSTATECTOMIA – REVISÃO DE LITERATURA

Nathály dos Santos Almeida¹; Fernanda Piculo²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Incontinência Urinária; Prostatectomia; Fisioterapia; Micção.

Introdução: A incontinência urinária (IU) é definida pela Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda involuntária de urina (ABRAMS et al., 2010). Este transtorno do assoalho pélvico pode acometer homens e mulheres. A maioria dos casos de IU em homens é decorrente da prostatectomia, sendo mais frequente em indivíduos submetidos à prostatectomia radical, tornando este um dos principais fatores de risco juntamente com a idade avançada, para a manifestação desta patologia. A prostatectomia radical consiste na retirada cirúrgica total da próstata, além da excisão das vesículas seminais e dos linfonodos pélvicos bilaterais. É o método de tratamento do câncer de próstata localizado mais antigo e mais eficaz, no entanto, essa cirurgia causa muitas complicações, entre as quais a incontinência urinária é a mais aflitiva (SILVA et al., 2014). A IU pós-prostatectomia é relativa para cada homem, uns podem se recuperar em dias e outros podem seguir com sequelas definitivas, sendo necessária a intervenção fisioterapêutica para a recuperação funcional esfínteriana destes pacientes. O tratamento pode ser realizado com exercícios para o assoalho pélvico, terapia comportamental, eletroestimulação e biofeedback, no entanto o diário miccional foi considerado uma ferramenta importante na mensuração objetiva da perda urinária, com boa correlação de acordo com o relato de pacientes a respeito de seus sintomas (FREITAS et al., 2014; FITZ et al., 2012). O diário miccional avalia a frequência miccional, quantidade de líquido urinado e horário, quantidade e troca dos protetores, frequência da perda urinária, quantidade de líquido ingerido e horário (FREITAS et al., 2014).

Objetivos: Identificar os benefícios gerados pelo diário miccional no tratamento da IU masculina pós-prostatectomia, além de avaliar o auxílio gerado para o terapeuta e também para o paciente como forma motivacional e conscientização.

Relevância do Estudo: A investigação sobre o efeito do diário miccional no tratamento da IU pós-prostatectomia tornou-se objeto de interesse do presente estudo, pois, além de ser uma medida simples, a terapia comportamental com uso do diário miccional é pouco estudada, pouco valorizada e pode estar associada a outros tratamentos, servindo não só como retraining vesical, mas também como um guia concreto de melhora, com repercussão positiva no componente emocional.

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: Incontinência Urinária, Prostatectomia, Fisioterapia e Micção. Os artigos utilizados para estudo compreenderam o período entre 2010 a 2018.

Resultados e discussões: Apesar do diário miccional ser um instrumento básico, de fácil reprodutibilidade, fundamental na avaliação do paciente incontinente por fornecer um direcionamento mais adequado na extensão da propedêutica, muitas vezes ainda não é valorizado pelo profissional de saúde (BARACHO, 2012). Não foi encontrado nenhum estudo

que verificou o benefício do diário miccional como instrumento específico de tratamento da IU. A maioria dos estudos incluem o diário miccional associado aos outros recursos de tratamento, como cinesioterapia, eletroestimulação e biofeedback, não enfatizando a sua eficácia (FREITAS et al., 2014; SILVA et al., 2014). No estudo de Freitas et al. (2014) foi observado que a cinesioterapia, associada à eletroestimulação sacral influenciam positivamente na qualidade de vida após prostatectomia, melhorando o número de perdas urinárias de acordo com o diário miccional, número de forros e frequência miccional, com progressão nos atendimentos fisioterapêuticos. De acordo com Silva et al. (2014) a fisioterapia vem se destacando como um recurso de tratamento, podendo acelerar a recuperação e até mesmo garantir o retorno da continência urinária em pacientes com IU após retirada da próstata. Os autores citam o biofeedback, eletroestimulação e cinesioterapia como recursos muito utilizados no tratamento fisioterapêutico e consideram o diário miccional como parte da terapia comportamental, sendo um tratamento que visa ensinar e resgatar um comportamento perdido aos pacientes, que permite restabelecer o controle cortical sobre a bexiga.

Conclusão: Este trabalho evidencia que o diário miccional pode ser considerado importante recurso de tratamento da IU masculina pós-prostatectomia. Por ser instrumento simples, não invasivo, de fácil acesso e entendimento aos pacientes, torna-se necessário implantá-lo não apenas como recurso de avaliação do perfil miccional, mas também como uma ferramenta de tratamento clínico e auto reeducação miccional no dia a dia dos pacientes.

Referências

- ABRAMS, P.; ANDERSSON, K. E.; BIRDER, L. et al. Fourth International Consultation on Incontinence: recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. **Neurourology and Urodynamics**, Paris, v. 29, n. 1, p. 213-240, 2010.
- BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- FITZ, F. F.; COSTA, T. F.; YAMAMOTO, D. M. et al. Impacto do treinamento dos músculos do assoalho pélvico na qualidade de vida em mulheres com incontinência urinária. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 2, n. 58, p. 155-159, 2012.
- FREITAS, A. O.; SILVA, G. C.; SCARPELINI, P. et al. Cinesioterapia e eletroestimulação sacral no tratamento de incontinência urinária masculina pós prostatectomia – relato de caso. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 53-58, 2014.
- SILVA, D. M.; GÓES, E. E. A. S.; MAIA, P. C. V. S. et al. Assistência fisioterapêutica em portadores de incontinência urinária de esforço pós prostatectomia radical: revisão de literatura. **Revista de trabalhos acadêmicos universo**, Recife, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2014.

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS E CUIDADORES DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTÍSTICO (TEA)

Fabiana de Paula Teixeira¹; Carolina Tarcinalli Souza²

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

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
caroltar11@hotmail.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Capacitação; Autismo; Fisioterapia; Cuidador.

Introdução: O autismo é classificado como um transtorno global do desenvolvimento, caracterizado por um desenvolvimento atípico elevado na interação social e na comunicação e uma quantidade limitada de atividades e interesses (MICCAS et al., 2014). As manifestações clínicas do TEA são variáveis de acordo com a gravidade dessas apresentações e o diagnóstico clínico é baseado nos critérios do DSM-5. A partir daí, avaliando o perfil de funcionalidade de cada criança ou jovem, considerando sua idade, intensidade e apresentação de sinais e sintomas, possa ser traçado seu sistema educacional e intervenção terapêutica mais adequada (MICCAS et al., 2014). Para isso é importante o treinamento dos pais (TP) e cuidadores, baseado na Análise do Comportamento Aplicada (ABA), que visa ensinar as dificuldades da criança com espectro autista e dirigir os comportamentos desadaptativos por meio de intervenções (ANDRADE et al., 2016).

Objetivos: O estudo teve por objetivo analisar a importância da capacitação os profissionais e cuidadores da AFAPAB quanto ao conhecimento técnico-científico do desenvolvimento das crianças com o espectro autístico.

Relevância do Estudo: Verificar o nível de conhecimento dos profissionais e cuidadores dos indivíduos com Transtorno do Espectro Autístico, para oferecer um tratamento de forma adequada.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa em bases de dados Pubmed, Bireme, Scielo e Lilacs no período entre 2014 a 2018.

Resultados e discussões: Inúmeros são os desafios na adequação de contextos sociais e institucionais envolvendo a inclusão de pessoas com TEA (SCHIMIDT et al., 2016). A maneira de trabalhar com esses indivíduos fica expressivamente restrita, devido às alterações envolvidas nesse espectro (comportamento, socialização e comunicação), quando não estão envolvidos profissionais devidamente qualificados e especializados. O profissional precisa manter-se informado e atualizado, participando de ações de formação contínua recebendo suporte de equipes multidisciplinares e da instituição (PIMENTEL e FERNANDES, 2014). Esses profissionais ainda têm de avaliar probabilidades de aprendizagem dos indivíduos com TEA, favorecendo sua evolução e demandas específicas, sendo essencial que tais profissionais estejam cuidadosos na identificação das competências e habilidades do indivíduo com TEA, realizando seu trabalho com segurança reconhecendo suas necessidades e fazendo um planejamento estruturado e com estratégias e adaptações para cada um deles separadamente. O vínculo entre o profissional, o indivíduo com TEA e a família é essencial no intuito de expandir as expectativas relacionadas às intervenções, levando-se em consideração que nos casos em que os profissionais abrangem seu relacionamento com os indivíduos com TEA, os problemas de comportamento identificados diminuem (ROCHA et al., 2018).

Conclusão: Conclui-se que a capacitação de profissionais e cuidadores torna-se de fundamental importância, devido à apresentação de conhecimentos técnico-científicos sobre o desenvolvimento neuropsicomotor normal da criança para que possa ser comparado com o desenvolvimento neuropsicomotor atípico, assim como as habilidades presentes e particularidades de cada criança.

Referências

ANDRADE, A.A.; OHNO, P.M.; MAGALHÃES, C.G.; et al. Treinamento de pais e autismo: Uma revisão de literatura. **Ciências & Cognição**, Belo Horizonte, v.21, n.1, p.07-022, 2016.

MICCAS, C.; VITAL, A.A.F.; D'ANTINO, M.E.F. Avaliação de funcionalidade em atividades e participação de alunos com transtorno do espectro do autismo. **Rev. Psicopedagogia**, São Paulo, v. 31, n. 94, p.003-010, 2014.

PIMENTEL, A.G.L.; FERNANDES, F.D.M. A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo. **Audiol Commun Res.**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 171-178, 2014.

ROCHA, A.N.D.C.; CAPOBIANCO, N.A.N.; BRITO, L.B.; et al. Intervenção junto a indivíduos com transtorno do espectro do autismo: a percepção do profissional. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 31, n. 61, p. 417-430, 2018.

SCHMIDT, C.; NUNES, D.R.P.; PEREIRA, D.M.; et al. Inclusão escolar e autismo: uma análise da percepção docente e práticas pedagógicas. **Revista Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v.18, n. 1, p.222-235, 2016.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS EM ESTADO CRÍTICO E INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

William Jacomin Redondo Mendes¹; Roberta Munhoz Manzano²;

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

²Professora 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; Fisioterapia.

Introdução: Os levantamentos epidemiológicos das Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) são de grande importância para elucidarmos informações sobre o perfil dos pacientes criticamente enfermos, a fim de verificar qual a necessidade de saúde da população e auxiliar na adequação de posturas gerenciais e previsões de ações terapêuticas importantes para um atendimento atualizado e melhor fundamentado (EINLOFT et al., 2002; CORULLÓN, 2007). O acompanhamento do fisioterapeuta dentro de uma UTIP é fundamental para o paciente durante seu período de internação, pois intervém de maneira profilática, minimiza risco de lesões e trabalha com uma abordagem tanto do ponto de vista respiratório quanto do desenvolvimento motor, sendo responsável pela avaliação e prevenção cinético funcional de todo e qualquer sistema do corpo humano que seja necessário, com o objetivo de proporcionar a recuperação do doente e o retorno às atividades funcionais (JOHNSTON et al., 2012).

Objetivos: Realizar um levantamento do perfil de pacientes internados em uma UTI pediátrica, descrevendo e quantificando as principais condutas fisioterapêuticas.

Relevância do Estudo: As UTIP apresentam grandes diferenças epidemiológicas com características distintas de patologias sendo necessário verificar os métodos utilizados na prática clínica do fisioterapeuta com a finalidade de melhorar o estado de saúde, diminuir o tempo de internação, promover melhora no desenvolvimento motor e na qualidade de vida.

Materiais e métodos: Estudo quantitativo, retrospectivo e documental, sendo incluído pacientes de 0 a 17 anos e 11 meses com doenças clínicas ou cirúrgicas de todas as especialidades internados entre janeiro a dezembro de 2017 em um hospital de alta complexidade. Foi utilizado as informações obtidas no prontuário eletrônico analisando a capacidade operacional, idade, gênero, motivo da internação, diagnóstico, tempo de internação hospitalar e de UTI, procedimentos, acompanhamento médico, tempo de ventilação mecânica invasiva, condição da alta e descrição do atendimento fisioterapêutico. As variáveis quantitativas foram submetidas à Correlação de Pearson e as variáveis qualitativas ao teste de qui-quadrado.

Resultados e discussões: Ocorreram 337 internações dos quais 58,8% do sexo masculino, com maior procedência da emergência (37,7%), sendo o acometimento respiratório maior responsável pelas internações com 135 casos ($p=0,001$), apresentando maior frequência de pneumonia em 58 casos ($p=0,002$) e óbito por complicações da encefalopatia em 8 pacientes ($p=0,002$). O fisioterapeuta atua em 63,8% dos casos onde, pacientes atendidos pela fisioterapia ($p=0,019$) e aqueles que não foram submetidos a VMI ($p=0,001$) apresentaram maior incidência de melhora clínica, atuando com objetivo de recuperar a funcionalidade motora e auxiliar na reabilitação cardiopulmonar. As UTIP apresentam grandes diferenças epidemiológicas e com características distintas, variando as patologias de acordo com o seu perfil de atendimento e com a característica da região em que se encontra. Estudos observaram que em Madrid (Espanha) a maior demanda de pacientes apresentam problemas cardiovasculares, em Jimma (Etiópia), as internações ocorrem devido a traumas, em New

South Wales (Austrália) infecções respiratórias e lesões por causas externas são as doenças mais comuns e os Estados Unidos apresentam uma heterogeneidade de pacientes, com diferentes estágios de desenvolvimento, que inclui a insuficiência respiratória de maior frequência (ABEBE et al., 2015; WIECZOREK et al., 2015; CARRILLO et al., 2016; IBIEBELE et al., 2018). A combinação da doença crítica com a imobilidade durante a internação pode resultar em perda muscular significativa, impactando negativamente na duração do suporte ventilatório, tempo de internação, mortalidade, funcionalidade e qualidade de vida, além de que o posicionamento ineficaz e a mobilidade limitada contribuem para uma alta incidência de úlceras por pressão em lactentes e crianças sendo a fisioterapia essencial para evitar estas sequelas (WIECZOREK et al., 2015; CHOONG et al., 2017; WIECZOREK et al., 2017).

Conclusão: Os pacientes pediátricos criticamente enfermos da unidade analisada apresentam maiores acometimentos no sistema respiratório com uma variedade de patologias de base, sendo a pneumonia e a bronquiolite as de maior frequência e as doenças crônicas como encefalopatia, cardiopatia congênita e câncer as responsáveis pelas maiores taxas de óbito. O fisioterapeuta atua em 63,8% dos casos, com o objetivo de recuperar da funcionalidade motora é utilizado técnicas de mobilização passiva, cinesioterapia, posicionamento adequado no leito e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor e, para auxiliar na reabilitação cardiopulmonar é aplicado higiene brônquica, aspiração endotraqueal, reexpansão pulmonar e adequação dos parâmetros ventilatórios, sendo importante na recuperação do paciente em estado crítico.

Referências

- ABEBE, T.; GIRMAY, M.; MICHAEL, G.; et al. The epidemiological profile of pediatric patients admitted to the general intensive care unit in an Ethiopian university hospital. **International Journal of General Medicine**, v. 8, p. 63-67, 2015.
- CARRILLO, J.; HERCE, J. L.; BUSTINZA, A.; et al. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. **Revista Española de Pediatría**, v. 72, n. 5, p. 274-278, 2016.
- CHOONG, K.; AWLADTHANI, S.; KHAWAJI, A.; et al. Early Exercise in Critically Ill Youth and Children, a Preliminary Evaluation: The wEECYCLE Pilot Trial. **Pediatr Crit Care Med**, v. 18, n. 11, p. 546-554, 2017.
- 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.; et al. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n.6, p. 728-733, 2002.
- IBIEBELE, I.; ALGERT, C. S.; BOWEN, J. R.; et al. Pediatric admissions that include intensive care: a population-based study. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 264, p. 1-8, 2018.
- JOHNSTON, C.; ZANETTI, N. M.; COMARU, T.; et al. I Recomendação brasileira de fisioterapia respiratória em unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 24, n.2, p. 119-129, 2012.
- WIECZOREK, B.; ASCENZI, J.; KIM, Y.; et al. PICU Up!: Impact of a Quality Improvement Intervention to Promote Early Mobilization in Critically Ill Children. **Pediatr Crit Care Med**, v. 17, n. 12, p. 1-16, 2017.
- WIECZOREK, B.; BURKE, C.; AL-HARBI, A.; et al. Early mobilization in the pediatric intensive care unit: a systematic review. **J Pediatr Intensive Care**, v. 4, p. 129-170, 2015.

OS EFEITOS DA GINÁSTICA HIPOPRESSIVA NA ADIPOSIDADE ABDOMINAL REVISÃO DE LITERATURA

Rhauana de Almeida Duarte¹; Livia Paula Martins²; Cíntia Zacaib da Silva³

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – rhuanaduarte@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 [mailto:-cintiazacaib@uol.com.br](mailto:cintiazacaib@uol.com.br)

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: ginástica hipopressiva; gordura localizada; alteração postural; adiposidade; imagem corporal.

Introdução: O aumento de peso e a gordura corporal em excesso podem ocasionar danos físicos e emocionais à saúde (SILVA et al., 2014), acarreta em alterações circulatórias e posturais, e isto favorece a adiposidade abdominal (LOFEU et al., 2015). A divisão da gordura corporal, central ou periférica, interfere no alinhamento do corpo e leva ao aparecimento de desvios posturais (SIQUEIRA e SILVA, 2011). A Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH) é uma técnica postural e sistêmica, que envolve os músculos antagonistas ao diafragma, promove uma pressão negativa na cavidade abdominal pela elevação diafragmática e abertura das costelas inferiores, levando a ativação reflexa e tônica e fortalecimento dos músculos abdominais e pélvicos (SANTOS, 2013). Ela reduz o perímetro abdominal, melhora a postura, impede o aparecimento de hérnias, regula fatores respiratórios, previne as disfunções pélvicas, normaliza as pressões das cavidades torácica, abdominal e perineal, regula fatores metabólicos e oxidativos, melhora a circulação, previne lesões articulares e musculares, previne patologias funcionais nas áreas digestivas, ginecológica, urinária, obstétrica e postural (GUISADO, SEGURA e LLORENTE, 2014).

Objetivos: Avaliar os efeitos da Ginástica Hipopressiva no tratamento da adiposidade abdominal e sua relação com a alteração postural através de uma revisão de literatura.

Relevância do Estudo: A Ginástica Hipopressiva é uma técnica nova, que ativa e fortalece a musculatura abdominal, pélvica e auxilia a melhora postural. Com este estudo podemos verificar os efeitos que ela exerce nesses músculos.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura para avaliar os resultados da Ginástica Hipopressiva no tratamento da adiposidade abdominal e sua relação com a alteração postural. Foi realizada uma busca nas bases de dados Bireme, Pubmed, Google Acadêmico, Scielo, utilizando artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Resultados e discussões: As alterações posturais geram um desequilíbrio e afetam outras estruturas, sendo um fator de risco para o acúmulo de gordura na região abdominal, que altera o centro de gravidade, leva a má postura ou dificuldade em corrigi-la (NERI, JOIA e KAWANO, 2016). A técnica postural Ginástica Abdominal Hipopressiva (GAH), é uma técnica moderna (SANTOS, 2013), que estimula grupos musculares antagonistas ao diafragma em relação à postura (CAUFRIEZ et al., 2006). Inicia com a inspiração diafragmática lenta e, uma expiração total, seguida de uma aspiração diafragmática, com a apneia de 10 a 20 segundos (SELEME, BERTOTTO e RIBEIRO, 2009). Santos (2013) realizou um estudo observacional com análise eletromiográfica dos músculos: reto abdominal (RA), oblíquo externo (OE), músculos transversos abdominais e oblíquo interno (Tr/OI) e os músculos do assoalho pélvico (MAP). Os músculos abdominais Tr/OI e MAP foram ativados com a GAH, nas posturas supina,

quadrúpede e ortostatismo com ausência da gravidade na realização da GAH. Caufriez et al., (2006) realizaram um estudo com 29 estudantes, e concluíram que o treinamento com GAH melhora o auto alongamento da coluna dorso-lombar e aumenta a flexão de tronco, por fortalecer os músculos paravertebrais superficiais, sendo assim a força isométrica dos músculos extensores do tronco teriam aumentado. Caufriez et al., (2007) realizaram um estudo quantitativo analítico para avaliar os efeitos da GAH na água e no solo, os resultados mostram que as variações de pressão são menores nas posturas hipopressivas, que reflete um "rebaixamento" das cúpulas diafragmáticas em todas as posições.

Conclusão: A GAH ativa e fortalece os músculos paravertebrais, do assoalho pélvico e abdominais, principalmente os músculos transversos abdominal e oblíquo interno, promovendo a melhora dessas estruturas.

Referências

- CAUFRIEZ, M.; FERNÁNDEZ, J.C.; FANZEL, R.; et al. Efectos de un programa de entrenamiento estructurado de Gimnasia Abdominal Hipopresiva sobre la estática vertebral cervical y dorsolumbar. **Fisioterapia**, v. 28, n 4, p. 205-16, 2006.
- CAUFRIEZ, M.; FERNÁNDEZ, J.C.; GUIGNEL, G.; et. al. Comparación de las Variaciones de presión abdominal em medio acuático y aéreo durante la realización de cuatro ejercicios abdominales hipopresivos. **Rev Iberoam Fisioter.Kinesiol.** v. 10, n.1, p. 10-23, enero. 2007.
- GUISADO, M.M.S.; SEGURA, R.G.; LLORENTE, E.H. Importancia de Las Técnicas Hipopresivas en la prevención de la Incontinencia Urinaria Postparto. **Recien: Revista Científica de Enfermaria.** v. 2, n. 8, p. 34-46, mayo. 2014.
- LOFEU, G.M.; BARTOLOMEI, K.; BRITO, L.R.A.; et. al. Atuação da Radiofrequência na Gordura Localizada no Abdômen: Revisão de Literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 1, p. 571-581, 2015.
- NERI, S. G. R.; JOIA, L. C.; KAWANO, M. M. A Obesidade Abdominal pode Aumentar o Risco de Quedas em Mulheres Idosas. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia**, v. 1, n. 1, p. 60-72, 2016.
- SANTOS, L. I. S - **Análise Eletromiográfica da Musculatura Abdominal e do Assoalho Pélvico Durante a Realização da Ginástica Abdominal Hipopressiva.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013. 87 f.
- SELEME, M.R.; BERTOTTO, A.; RIBEIRO, V.W. Exercícios Hipopressivos, Aplicações Clínicas das Técnicas Fisioterapêuticas nas Disfunções Miccionais e do Assoalho Pélvico, **Urofisioterapia**, Campinas, v. 1, n. 1, p. 25-308, 2009.
- SILVA, J.F.; ARAGÃO, M.G.L.; GUERRIERI, M.N.A.; et. al. A Relação entre as alterações Posturais e Gordura Localizada: Revisão de Literatura. **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 117-123, jul./dez. 2014.
- SIQUEIRA, G.R.; SILVA, G.A.P. Alterações Posturais da Coluna e Instabilidade Lombar no indivíduo obeso: uma revisão de literatura. **Revista Fisioter.Mov.**, Curitiba, v. 24, n.3, p. 557-566, jul./set. 2011.

ÍNDICES PREDITIVOS DE DESMAME: QUAIS OS MAIS UTILIZADOS E OS MAIS EFICAZES - REVISÃO DE LITERATURA

Nayara Nunes dos Santos¹, Roberta Munhoz Manzano²

¹ Aluna de Bacharelado em Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru –
nayara.santos.n@gmail.com

² Professora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru -
roberta_m_m@hotmail.com

Palavras-chave: Desmame do respirador; Ventilação mecânica; Terapia respiratória.

Introdução: A ventilação mecânica (VM) é indicada para quase metade dos pacientes que estão em terapia intensiva, e é associada a algumas complicações geradas, principalmente quando em uso prolongado. Algumas dessas complicações causadas pela Ventilação Mecânica são pneumonia que é a mais comum, lesão traqueal, lesão pulmonar inerente à própria VM, aumento da dependência ao ventilador e óbito. Por esses motivos é sugerido a retirada do VM o mais rápido possível (DANAGA et. al, 2009). O desmame é definido como o processo de transição da ventilação artificial para a espontânea nos pacientes que permanecem em VM por tempo superior a 24 horas. Do tempo em que o paciente permanece em VM, 40% da duração é estipulada na tentativa de retirá-lo do respirador. As causas mais comuns de dependência do VM são neurológicas, comprometimento do sistema respiratório ou cardiovascular, fatores psicológicos, distúrbios metabólicos, endócrinos, eletrolíticos, desnutrição, obesidade e anemia (FONTELA, EICKHOFF e WINKELMANN, 2016). Alguns pacientes têm maior dificuldade em serem retirados da VM, e seu sucesso dependerá de um menor índice de complicações que ocorrerão de acordo com o menor tempo de permanência na VM, o que leva a um tempo reduzido de internação onde se evita a reintubação que pode ocorrer por conta de complicações da intubação naso e orotraqueal (MANTOVANI et. al, 2007).

Objetivo: O objetivo deste estudo é revisar a literatura sobre quais são os principais índices de desmame utilizados e quais são os mais eficazes.

Relevância do Estudo: Os índices de desmame são muito pesquisados na literatura, no entanto, ainda não existe uma medida única capaz de prever o sucesso do desmame da ventilação mecânica.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa em bases de dados na internet nos sites Bireme, Google Acadêmico, Scielo, Lilacs, PEDro e Pubmed, com periódicos limitados as línguas portuguesa, inglesa e espanhola, em estudos com seres humanos, com delimitação de tempo de publicação nos últimos 12 anos. As palavras-chave utilizadas na busca foram: desmame do respirador; ventilação mecânica; terapia respiratória; ventilator weaning; respiration artificial; respiratory therapy. Foram incluídos artigos originais de pesquisa encontrados na literatura, teses, revisões sistemáticas, relatos de caso e estudos retrospectivos.

Resultados e discussões: Foram selecionados para o presente estudo 26 artigos que falam sobre desmame da Ventilação mecânica, destes artigos foram separados 11 que falam exclusivamente de algum índice preditivo de desmame. Dos artigos selecionados os principais métodos de desmame encontrados na literatura foram: IRRS (Índice de Respiração Rápida e Superficial), IWI (Integrative Weaning Index), PImax (Pressão inspiratória máxima), e como possíveis índices de desmame o Treinamento muscular respiratório e TIE (Índice de esforço

inspiratório cronometrado). Segundo Pirompanich e Romsaiyut. 2018, ele associou o IRRS ao método de fração do espessamento do diafragma que pode ser visto como um melhor preditivo de desmame em relação ao índice de respiração rápida e superficial, juntos a fração de espessamento do diafragma igual ou maior que 26% com IRRS menor ou igual a 105 é um melhor preditor de desmame se comparados ao IRRS sozinho, porém o resultado não foi diferente usando apenas o método da fração do espessamento do diafragma. Já Souza e Ligon. 2015, associou o IRRS à Pimax que são os mais usados para prever o desmame. O IWI e o TIE vêm crescendo como preditores de desmame. Moreno et al, 2017 avaliou o treinamento muscular respiratório associado ao desmame da ventilação mecânica em dois grupos, o grupo controle e o grupo experimental, porém não houve resultados consideráveis entre os grupos.

Conclusão: Em relação aos resultados encontrados no presente estudo, os índices preditores de desmame mais utilizados foram o IRRS e a Pimax, já o IWI e o TIE vêm crescendo como preditores de desmame. Os resultados obtidos não permitiram validar um melhor índice de desmame, tendo em vista que são ainda muito pesquisados na literatura por não ter um índice com maior acurácia.

Referências

DANAGA, A.R; GUT, A.L; ANTUNES, L.C.O; et.al. Avaliação do desempenho diagnóstico e do valor de corte para o índice de respiração rápida e superficial na predição do insucesso da extubação. **J Bras Pneumol**. v.35, n.6, p.541-547, 2009.

FONTELA, P.C; EICKHOFF, H.M; WINKELMANN, E.R. Incidência e fatores associados ao desmame simples, difícil e prolongado em uma unidade de terapia intensiva. **Ciência&Saúde**. v.9, n.3, p.167-173. 2016.

MANTOVANI, N.C; ZULIANI, L.M.M; SANO, D.T; et. al. Avaliação da Aplicação do Índice de Tobin no Desmame da Ventilação Mecânica após Anestesia Geral. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. v.57, n.6, p.592-605. 2007.

MORENO. L.M.S; QUIROGA. I.C.C; LUNA. E.C.W; et al. Eficacia del entrenamiento muscular respiratorio en el destete de la ventilación mecánica en pacientes con ventilación mecánica por 48 o más horas: un ensayo clínico controlado. **Med Intensiva**. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.11.010>

PIROMPANICH, P; ROMSAIYUT, S. Use of diaphragm thickening fraction combined with rapid shallow breathing index for predicting success of weaning from mechanical ventilator in medical patients. **Journal of Intensive Care**. v.6, n.6, p.1-7. 2018.

SOUZA, L.C; LUGON, J.R. Índice de respiração rápida e superficial como previsor de sucesso de desmame da ventilação mecânica: utilidade clínica quando mensurado a partir de dados do ventilador. **J Bras Pneumol**. v.41, n.6, p.530-535. 2015.

LESÕES DE OMBRO NO CROSSFIT: REVISÃO DE LITERATURA

Guilherme Aguéra Abrunhosa¹; Ana Paula Akashi²;

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: crossfit, lesão, levantamento de peso, ginástica, ombro.

Introdução: O crossfit é um método de treinamento funcional de alta intensidade, caracterizado por utilizar três princípios de atividades como ginástica, atletismo e levantamento de peso olímpico (LPO) (SUMMITT et al., 2016). O treinamento é feito em sequência de três etapas durante as aulas com Warm-Up (aquecimento), Skill (habilidade) e Workout Of The Day (WOD) (HEINRICH et al., 2014). A ocorrência de lesão na prática do crossfit pode estar ligada a soma de fatores da própria modalidade pois é um esporte individual, praticado em coletividade com forte característica competitiva. Tais combinações de movimentos rápidos, grande amplitude e alta intensidade podem resultar em algum tipo de lesão no ombro (ARAÚJO, 2015; WEISENTHAL et al., 2014). O ombro é a área com maior frequência de lesões, como na ginástica e no halterofilismo olímpico, movimentos utilizados com frequência no treinamento de crossfit (SUMMITT et al., 2016).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi revisar na literatura a incidência das lesões de ombro durante a prática de crossfit.

Relevância do Estudo: O crossfit é um esporte de alta intensidade com movimentos alternados que muitas vezes são associados à carga e levantamento de peso, além disso o número de praticantes têm aumentado a cada ano, tornando necessário estudos sobre as lesões nessa modalidade.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura com levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Pub Med, Scielo, Bireme, Lilacs, revistas eletrônicas e livros. A busca foi feita utilizando os seguintes descritores “lesão de ombro”, “crossfit”, “levantamento de peso” e “ginástica” na língua portuguesa e inglesa, ambas indexadas no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, sem limitação de data.

Resultados e discussões: Existe um crescimento expressivo no número de praticantes de crossfit em diferentes populações, como indivíduos saudáveis, com obesidade e atletas, devido ao seu caráter desafiador e motivacional (DOMINSKI et al., 2018). O aumento de praticantes aliado à falta de habilidade e competência para a realização de determinados exercícios gerou comparações com outras atividades, levantando a questão sobre a segurança do crossfit (AUNE; POWERS, 2016). De acordo com Summitt et al. (2016) o ombro é a região do corpo mais afetada e lesionada, devido aos movimentos olímpicos de snatch, deadlift, clean and jerk e de halterofilismo. A fadiga associada ao exercício aeróbico de alta intensidade poderia resultar na deterioração da concentração e habilidade com maior risco de lesão (MONTALVO et al., 2016). Alguns fatores que podem influenciar ou que possuem correlação com a incidência desse tipo de lesão podem ser intrínsecos, como as anormalidades biomecânicas e anatômicas, histórico de lesões, densidade óssea, maior força muscular, já os fatores extrínsecos seriam a duração de treino, tipo de superfície, percurso, calçado, hidratação (RANGEL; FARIAS, 2016). Weisenthal et al. (2014) realizaram um estudo por meio de questionário relatando as lesões no crossfit nos últimos seis meses, sendo que

75 (19,4%) relataram algum tipo de lesão e a mais comum foi no ombro. Aune; Powers (2016) referem em um estudo retrospectivo em 247 pessoas para verificar lesões em praticantes de crossfit, que o ombro foi a região corporal mais lesionada (38 lesões) e desse total de lesões, 23 necessitaram de intervenção cirúrgica. Hak, Hodzovic e Hickey (2013) ao determinar as taxas de lesão em atletas de crossfit, observaram no total de 132 respostas 186 lesões, com predominância no ombro e depois na coluna vertebral.

Conclusão: Pode-se concluir que o ombro é uma das regiões mais acometidas entre os praticantes de crossfit, entretanto existe falta de padronização e escassez de estudos sobre o tema, portanto são necessárias mais pesquisas para quantificar o número e tipo de lesão.

Referências

ARAÚJO, R. F. **Lesões no crossfit: uma revisão narrativa**. Monografia. Belo Horizonte. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2015, 15 f.

AUNE, K. T.; POWERS, J. M. Injuries in an Extreme Conditioning Program. **Sports Health: A Multidisciplinary Approach**. v.9, p. 52–58, 2016.

DOMINSKI, F. H; SIQUEIRA, T. C; SERAFIM, T. T; et al. Perfil de lesões em praticantes de crossfit: revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**. v.25, n.2, p.229-239, Santa Catarina, 2018.

HAK, P.T.; HODZOVIC, E.; HICKEY, B. The nature and prevalence of injury during Crossfit training. **Journal of Strength e Conditioning Research**. v.27, n.11, p.18-34, 2013.

HEINRICH, K. M.; PATEL, P. M.; O'NEAL, et.al. High-intensity compared to moderate intensity training for exercise initiation, enjoyment, adherence, and intentions: an intervention study. **BMC Public Health**. v.14, p.789, 2014.

MONTALVO, A. M.; SHAEFER, H.; RODRIGUEZ, B.; et al. Retrospective Injury Epidemiology and Risk Factors for Injury in CrossFit. **Journal of Sports Science and Medicine**. v.16, p.53-59, 2017.

RANGEL, G. M. M.; FARIAS, J. M. Incidência de lesões em praticantes de corrida de rua no município de criciúma, Brasil. **Rev Bras Med Esporte**. v.22, n.6, p.496-500. São Paulo, 2016.

SUMMITT, R. J.; COTTON, R. A.; KAYS, A. C.; et. al. Shoulder Injuries in Individuals Who Participate in Crossfit Training. **Sports Health**. v.8, n.6, p.541-546, 2016.

WEISENTHAL, B. M.; BECK, C. A.; MALONEY, M. D.; et.al. Injury rate and patterns among CrossFit athletes. **Orthopaedic Journal of Sports Medicine**, v.2, n.4, p.52-63. 2014.

LIMITAÇÕES FUNCIONAIS DEVIDO AO COMPROMETIMENTO MIOFASCIAL E PRINCIPAIS FORMAS DE TRATAMENTO

Vanessa Cristina Keine¹; José Bassan Franco² Alex Augusto Vendramini³

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

²Professor de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – zebassan@yahoo.com.br;

³Professor de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - alexvendramini@yahoo.com.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Fisioterapia; Fásia; Manipulação Musculoesquelética; Terapia Manual.

Introdução: As fásias podem apresentar tensões e começar a enrijecer vagarosamente, levando o corpo a perder sua capacidade adaptativa fisiológica. Com o tempo, a rigidez se espalha, fazendo com que a flexibilidade e a espontaneidade de movimento sejam perdidas expondo o corpo a traumas, dores e limitação de movimento (ARRUDA, STELLBRINK e OLIVEIRA, 2010). Para correção desta anormalidade fascial é aplicada uma pressão nos tecidos moles para deforma-los provocando reações químicas promovendo ajustes mecânico, estruturais e bioquímicos nos músculos permitindo que deslizem facilmente entre si, colaborando para uma melhor eficiência nos padrões de movimento (CRUZ et al., 2017).

Objetivos: Verificar quais as limitações funcionais que o comprometimento fascial causam e analisar quais são as melhoras técnicas de liberação deste tecido.

Relevância do Estudo: A manutenção de parâmetros adequados de flexibilidade da fásia proporciona uma boa mobilidade, possibilitando movimentos com segurança em sua completa extensão e diminuindo o risco de lesões em decorrência de limitações musculares.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Scielo, Bireme, Pubmed e Google acadêmico. As palavras chaves utilizadas são: fisioterapia, fásia, manipulação musculoesquelética e terapia manual. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados até Novembro de 2018.

Resultados e discussões: O estado de encurtamento ou contratura miofascial podem manifestar dor, sensibilidade aumentada, vasoconstrição localizada, distúrbios proprioceptivos, alteração da percepção e principalmente a disfunção (BINGONGIARI et al., 2008). Souza et al. (2017), complementam que as tensões, as quais levam o tecido conjuntivo a enrijecer, promovem a perda da elasticidade, perda da capacidade adaptativa fisiológica e a exposição da limitação do movimento. Yeng, Kaziyawa e Texeira (2003) definem a síndrome dolorosa miofascial como uma condição comum podendo ser primária ou resultante de anormalidades orgânicas e funcionais do músculo esqueléticas, neurogênicas, viscerais e ou psicológicas, sendo caracterizada pela ocorrência de dor muscular localizada ou referida, pontos gatilhos, bandas de tensão, reprodução da dor por digito pressão e reação muscular contrátil localizada. Bigongiari et al. (2008) afirma que os pontos gatilhos miofasciais variam entre os músculos sendo o trapézio um dos mais frequentemente acometidos podendo ser classificados, de acordo com seu grau de irritabilidade, como ativos e latentes, sendo o ativo apresentando uma dor constante, chegando a incapacitar o músculo acometido e o latente está clinicamente em “silêncio” com respeito à dor, mas pode causar restrições de movimentos e fraqueza no músculo afetado. O tratamento da síndrome dolorosa miofascial deve abranger a complexidade de cada caso, compreendendo os músculos acometidos e os fatores desencadeantes e perpetuantes, controlando a condição algica. A fisioterapia baseia-se na inativação dos pontos gatilhos, através de técnicas manuais como a massagem transversa profunda também chamada “Cyriax”, a liberação miofascial manual, a liberação fascial passiva, método Roling, agulhamento a seco, a ventosaterapia, a Instrument Assisted Soft Tissue Mobilization e a crochetação (JALES E SEIXAS, 2017; CRUZ et al., 2017;

BRAHIM et al., 2017; CROTHERS et al., 2016; CAMPOS e SANTOS, 2015; STALL et al., 2015; MENDES et al., 2014; YENG, KAZIYAWA E TEXEIRA, 2003). Stecco (2016) complementa que a maioria dos métodos manuais envolvem combinações de alongamento, forças de compressão, cisalhamento e torque, e que apesar de serem denominadas de forma diferentes, muitas dessas técnicas usadas em todo o mundo criam os mesmos efeitos nos tecidos e celular.

Conclusão: A fáscia pode apresentar um aumento de sua tensão e começar a se enrijecer vagarosamente, impedindo o deslizamento entre suas fibras causando anomalia na tensão, movimentos não fisiológicos, alteração funcional, dor, estresse postural, biomecânica ineficiente, problemas articulares, fatores emocionais, hipersensibilidade, vasoconstrição, distúrbios proprioceptivos e perceptuais e disfunção. A fisioterapia atua na recuperação da integridade deste tecido através de técnicas como o conceito Cyriax, a liberação miofascial manual, a auto liberação passiva, o método Rolfing, o agulhamento a seco, ventosaterapia, IASTM e crocheteamento onde, envolvem combinações de alongamento, forças de compressão, cisalhamento e torque, e que apesar de serem denominadas de forma diferentes apresentam os mesmos efeitos visando liberar as camadas fasciais.

Referências

- ARRUDA, G. A.; STELLBRINK, G.; OLIVEIRA, A. R. Efeito da liberação miofascial e idade sobre a flexibilidade de homens. **Terapia Manual**, v. 8, n. 39, p. 396-400, 2010.
- BINGONGIARI, A.; FRANCIULLI, P. M.; SOUZA, F. A. et al. Análise da atividade eletromiográfica de superfície de ponto gatilhos miofasciais. **Rev Bras Reumatol**, v. 48, n. 6, p. 319-324, 2008.
- BRAHIM, C. B.; ARAÚJO, J. O.; QUEIROZ, D. A. et al. Eficácia da técnica de agulhamento seco no controle da síndrome da dor miofascial: uma revisão crítica da literatura. **Cadernos UniFO**, v. 34, p. 105-124, 2017.
- CAMPOS, G. H.; SANTOS, C. T. Tratamento de pontos-gatilhos (trigger points) por meio de terapia por ventosa. **REVISA**, v. 4, n. 2, p. 146-154, 2015.
- CROTHERS, A. L.; FRENCH, S. D.; HEBERT, J. J. et al. 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.
- CRUZ, R. A. R. S.; SANTOS, R. M. C.; SILVA, F. J. et al. Efeito imediato da auto liberação miofascial sobre a flexibilidade de jovens atletas. **Arq Cien Esp**, v. 5, n. 2, p. 30-33, 2017.
- JALES, F.; SEIXAS, A. **A efetividade da fisioterapia de cyriax no alívio da dor e na funcionalidade em pacientes com epicondilite lateral**. Dissertação (graduação) Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2017, 13f.
- MENDES, A. C.; MUNIZ, M. M.; SILVA, R. G. M. et al. Comparação da liberação miofascial seguida de alongamento muscular passivo e da mobilização neural na ADM do quadril. **MTP&RehabJournal**, v. 12, p.317-333, 2014.
- SOUZA, P. A. C.; ARAÚJO, V. A.; MORAIS, N. A.; et al. Influência da autoliberação miofascial sobre a flexibilidade e força de atletas de ginástica rítmica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 4, n. 1, p. 18-25, 2017.
- STALL, P.; HOSOMI, J. K.; FAELLI, C. Y. P. et al. Efeitos do método Rolfing® de integração estrutural e da acupuntura na fibromialgia. **Rev. Dor. São Paulo**, v. 16, n. 2, p. 96-101, 2015.
- STECCO, C.; SCHLEIP, R. A fascia and the fascial system. **J Bodywork Move Ther.**, v.20, n.1, p. 139-140, 2016.
- YENG, L. T.; KAZIYAWA, H. H. S.; TEIXEIRA, M. J. Síndrome Dolorosa Miofascial. **Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor orofacial**, v. 3, n. 9, p. 27-43, 2003.

TERAPIAS MANUAIS NA FISIOTERAPIA - REVISÃO DE LITERATURA

Amanda Fontana Brito de Souza Chantres¹; Alex Augusto Vendramini²

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

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
alexvendramini@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Maitland, Mckenzie, Mulligan, Mobilização Neural, Terapia Manual.

Introdução: A terapia manual (TM) atua na recuperação das funções biomecânicas, neurológicas, artrocinemáticas, congruências articulares e tecidos moles, sendo aplicada sobre os tecidos conjuntivos, musculoesqueléticos e nervosos total ou parcialmente (SANTOS, JOIA e KAWANO, 2016). Através de técnicas de manipulação, mobilização e de exercícios específicos, a terapia manual tem como objetivo estimular a propriocepção e o líquido sinovial, produzir elasticidade a fibras aderidas e reduzir a dor (SANTOS e PEREIRA, 2016). O Conceito Mulligan é uma das técnicas de terapia manual com o propósito onde possibilita corrigir uma falha posicional da articulação, responsável pela limitação dos movimentos fisiológicos, dor e déficit funcional da mesma (CASA JUNIOR e MEDEIROS, 2016). O Conceito Maitland é fundamentado em observações clínicas que surgiram como resultado de uma abordagem sistemática de exame e tratamento dos sinais e sintomas presentes nos pacientes. O conceito Maitland fundamenta-se em um sistema graduado de avaliação e tratamento, por meio de movimentos passivos oscilatórios, rítmicos, graduados em cinco níveis que variam de acordo com a amplitude dos movimentos acessórios normalmente presentes nas articulações, que visam a recuperação da artrocinemática das superfícies articulares, o que promove a congruência e diminui o atrito mecânico na articulação (NAVEGA e TAMBASCIA, 2011). O Método Mckenzie consiste no tratamento das dores da coluna associadas aos distúrbios do sistema articular desse segmento. É uma técnica terapêutica baseada na avaliação da dor, na resposta sintomática ou diminuição da deformidade tecidual, onde se utiliza os movimentos repetidos em amplitude máxima, posições sustentadas e mobilizações do próprio paciente, buscando alívio da dor e a recuperação da função (MENDONÇA e ANDRADE, 2016). A Mobilização Neural (MN) é uma terapia manual que restitui o movimento e a elasticidade do sistema nervoso, gerando um melhor funcionamento das regiões musculoesqueléticas sem suas respectivas funções (FERREIRA e SANTANA JUNIOR, 2017).

Objetivos: Esse estudo tem como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre as terapias manuais existentes para tratamentos fisioterapêuticos.

Relevância do Estudo: Atualmente os tratamentos com terapia manual veem se popularizando, desta forma, é importante estudar as técnicas e sua eficácia na literatura científica.

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, Google acadêmico e SibUsp, com delimitação de tempo de publicação nos últimos dez anos.

Resultados e discussões: Pesquisas realizadas por Santos, Joia e Kawano (2016) avaliaram a eficácia da terapia manual no tratamento de dor lombar aguda comparada a fisioterapia convencional nos desfechos dor e funcionalidade. Foram divididos em dois

grupos: (G1) submetidos à técnica de tratamentos de fisioterapia convencional 35 pacientes e (G2) àqueles submetidos à técnica de terapia manual 34 pacientes, eles foram submetidos a 24 sessões de tratamento com duração de 50 minutos cada. Observou-se que os procedimentos do G1 expressam melhor eficácia se comparado ao G2, na melhora dos desfechos funcionalidade e dor em paciente de dor lombar aguda. Ferreira e Santana Júnior (2017) realizaram um estudo para analisar a eficácia da técnica de Mobilização Neural (MN) em indivíduos com hérnia de disco lombar. Foram oito participantes sujeitos ao protocolo de MN por 16 sessões realizadas 2 vezes por semana. Através dos resultados desse estudo pode-se concluir que os participantes tiveram melhora no ganho de mobilidade funcional e redução do quadro algico após a aplicação da Mobilização Neural. Mendonça e Andrade (2016) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a efetividade do método McKenzie em pacientes com hérnia de disco lombar apresentando queixa de dor e restrição de mobilidade. A quantidade de participantes foi de 06, iniciando o tratamento com exercícios de fortalecimento da coluna deitado de bruços, em seguida deitado de bruços com extensão e depois flexão deitado. Os pacientes obtiveram melhora na dor em comparação do primeiro atendimento e o último, em relação a amplitude de movimento de flexão e extensão da coluna lombar houve melhora no decorrer dos atendimentos e ganho expressivo para todos os participantes e com isso melhorando o desempenho nas habilidades funcionais deles. Em um estudo realizado por Navega e Tambascia (2011) avaliaram os efeitos da terapia manual de Maitland em pacientes com lombalgia crônica. Onde 16 pacientes de ambos os sexos passaram por uma avaliação e logo após realizado a intervenção duas vezes por semana com trinta minutos cada sessão durante cinco semanas. Foram usadas técnicas para o acometimento da dor lombar. Após o tratamento foi realizado a reavaliação e concluíram que houve melhora na intensidade de dor, incapacidades, flexibilidade e qualidade de vida dos pacientes com lombalgia crônica.

Conclusão: A presente revisão de literatura demonstrou que a terapia manual apresentou melhores evidências comparada a fisioterapia convencional. Os resultados demonstraram que obteve-se ganho da mobilidade funcional e redução do quadro algico através de diversas terapias manuais favorecendo a qualidade de vida nos pacientes tratados.

Referências

CASA JÚNIOR, A. J.; MEDEIROS, R. N. Efetividade do Conceito Mulligan na entorse de tornozelo em inversão. **Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos**, v. 1, n. 1, p. 01-14, 2016.

FERREIRA, A. M.; SANTANA JÚNIOR, V. Análise do efeito da Mobilização Neural na dor lombar em pacientes com hérnia de disco. **Id on Line Rev. Mult.Psic.** v. 11, n. 38, p. 824-834, 2017.

MENDONÇA, E. M. T.; ANDRADE, T. M. Método Mckenzie como protocolo de tratamento em hérnia de disco lombar. **R. Interd.** v. 3, n. 9, p. 130-137, 2016.

NAVEGA, M. T.; TAMBASCIA, R. A. Efeitos da terapia manual de Maitland em pacientes com lombalgia crônica. **Terapia Manual**, v. 9, n. 44, p. 450-456, 2011.

SANTOS, L. F. S.; PEREIRA, M. C. A. A efetividade da terapia manual no tratamento de disfunções temporomandibulares (DTM): uma revisão da literatura. **Revista Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 72-77, jul. /set., 2016.

SANTOS, P. C.; JÓIA, L. C.; KAWANO, M. M. O efeito da terapia manual e da fisioterapia convencional no tratamento da dor lombar aguda: ensaio clínico randomizado. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano**. v.1 n.1, p. 73-84, 2016.

INCIDÊNCIA DE DOR NAS COSTAS EM CRIANÇAS ESCOLARES

Ednara Ferreira Santso¹; Carolina Tarcinalli Souza²

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

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB caroltar11@hotmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Postura; Doenças da coluna vertebral; Reabilitação.

Introdução: As dores músculo esqueléticas apresentam uma alta prevalência entre as crianças e adolescentes (REBOLHO et al., 2011), sendo que, nos últimos anos a incidência de dor têm aumentado significativamente, sobretudo nos países desenvolvidos. Estas podem evoluir com repercussões graves na idade adulta, o que representa uma carga para a saúde pública, quer pelos seus custos diretos quer pelos seus custos indiretos. (MARTINS et al., 2016).

Objetivos: Analisar a incidência de dor nas costas em crianças escolares.

Relevância do Estudo: Ressalta-se que o termo “dor nas costas” refere-se à dor em toda a região posterior do tronco, incluindo a região dorsal e lombar (NUNES et al., 2016), sendo assim, necessária a identificação dos hábitos capazes de acarretar alterações posturais e dor durante o período escolar, incentivando uma postura mais saudável e trabalhando com a prevenção.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica com base nos bancos de dados Bireme, Scielo, Pubmed e Lilacs.

Resultados e discussões: Durante a infância existe uma grande variação fisiológica na postura e na mobilidade, sofrendo uma série de ajustes associados aos estágios de desenvolvimento. A maioria das alterações posturais tem sua origem na infância, uma vez que as crianças se encontram em período de acomodação das estruturas anatômicas do seu corpo. O período escolar pode favorecer o aparecimento desses desvios associados aos fatores como o tipo de mochila e a quantidade de peso que pode ser carregado, sedentarismo e posturas adotadas durante as aulas. (SEDREZ et al., 2015; NOLL et al., 2013). Lemos et al., (2013) afirma que a prevalência de dor lombar em escolares se aproxima à referida em adultos. Estudos têm demonstrado que indivíduos que apresentam dor lombar na infância e adolescência são acometidos também na vida adulta. Noll et al., (2013) realizaram um estudo epidemiológico com 1597 crianças de 11 a 16 anos verificando que 802 relataram dor nas costas sendo equivalente a 55,7% o que corroborando com o estudo de Santos et al., (2017) que avaliaram 39 estudantes e obtiveram em seus resultados a presença de dores nas costas em 85% dos avaliados, sendo que a maioria das meninas (100%) relataram dores nas costas e 61% dos meninos apresentaram dores nas costas. Furlanetto et al., (2015) encontraram resultados equivalentes ao avaliar 197 escolares, constataram que 55,3% da amostra apresentou dor nas costas nos últimos três meses, sendo que, quando os escolares foram separados por sexo, 43% (n=46) dos meninos e 70% das meninas (n=63) apresentaram dor nas costas, demonstrando que as meninas apresentam um percentual mais elevado de dor nas costas.

Conclusão: Concluímos que a dor nas costas tem se difundido entre crianças e jovens, e as causas são multifatoriais. Há evidências de que as dores que surgem na infância poderão se refletir na vida adulta.

Referências

- FURLANETTO, T. S.; MEDEIROS F. S.; CANDOTTI C. T. Prevalência de dor nas costas e hábitos posturais inadequados em escolares do Ensino Fundamental do Colégio de Aplicação da UFRGS. **Cadernos do Aplicação | Porto Alegre**, v. 27/28, p. 99-108, 2015.
- LEMOS, A. T.; SANTOS, F. R.; MOREIRA, R. B.; MACHADO, D. T.; BRAGA, F. C. C.; GAYA, A. C. A. Ocorrência de dor lombar e fatores associados em crianças e adolescentes de uma escola privada do sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 29, n. 11 p. 2177-2185, 2013.
- MARTINS, R.; ANDRADE, A.; MOREIRA, H.; CAMPOS, S. Prevalência e determinantes das perturbações músculo-esqueléticas em adolescents. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v.7, p.1-2, 2016.
- NOLL, M.; CANDOTTI, C. T.; ROSA B. N.; SCHOENELL, M. C. W.; TIGGEMANN, C. L.; LOSS, J. F. Back pain and the postural and behavioral habits of students in the municipal school network of Teutônia, Rio Grande do Sul. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 2, p. 129-135, 2013.
- NOLL, M.; CANDOTTI, C. T.; VIEIRA, A.; LOSS, J. F. Back Pain and Body Posture Evaluation Instrument (BACKPei): development, content validation and reproducibility. **International Journal of Public Health**, v. 58, n. 4, p. 565-572, 2013.
- NUNES, S. E. B.; FURLANETTO, T. S.; ROSA, B. N.; NOLL, M.; CANDOTTI, C. T. Prevalência de dor nas costas em estudantes do ensino fundamental e médio de uma escola estadual de Gravataí-RS. **Pensar a Prática**, v. 19, n. 1, p. 31-41, 2016.
- REBOLHO, M. C. T.; ROCHA, L. E.; TEIXEIRA, L. R.; CASAROTTO, R. A. Prevalência de dor músculo esquelética e percepção de hábitos posturais entre estudantes do ensino fundamental. **Rev Med (São Paulo)**, v. 90, n.2, p.68-77, 2011.
- SANTOS, D. P.; SOUZA, J. R. L.; MAGGI, L. E.; MAGGI, K. C. F. X. Análise da situação postural e relatos de dores de alunos do ensino fundamental II em Palmeiras de Goiás – GO. **Journal of Basic Education, Technical and Technological**, v. 4, n. 1, p. 66-78, 2017.
- SEDREZ, J. A; ROSA, M. I. Z; NOLL, M; MEDEIROS, F. S; CANDOTTI, C. T. Fatores de risco associados a alterações posturais estruturais da coluna vertebral em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 1, p. 72-81, 2015.

EFEITO DE DIODOS EMISSORES DE LUZ (LED) NA MELHORA DO DESEMPENHO MUSCULAR. UMA REVISÃO DE LITERATURA.

Octávio Henrique Herrera Rodrigues¹; José Bassan Franco²

¹Aluno de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB - tavinhutti@gmail.com

²Professor do curso de Fisioterapia - Faculdades integradas de Bauru – FIB - zebassan@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: desempenho muscular, reparo tecidual, laser, LED, fototerapia reabilitação esportiva.

Introdução: O primeiro grande reconhecimento científico da fototerapia foi em 1903 quando o Dr. Neils Ryberg Finsen ganhou o prêmio Nobel de medicina por tratar uma forma desfigurante de tuberculose da pele utilizando a luz solar (ARAUJO 2009).

Segundo Maldonado, (2008), o uso da fototerapia está cada vez mais sendo difundido nas áreas da saúde. A fototerapia por LED, tem sido cada vez mais utilizada na reabilitação tecidual, pelo aumento dos fibroblastos do tecido (SILVA et.al, 2011).

Objetivos: O objetivo desse trabalho foi observar na literatura pesquisas que comprovem a eficácia do LED, na potencialização de capacidades musculares em seus diferentes aspectos comparando suas mais diversas formas.

Relevância do Estudo: O estudo mostra por meio de revisão de literatura, a importância dessa nova técnica no campo da fototerapia, que tem demonstrado excelente eficácia na melhora do desempenho muscular.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet, sites de busca Scielo, Bireme e Pubmed. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura, relatos de casos e dissertações de mestrado publicados de 2008 a 2017.

Resultados e discussões: Dellagrana et. al, 2017, analisou o efeito dose-resposta de fotobiomodulação composta por laser (850 nm), LEDs (670, 880 e 950 nm), durante corridas submáximas de 5 min. aplicados nos membros inferiores, constatou-se a melhora da economia neuromuscular durante as corridas. Isso demonstra a importância do LED na melhora da resistência muscular. Já se tratando de melhora da força muscular. Antonialli et. al, 2014, encontrou excelentes resultados fazendo aplicações de laser super-pulsado e LEDs nas doses de 10J, 30J e 50J na região do quadríceps onde ocorreu um aumento de 10 a 15% na força do mesmo e ainda uma redução nos níveis de CK. As 3 fontes de luz trabalhando simultaneamente pode nos ajudar a encontrar parâmetros seguros de uso da fototerapia por LED criando assim futuros protocolos de utilização do mesmo para diversos objetivos potencializando assim seu resultados. Miranda et. al, analisaram os efeitos da terapia com LED em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), sendo que no estudo foi constatado que houve uma excelente melhora na resistência a fadiga após a aplicação da foto estimulação, isso mostra a importância que esse tipo de fototerapia pode representar para essa patologia. A fototerapia com LED associada a exercícios físicos moderados pode interferir positivamente nos marcadores bioquímicos em indivíduos com diabetes mellitus, reduzindo assim os níveis de glicose sanguínea como é relatado por Francisco, 2016, em um estudo onde o grupo de portadores de DM (diabetes mellitus), que recebeu o estímulo de LED após os exercícios físicos obtiveram ótimos resultados na redução da glicose sanguínea, isso

nos mostra o quanto o LED pode potencializar os efeitos positivos dos exercícios físicos já amplamente descritos na literatura para o controle dessa patologia. Quanto aos meios de aplicação. Rossato et. all, 2016, comparou a aplicação de 9 e 33 diodos de luz LED na contração isométrica máxima do bíceps braquial encontrou ótimos resultados em relação ao grupo placebo porem não houve diferença entre ambas.

Conclusão: Nesta revisão bibliográfica, concluímos que o LED é uma mais uma excelente ferramenta no ramo da fototerapia, para potencializarmos o desempenho muscular e auxiliar em sua recuperação, isso nos dá margem para utilizarmos no esporte de alto rendimento e no tratamento de doenças que geram catabolismo muscular e danos metabólicos.

Referências

ARAUJO, K. S. **Efeitos da terapia com LED operando em baixa operando em baixa potência, análise sobre a reparação óssea em ratos.** Dissertação (mestrado) Universidade do Vale Do Paraíba, São Jose Dos Campos (SP) 2009.

ANTONIALLI, F. C. VANIAN, A. A. **Fototerapia no desempenho do músculo esquelético e recuperação após o exercício: efeito da combinação de laser super-pulsado e diodos emissores de luz. Programa de ciências em reabilitação (pós - graduação).** Universidade Nove De Julho(UNINOVE), São Paulo (SP).

DELLAGRANA, A. R. ROSSATO, M. SAKUGAWA, R. A. et. all. Dose-response effect of photobiomodulation therapy on neuromuscular economy during submaximal running. **Lasers in Medical Science.**, v.33, n. 2, p. 329-336, october 2017.

FRANCISCO, C.O. **Efeito agudo da fototerapia por meio de diodos emissores de luz (LED) na cinética do consumo de oxigênio pulmonar, desoxigenação muscular na resposta de glicemia e lactacidemia em homens com diabetes mellitos e saudáveis.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de São Carlos(SP) 2016.

MALDONADO, T. **Efeitos da terapia LED (Ligth emitting diode), de baixa potência sobre atletas jovens de futebol.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal De São Carlos. São Carlos (SP) 2013.

MIRANDA, E. F. LEAL-JUNIOR, E.C.P. MARCHETTI, P.H. Acute effects of light emitting diodes therapy (LEDT) in muscle function during isometric exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease: preliminary results of a randomized controlled trial. **Lasers in Medical Science.** , v. 29, n.1, p. 359-365, january 2014.

ROSSATO, M. DALLAGRANA, R. A. LANFREDINI, F. J. et. all. Effect of pre-exercise phototherapy applied with different cluster probe sizes on elbow flexor muscle fatigue. **Lasers in Medical Science.** V. 31, n. 6, p. 1237-1244, august 2016.

SILVA, J. M. N.; CARVALHO, J.; P. JUNIOR, M. J. M. Estudo morfometrico da terapia LED de baixa potência em tendinite de ratos. **Fisioterapia e pesquisa.** São Paulo (SP), v.18, n.4, p. 365-370, dezembro de 2011.

DIFERENÇA ENTRE OS METODOS DE IMOBILIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO EM LESÕES DE TORNOZELO

Thaís Pereira da Silva¹; Jose Bassan Franco²

¹Aluna de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB - thais_ps15@hotmail.com;

²Professor do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB - zebassan@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Imobilização e mobilização de tornozelo; Reabilitação funcional; Lesões de tornozelo; Reabilitação esportiva.

Introdução: A imobilização de segmentos corporais é uma conduta frequente na área médica, utilizada desde o início do século XX com o objetivo de recuperar fraturas ósseas e rupturas de tecidos que sofreram algum tipo de lesão (ANDO et al., 2011; ARAKAKI et al., 2011). Apesar de alguns benefícios como a proteção e prevenção de rupturas dos tecidos em fases iniciais, tem como consequência à redução na capacidade de produção de força muscular. Assumindo-se, portanto, que a adaptação funcional ocorre quando o músculo é submetido a uma demanda funcional específica, pode-se considerar que a redução na atividade, determinada pela diminuição na sobrecarga durante um período de imobilização, produzirá adaptações estruturais e funcionais ao nível do tecido muscular. Estas adaptações ocorrem devido à alta plasticidade do tecido muscular, podendo ocorrer ganho ou perda de tecido contrátil conforme a variação de carga imposta (NOVA, 2014).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi revisar a literatura sobre a diferença entre o método de imobilização e mobilização em lesões de tornozelo.

Relevância do Estudo: Devido à alta incidência de lesões de tornozelo relacionadas a entorses e/ou fraturas, surge à necessidade de revisar a literatura sobre a diferença entre o método de imobilização e mobilização em lesões de tornozelo.

Materiais e métodos: Foi realizada revisão bibliográfica em base de dados como Bireme, Scielo, PEDro, Google Acadêmico, em artigos publicados entre 2008 a 2018.

Resultados e discussões: Segundo Bonfim et al. (2008), as mobilizações articulares são utilizadas para solucionar os desarranjos no tornozelo e pé nas entorses recidivantes crônicas, verificando a relação entre o rearranjo estrutural do tornozelo e pé com a redução do centro de gravidade. Em uma amostra composta por 3 indivíduos que haviam sofrido entorse ligamentar em inversão grau I ou II, foram encontrados resultados que demonstraram uma diminuição de 45,13% da superfície do centro de gravidade do pé dominante, diminuição de 45,4% da superfície do centro de gravidade do corpo e uma diminuição de 15,52% da superfície do centro de gravidade do pé não dominante, concluindo-se que as mobilizações articulares são técnicas eficazes na correção do desarranjo da entorse. Em outro trabalho, foi realizada uma avaliação em 186 pacientes com instabilidade articular mecânica resultante do tratamento conservador de lesões ligamentares agudas graves do tornozelo. Os pacientes do grupo A foram tratados com imobilização suropodálica imediata, no grupo B os pacientes foram imobilizados no primeiro atendimento com órtese curta funcional, carga permitida conforme tolerado, analgesia, gelo, elevação e mobilização leve da articulação por três semanas em ambos os grupos. Na avaliação por meio do método de pontuação da Associação Americana dos Cirurgiões de Pé e tornozelo (AOFAS) mostrou melhores resultados nos pacientes submetidos ao tratamento funcional, sendo assim, concluiu-se que

o tratamento funcional, grupo B, teve melhores resultados na escala de pontuação AOFAS, comparativamente ao grupo tratado com órtese rígida, grupo A (PRADO et al., 2013).

Conclusão: O tratamento funcional (método de mobilização) apresentou melhores resultados nos pacientes com lesões de tornozelo.

Referências

ANDO, A.; SUDA, H.; HAGIWARA, Y. et al. Reversibility of immobilization-induced articular cartilage degeneration after remobilization in rat knee joints. **Tohoku Journal of Experimental Medicine**, v. 224, n. 2, p. 77-85, 2011.

ARAKAKI, K.; KITAMURA, N.; KUROKAWA, T. et al. Joint immobilization inhibits spontaneous hyaline cartilage regeneration induced by a novel double-network gel implantation. **Journal of Materials Science: Materials in Medicine**, v. 22, n. 2, p. 417-425, 2011.

BONFIM, R. V. F.; CHAGAS, I. R.; ZÂNGARO, R. A. et al. A influência da mobilização articular do pé e tornozelo no centro de gravidade de pacientes com entorse lateral recidivante. In: XII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E XIII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO - UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, XII e XIII, 2008, Paraíba. **Anais do XII e do XIII**, Paraíba, p. 1-4.

NOVA, M. C. **Efeitos de intervenções aceleradas de fisioterapia versus intervenções tradicionais após sutura do tendão do calcâneo: revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos**. Mestrado (Dissertação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. 56 f.

PRADO, M. P.; FERNANDES, T. D.; CAMANHO, G. L. et al. Instabilidade mecânica pós-lesão ligamentar aguda do tornozelo. Comparação prospectiva e randomizada de duas formas de tratamento conservador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 307-316, 2013.

TRATAMENTO NAS CRIANÇAS COM SÍNDROME DE MELAS

Carolina Aparecida Tavares Lima¹; Carolina Tarcinalli Souza²

¹Aluna de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru - FIB - Carol.tavlina@gmail.com;

²Professora do curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB - caroltar11@hotmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Síndrome de Melas, acidose láctica, encefalopatia.

Introdução: A Síndrome de melas é conhecida por um transtorno multisistêmico de herança materna, causada por uma mutação do DNA mitocondrial, sua incidência é 16,3% em 100 000 casos. A etiologia é a substituição de A por G no gene tRNAL e no nucleotídeo 32433-4, esta mutação que ocorre em até 80% dos pacientes (ESPINOZA-LÓPEZ et al., 2012). É um grupo composto de desordens, podendo comprometer diversos tecidos e sistemas, sendo eles sistemas músculos esquelético e o nervoso central. Os sinais e sintomas podem ser manifestados em qualquer idade e qualquer sistema do corpo (BIANCO e MONTAGNA, 2016). O diagnóstico é difícil, pois apresenta uma grande heterogeneidade genética bem como à ausência de um marcador padrão para a doença, porém uma boa avaliação clínica, estudos de imagem, histopatológico, bioquímico e molecular fornecem um bom diagnóstico para a doença, assim contribuem para uma intervenção mais eficaz (DUARTE, LIMA e SÁ, 2010). Uma das intervenções é a fisioterapia e que envolve atividades direcionadas para as alterações, pois melhoram a função muscular, a capacidade física e o metabolismo oxidativo e com isso a qualidade de vida (CARVALHO et al., 2009).

Objetivos: Dessa maneira o objetivo deste estudo foi investigar as variações do tratamento nas crianças com Síndrome de Melas.

Relevância do Estudo: Síndrome de Melas apresenta sinais e sintomas que podem ser manifestados em qualquer idade e qualquer sistema do corpo, sendo mais afetado em órgãos que dependem do seu metabolismo aeróbico alto, como: cérebro, músculos esqueléticos e o coração, sendo assim importante o tratamento com uma equipe interdisciplinar e principalmente a fisioterapia.

Materiais e métodos: Foi realizado levantamento literário nas bases de dados Bireme, Scielo, Lilacs, PEDro e Pubmed, no período 2004-2018. Foram incluídos no estudo artigos originais que tratam do tema abordado e que estavam disponíveis integralmente. O critério de exclusão foram artigos que apenas citavam a doença, mas não se aprofundavam no tema proposto, portanto, não colaboravam como referência neste trabalho.

Resultados e discussões: Os fenótipos clínicos são variáveis como: retardo de crescimento, convulsões generalizadas ou focais e episódios que parecem AVC isquêmico ou acidente isquêmico transitório, acidose láctica e podem progredir para encefalopatia progressiva que se assemelha aos sinais e sintomas da Encefalopatia Crônica Infantil Não Progressiva (COSTA et al., 2016). Melas necessita de uma equipe multidisciplinar, pois há uma heterogeneidade dos sinais e sintomas. O fato de estar vinculada a uma doença mitocondrial, as atividades que envolvem a capacidade física de resistência aumentam na quantidade e qualidade funcional de mitocôndrias do tecido muscular esquelético, pois as mitocôndrias são responsáveis pela oxidação de intermediários bioenergéticos do catabolismo de glicose e ácidos graxos, utilizando O₂ para tanto, essas modificações ocorrem simultaneamente com o aumento na capilaridade e funcionalidade de sistemas de transporte desses substratos

(PEREIRA, 2015). As diferentes abordagens para a reabilitação dessas crianças são empregadas de acordo com o quadro clínico. Entre eles utilizam-se principalmente o Conceito Bobath, baseia-se na inibição dos reflexos primitivos e dos padrões patológicos de movimento; Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva utiliza-se de estímulos proprioceptivos facilitadores de respostas motoras, partindo de respostas reflexas e chegando à motricidade voluntária. Outros métodos são utilizados como: cinesioterapia, mobilização passiva, alongamento, fortalecimento, coordenação, equilíbrio, dessensibilização, eletroterapia, hidroterapia, treino de marcha, musicoterapia, exercícios lúdicos e exercícios respiratórios, Thera Suit, Pedi e Terapia Neuromotora (DUARTE e RABELLO, 2015). As intervenções terapêuticas devem interferir em mudanças exclusivamente voltadas para os componentes intrínsecos ou estruturais do corpo e também orientações e conscientização dos cuidadores para que eles estimulem a participação ativa de suas crianças em atividades funcionais da rotina diária (DIAS et al., 2010).

Conclusão: Embora tenhamos observado a escassez de artigos publicados com a Síndrome de Melas e a reabilitação, verificou sinais e sintomas bem peculiares e semelhantes ao da Encefalopatia Crônica Infantil Não Progressiva o que contribuiu para mostrar a extensão de abordagens, métodos e intervenções que puderam ser direcionados aos profissionais.

Referências

- BIANCO, B.; MONTAGNA, E. Avanços e novas tecnologias para o estudo das doenças mitocondriais. **Einstein**, v. 14, n. 2, p. 291-293, 2016.
- CARVALHO, E. V.; SILVA, R. L.; STUCHI, T. et al. Miopatia mitocondrial: avaliação e orientações fisioterapêuticas - relato de caso. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 275-280, 2009.
- COSTA, C. M.; VILANOVA, S. M.; SANTANA, F. M. et al. Análise das doenças relacionadas ao dna mitocondrial: uma revisão da literatura. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 3, n. 1, p. 107-123, jan/jun 2016.
- DIAS, A. C. B.; FREITAS, J. C.; FORMIGA, C. K. M. R. et al. Desempenho Funcional de Crianças com Paralisia Cerebral Participantes de Tratamento Multidisciplinar. **Revista Fisioterapia & Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 225-229, jul/set 2010.
- DUARTE, D. A.; LIMA, T. F. O.; SÁ, A. L. B. **Genoma mitocondrial como fonte de doenças genéticas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - União das Instituições Para o Serviço Ensino e Pesquisa, Ouro Fino, 2010. 15 f.
- DUARTE, M. P.; RABELLO, L. M. Conceito neuroevolutivo Bobath e a facilitação neuromuscular proprioceptiva como forma de tratamento para crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 14-26, jan/jun 2015.
- ESPINOZA-LÓPEZ, D. A.; VARGAS-CAÑAS, E. S.; DÍAZ-ALBA, A. et al. Encefalopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios stroke like (MELAS). **Archivos de Neurociencias**, México, v. 17, n. 2, p. 138-141, abril/junio 2012.
- PEREIRA, B. Biogênese mitocondrial e exercício físico: hipótese do acoplamento elétrico transcripcional. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 687-703, out/dez 2015.

BENEFÍCIO DA MASSAGEM PERINEAL NA DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA

Ana Paula Marques¹; Joice Polido¹; Nadia Cristina Silvério de Souza¹; Fernanda Piculo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – anapaula.mqs.85@gmail.com

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-Chave: disfunção sexual; massagem perineal; terapia manual; fisioterapia.

Introdução: A função sexual adequada é um fator importante de satisfação e qualidade de vida, entretanto, a disfunção sexual feminina apresenta taxas elevadas na população, entre 20 a 91%, alcançando um status de importante problema na saúde da mulher (BEZERRA, FEITOZA e VASCONCELOS, 2018). As disfunções sexuais consistem em múltiplas desordens, como: distúrbio da excitação feminina, distúrbio do desejo sexual hipotativo, transtorno sexual do orgasmo feminino, dispareunia e vaginismo. Estas desordens são classificadas dentro de categorias diagnósticas que incluem o desejo ou libido, a excitação, a dor ou desconforto e a inibição do orgasmo. Elas são caracterizadas como distúrbios multicausais e multidimensionais, combinando determinantes biológicos, psicológicos e interpessoais. Podem trazer consequências para a saúde física e mental, levando à diminuição da qualidade de vida (TOMEN et al., 2015). Os tratamentos terapêuticos atualmente vêm aumentando o interesse das mulheres, uma vez que tem disseminado os benefícios e quebrado estigmas, fazendo com que elas deem crédito a novas alternativas. Assim, a fisioterapia passa a ser um caminho para o tratamento das disfunções sexuais. A abordagem fisioterapêutica nesse caso pode inserir técnicas simples e de baixo custo como a cinesioterapia, eletroestimulação, biofeedback, terapias manuais, entre outros (DELGADO, FERREIRA e SOUSA, 2015). As terapias manuais englobam massagem perineal longitudinal, transversa e compressiva, exercícios terapêuticos, tração manual e manipulação de tecidos. É uma técnica simples, fácil de aprender e as mulheres ou seus parceiros podem realizá-la sem riscos. Assim, o bem-estar das mulheres poderia ser duradouro, com a melhora de sua satisfação sexual e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (SILVA et al., 2017).

Objetivo: Investigar os benefícios da massagem perineal como recurso de tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas.

Relevância do estudo: A relevância desse estudo está na obtenção de conhecimento específico sobre a massagem perineal como recurso de tratamento fisioterapêutico nos transtornos sexuais femininos. Por ser considerada técnica de fácil execução e baixo custo, pode apresentar grande adesão e demonstrar resultados promissores no tratamento das disfunções sexuais.

Materiais e métodos: Foram coletadas informações sobre massagem perineal relacionadas a disfunções sexuais femininas em artigos científicos nas bases de dados Scielo, Bireme e Pubmed. Foram incluídos artigos nos idiomas português e inglês, no período entre 2015 a 2018.

Resultados e discussões: A massagem perineal é constituída por movimentos que deslizam nos sentidos das fibras na área do períneo, vulva, intróito e vagina, que podem ser feitos pelo fisioterapeuta ou pela própria paciente para um melhor resultado. A massagem promove um aumento da circulação sanguínea e do fluxo linfático, permite o alongamento e manutenção da flexibilidade muscular, dessensibilização nervosa através dos pontos gatilhos, alívio da dor, diminuição dos espasmos e contração muscular, com o objetivo de relaxar a musculatura, diminuir a dor, facilitar a penetração, aumentar a amplitude do movimento e a elasticidade dos

tecidos (TOMEN et al., 2015). Segundo Baracho (2018), nos casos de vaginismo e dispareunia, a experiência da fisioterapia indica exercícios de dessensibilização por meio de manobras miofasciais (digitopressão e ou deslizamento) nas regiões de pontos-gatilho, procurando relaxar os músculos do assoalho pélvico para facilitar a penetração. Pesquisa realizada por Silva et al. (2017) avaliou a eficácia em longo prazo da massagem perineal no tratamento de 18 mulheres com dispareunia provocada pela tensão dos músculos do assoalho pélvico. Os resultados mostraram que todas as mulheres tiveram melhora significativa da dispareunia de acordo com a Escala visual analógica da dor (EVA) e o Índice de Dor de McGill ($p < 0,001$), além de apresentarem alívio da dor em longo prazo.

Conclusão: Os resultados permitem concluir que a massagem perineal tem um efeito significativo na qualidade de vida e satisfação sexual das mulheres, tornando-se um método eficaz em longo prazo para as disfunções sexuais, sendo uma técnica simples e de fácil aprendizado, sem grandes riscos.

Referências

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BEZERRA, K. C.; FEITOZA, S. R.; VASCONCELOS, C. T. M. et al. Função sexual de universitárias: estudo comparativo entre Brasil e Itália. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 3, p. 1511-1517, 2018.

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; SOUSA, M. A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**, v. 4, n. 1, p. 47-56, 2015.

SILVA, A. P. M.; MONTENEGRO, M. L.; GURIAN, M. B. F. et al. Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 39, n. 1, p. 26-30, 2017.

TOMEN, A.; FRACARO, G.; NUNES, E. F. C. et al. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras do vaginismo. **Rev. Ciênc. Méd.** v. 24, n. 3, p.121-130, 2015.

DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: FISIOTERAPIA E QUALIDADE DE VIDA

Ana Beatriz Napolitano Mamede¹; Amanda Augusto da Silva¹; Juliana Moraes Palmeira¹; Larissa Quirino Reiser Gamba¹; Fernanda Piculo².

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – mamedeanabia1@gmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Disfunção sexual, fisioterapia, tratamento, recursos fisioterapêuticos.

Introdução: A sexualidade atinge o modo de nos relacionarmos com os outros e é influenciada por aspectos culturais e religiosos de cada um. Disfunção Sexual é definida como a incapacidade frequente de a pessoa manter uma relação sexual como gostaria; é um transtorno no desejo sexual e nas modificações psicofisiológicas que determinam o ciclo de resposta sexual, podendo provocar mal-estar e dificuldades interpessoais. Engloba as perturbações do desejo sexual, da excitação, do orgasmo e de dor sexual (CEREJO, 2006).

Objetivos: Ressaltar a importância da fisioterapia em mulheres com disfunções sexuais e a repercussão na qualidade de vida.

Relevância do Estudo: Trazer conhecimento sobre a importância da fisioterapia em mulheres que apresentam disfunção sexual para incentivar a busca pelo tratamento, com benefícios na qualidade de vida.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados da internet utilizando os sites de busca Scielo, PubMed e Google Acadêmico. As palavras chaves utilizadas foram: disfunção sexual, fisioterapia, tratamento, recursos fisioterapêuticos.

Resultados e discussões: A disfunção sexual feminina é um problema causado por vários fatores, podendo ser, biológicos, psicológicos e interpessoais. As suas causas são variadas, desde o estado fisiológico da mulher, às comorbidades (associadas ao abuso de substâncias e ao uso de fármacos) (CEREJO, 2006). Para confirmar o diagnóstico da disfunção, é necessário investigar e avaliar o tempo de evolução do quadro, as condições do parceiro, características do estímulo sexual, a idade e experiência sexual da mulher. É possível confirmar os efeitos da fisioterapia na vida das pacientes, proporcionando uma melhora significativa na disfunção sexual, resultando em uma melhora na qualidade de vida (FLEURY e ABDO, 2006). A cinesioterapia tem como objetivo fortalecer a musculatura pélvica e melhorar a sustentação dos órgãos pélvicos. A eletroestimulação é uma técnica que compreende a conscientização do assoalho pélvico e reforço muscular, mas a corrente elétrica deve ser ajustada a um nível em que possa ser sentida, mas não desagradável para a paciente, gerando dor e desconforto (DELGADO, FERREIRA e SOUZA, 2015). Os cones vaginais podem ser utilizados nesse tratamento, onde a paciente deve sustentá-lo pelo maior tempo que conseguir (progredindo para pesos maiores) tanto sentada, quanto realizando algum exercício, como caminhar, subir e descer degraus, mudar de posição (MATHEUS et al., 2006). A cinesioterapia promove uma melhor vascularização pélvica, gerando melhora da excitação e da lubrificação, além de aumentar a conscientização e propriocepção da musculatura perineal. Também auxilia em melhor aceitação para a relação sexual aumentando a satisfação e a frequência dos orgasmos. Pode ser utilizada como tratamento juntamente com o *biofeedback*, que irão tratar dispareunia em mulheres pós-parto vaginal,

promovendo melhora estética da cicatriz perineal, redução da hipertonia do assoalho pélvico (WOLPE et al., 2015). A terapia manual envolve massagem longitudinal, transversa e compressiva, exercícios terapêuticos, tração manual e manipulação de tecidos. Viabiliza a normatização do tônus muscular, alongamento muscular, manutenção da amplitude do movimento e diminui os espasmos e contração, alívio da dor; alongamento passivo de tecidos musculares com finalidade na recuperação da amplitude de movimento, respectivamente (BARACHO, 2018).

Conclusão: O tratamento fisioterapêutico em pacientes com disfunções sexuais femininas mostra uma melhora nos sinais e sintomas e também na qualidade de vida das mesmas.

Referências

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2018.

CEREJO, A. C. Disfunção sexual feminina: Prevalência e factores relacionados. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 22, n. 6, p. 701-20, 2006.

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; SOUZA, M. A. **Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas**. v. 4, n. 1, p. 47-56, 2015.

FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Aspectos diagnósticos e terapêuticos das disfunções sexuais femininas. **Revista Psiquiátrica Clínica**. v. 33, n. 3, p. 162-167, 2006.

MATHEUS, L. M.; MAZZARI, C. F.; MESQUITA, R. A. et al. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. **Revista brasileira de Fisioterapia**. v. 10, n. 4, p. 387-392, 2006.

WOLPE, R. E.; TORIY, A. M.; SILVA, F. P. et al. Avaliação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **Revista Acta Fisiátrica**. v. 22, n. 2, p. 87-92, 2015.

ASSOCIAÇÃO DA REEDUCAÇÃO POSTURAL NO TRATAMENTO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO

Mirella Alana de Souza¹; Franciele de Oliveira Lopes²; Fernanda Piculo³

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

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

³Professora do curso de Fisioterapia Faculdades Integradas de Bauru – FIB – fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Assoalho pélvico, incontinência urinária, reeducação postural, tratamentos, fisioterapia.

Introdução: Segundo a Sociedade Internacional de Continência, a Incontinência Urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina. Embora possa ocorrer em todas as faixas etárias, a incidência da IU aumenta com o decorrer da idade (HENKES et al., 2015). Pode ser classificada em três tipos principais: Incontinência Urinária de Esforço (IUE), definida como a perda involuntária de urina aos esforços ou exercício, tosse ou espirro; Urge-incontinência ou Incontinência Urinária de Urgência (IUU), caracterizada pela perda de urina acompanhada por forte sensação de urgência para urinar e a Incontinência Urinária Mista (IUM), quando há queixa de perda urinária associada à urgência e também a esforços (TEIXEIRA, NOGUEIRA e MASCARENHAS, 2014). A alteração postural decorrente do envelhecimento é influenciada pela força gravitacional que contribui para a postura do tronco em flexão, rebaixamento da cúpula diafragmática e aumento da pressão intra-abdominal. A Reeducação Postural Global (RPG) atua no alongamento de músculos encurtados e no fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico enfraquecidos, podendo promover melhoras na função muscular, decorrentes de uma postural mais adequada, levando a reduções dos níveis de IUE (FOZZATTI et al., 2008).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi verificar a efetividade das técnicas de reeducação postural global (RPG), associados à respiração e contração da musculatura do assoalho pélvico no tratamento de mulheres com incontinência urinária de esforço.

Relevância do Estudo: A IU é mais comum nas mulheres que nos homens e afeta mulheres de todas as idades. Tem despertado interesse nas diversas áreas da saúde por se tratar de um problema importante, com alta incidência na população, com prejuízos sociais e psicológicos, trazendo desconforto e limitando significativamente o convívio familiar e social, levando à perda da autoestima.

Materiais e métodos: Com o intuito de avaliar os efeitos da reeducação postural global (RPG) para o tratamento de incontinência urinária de esforço, realizou-se uma revisão da literatura. Foram consultadas as bases de dados de artigos científicos como Scielo, Pubmed e Bireme, priorizando os artigos recentes e com maior nível de evidência, visto que expõem aplicabilidades mais coerentes com a prática atual.

Resultados e discussões: A técnica da Reeducação Postural Global tem sua importância partindo do conhecimento de que, os músculos do assoalho pélvico (MAP) tem importante participação na manutenção da estabilidade lombar, sendo a instabilidade da mesma grande geradora de pressão e fadiga desses músculos, com isso causando stress contínuo e consequentemente, fraqueza muscular. A fisioterapia é indicada pela Sociedade Internacional

de Continência como opção de primeira linha para o tratamento de IU por seu baixo custo e comprovada sua eficácia. Alterações posturais podem impactar nos sintomas da IUE devido às alterações no gradiente de pressão intra-abdominal, o qual determina o grau de ocorrência de perda urinária (RIBEIRO et al., 2016). O fortalecimento ou reeducação da musculatura do assoalho pélvico quando bem realizado é um tratamento conservador eficiente na redução da perda urinária, porém deve-se enfatizar para a paciente que a manutenção da continência depende de um trabalho continuado com realização de exercícios domiciliares diários (CABRAL et al., 2015).

Conclusões: Exercícios de contração da musculatura do assoalho pélvico associadas com respiração e a RPG, podem ser um meio eficaz para o tratamento dos sintomas da IUE. Além disso, o método da Reeducação Postural Global promove melhoras na função muscular do assoalho pélvico, proporcionando uma melhora na postura da pelve e redução dos sintomas de IUE, auxiliando na melhora da qualidade de vida.

Referências

CABRAL, R. M. C.; FREITAS FILHO, G. A.; SESCONETTO, R. A. et al. Efeitos da reeducação postural global em desvios posturais e seus benefícios nos sintomas de incontinência urinária de esforço. **R. Bras. Ci. e Mov**, v. 23, n. 2, p. 5-13, 2015.

FOZZATTI, M. C. M.; PALMA, P.; HERRMANN, V. et al. Impacto da reeducação postural global no tratamento de incontinência urinária de esforço. **Rev Assoc Med Bras**, Campinas, v. 54, n. 1, p. 17-22, 2008.

HENKES, F. D.; FIORI, A.; CARVALHO, J. A. M. et al. Incontinência urinária: o impacto na vida de mulheres acometidas e o significado do tratamento fisioterapêutico. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 2, p. 45-56, jul./dez. 2015.

TEIXEIRA, C.; NOGUEIRA, P.; MASCARENHAS, T. Tratamento da incontinência urinária de esforço. **Acta Obstet. Ginecol.**, v. 8, n. 1, p. 53-64, 2014.

RIBEIRO, S. C. P.; BRITO, W. N. T.; NAST, R. R. et al. Recursos Fisioterapêuticos Utilizados no Tratamento de Incontinência Urinária de Esforço. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 1, p. 63-71, jan./jul. 2016.

REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Vanessa Golim¹; Daniele Basilio Bresaola¹; Fernanda Piculo²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Fisioterapia; câncer de mama; mastectomia; reabilitação.

Introdução: O câncer de mama vem ocupando lugar de destaque, por apresentar incidência crescente e elevado índice de mortalidade, além de ser o mais comum entre as mulheres. O Brasil está entre os países com a mais elevada taxa de incidência, tanto que o câncer de mama é dito como a principal causa de morte por neoplasia maligna na população feminina. O carcinoma da mama é composto por um conjunto de doenças com diversas manifestações clínicas, derivado de variações genéticas e morfológicas como estilo de vida, hábitos reprodutíveis e o meio ambiente (MARTINS et al., 2013). O tratamento do câncer de mama é realizado por meio de procedimento cirúrgico e de técnicas coadjuvantes, no qual se inclui radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. São procedimentos agressivos que acarretam em consequências físicas e emocionais desfavoráveis à vida da mulher, como: lesões musculares, lesões de nervos do plexo braquial, hemorragias, complicações cicatriciais, alterações na sensibilidade, fibrose axilo-peitoral, alterações posturais, algias, diminuição ou perda total da amplitude articular e de movimento, diminuição da força muscular, comprometimento da capacidade respiratória, perda ou redução da capacidade funcional e linfedema do braço homolateral (LAHOZ et al., 2010). Atualmente, a fisioterapia está incluída no planejamento da assistência para a reabilitação física no período pré e pós-operatório do câncer de mama, prevenindo algumas complicações, promovendo adequada recuperação funcional e, conseqüentemente, propiciando melhorias na qualidade de vida (JAMMAL, MACHADO e RODRIGUES, 2008).

Objetivo: Verificar a atuação da fisioterapia na reabilitação funcional das pacientes pós-mastectomia.

Relevância do Estudo: Este tema foi escolhido para estudo, pois, apesar da fisioterapia oncológica ainda ser pouco conhecida, está crescendo a cada dia e ganhando espaço e relevância nas abordagens pré e pós-operatórias das mastectomias. No caso do câncer de mama, o tratamento poderá auxiliar na recuperação e na prevenção das sequelas e proporcionar qualidade de vida às pacientes antes, durante e após o tratamento.

Materiais e Métodos: A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrônicas: Medline, Lilacs, Scielo, PubMed e revistas eletrônicas, nos idiomas português e inglês. Foram incluídos estudos a partir do ano 2008.

Resultados e Discussões: A cirurgia de câncer de mama tem por objetivo promover o controle local, com a remoção mecânica de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar grupo de maior risco de metástase à distância. O esvaziamento axilar, por sua vez, é realizado para o estadiamento cirúrgico da axila, controle da doença na axila, avaliação de prognóstico, no que se refere à recidiva local e à distância e orientar a terapêutica complementar (JAMMAL, MACHADO e RODRIGUES 2008). Entre as técnicas cirúrgicas conservadoras estão a tumorectomia, que é a remoção do tumor sem margens de tecido circunjacente e a quadrantectomia, que é a remoção de um quadrante

ou segmento da glândula mamária onde está localizado o tumor, com margens cirúrgicas de tecido normal circunjacente de 2 a 2,5 centímetros. Dentre as mastectomias, podemos destacar a radical modificada, que consiste na extirpação da mama e esvaziamento axilar radical, preservando o músculo peitoral maior, preservando ou não o peitoral menor (GOUVEIA et al., 2008; JAMMAL, MACHADO e RODRIGUES, 2008). As mastectomias geralmente levam a alterações funcionais, sociais e psicológicas na paciente, tendo influência direta sobre a autoestima, o que torna a reabilitação funcional fundamental. O fisioterapeuta desempenha um papel primordial nessa etapa da vida da paciente, por propiciar desde a recuperação funcional e manter a amplitude de movimento do membro superior envolvido e da cintura escapular, até a profilaxia de complicações como retração, que são responsáveis pela dificuldade das pacientes em realizar as atividades de vida diária. Tem ainda como objetivos, controlar a dor no pós-operatório, prevenir ou tratar linfedema e alterações posturais, promover o relaxamento muscular, melhorar o aspecto e maleabilidade da cicatriz, prevenindo ou tratando as aderências (GOUVEIA et al., 2008). Quanto mais precoce forem orientados os exercícios, mais rapidamente a mulher responderá ao tratamento. Até 15 dias pós-mastectomia, os exercícios de mobilização precoce do membro superior deverão ter a sua amplitude limitada. Devem ser incluídos exercícios posturais simples e dinâmicos, cinesioterapia, com exercícios de alongamento da região cervical, movimentos e fortalecimento da cintura escapular, flexão e extensão dos ombros, adução e abdução dos ombros, fortalecimento de ombro com resistências leve/moderada, drenagem linfática manual, cuidados com a pele, compressão, exercícios miolinfocinéticos, massagem cicatricial e orientações para as atividades de vida diária (JAMMAL, MACHADO e RODRIGUES, 2008; PETITO e GUTIERREZ, 2008). Mulheres submetidas a tratamento fisioterapêutico diminuem seu tempo de recuperação e retornam mais rapidamente às suas atividades de vida diária, ocupacionais e desportivas, readquirindo amplitude em seus movimentos, força, boa postura, coordenação, autoestima e, principalmente, minimizando as possíveis complicações pós-operatórias e aumentando a qualidade de vida (GOUVEIA et al., 2008; JAMMAL, MACHADO e RODRIGUES, 2008).

Conclusão: As mastectomias podem gerar sérias repercussões na vida das mulheres e a fisioterapia apresenta papel essencial tanto no período pré como no pós-operatório, melhorando a qualidade de vida das pacientes, além dos benefícios funcionais e estéticos. Os profissionais da saúde em oncologia devem enfatizar cada vez mais a importância da reabilitação e os seus benefícios, para que todas as mulheres tenham acesso a ele.

Referências

- GOUVEIA, P. F. G.; GONZALES, E. O.; GRER, P. A. et al. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 172-176, São Paulo, 2008.
- JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 506-510, São Paulo, 2008.
- LAHOZ, M. A.; NYSSSEN, S. M.; CORREIA, G. N. et al. Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Mulheres Pós-Mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 4, p. 426-430, 2010.
- MARTINS, C. A.; GUIMARÃES, R. M.; SILVA, R. L. P. D. et al. Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 341-349, 2013.
- PETITO, E. L.; GUTIERREZ, M. G. R. Elaboração e validação de um programa de exercícios para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 3, p. 275-287, São Paulo, 2008.

FISIOTERAPIA NO TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES COLOPROCTOLÓGICAS

Iasmim Feliciano Castilho¹; Edilaine Henrique Vilela²; Fernanda Piculo³

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – iasmimcastilho2@gmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB - edilainevilela91@gmail.com;

³Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
fer_piculo@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: coloproctologia; constipação intestinal; incontinência fecal; tratamento.

Introdução: O ato de defecar é um sistema organizado de armazenamento e expulsão de fezes que depende de um funcionamento apropriado do peristaltismo intestinal, das atividades sensitivas e motoras dos esfíncteres interno e externo do ânus e de um adequado funcionamento dos músculos do assoalho pélvico. A continência e a evacuação dependem da integridade dessas estruturas, do sistema neural intrínseco, sistema endócrino, componentes somáticos e autônomos, atividade reflexa e capacidade física e mental (BARACHO, 2018). A constipação intestinal acomete de 20% a 30% da população com maior incidência em mulheres, segundo os Critérios de Roma III, o distúrbio é caracterizado por evacuações com frequência menor que três vezes na semana, presença de esforço para evacuar, sensação de esvaziamento incompleto e fezes endurecidas. O maior acometimento se deve à presença de dificuldade nas mulheres de adaptação a determinados ambientes, influências hormonais e alterações no assoalho pélvico devido a partos vaginais, além de trânsito intestinal mais lento, menor complacência e sensibilidade aumentada, resultando em evacuações incompletas e de menor volume (MISZPUTEN, 2008). Conceitua-se incontinência fecal qualquer perda involuntária de fezes pelo ânus, podendo ser consciente ou inconsciente e isso afeta significativamente a vida do indivíduo. Geralmente o distúrbio ocorre após uma lesão traumática esfínteriana, lesão após parto normal, pessoas com diabetes, esclerose múltipla, entre outras. Para uma melhora de sintomas e qualidade de vida podem ser feitas dietas com aumento de fibras, restrição de alimentos que causam desarranjo intestinal, tratamento com uso de técnicas de biofeedback, exercícios e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico (LEITE e POÇAS, 2010).

Objetivos: A presente revisão de literatura tem por objetivo informar aos seus leitores alguns dos distúrbios anorretais e verificar a eficiência do tratamento fisioterapêutico na incontinência fecal.

Relevância do Estudo: Demonstrar que a fisioterapia tem grande importância no tratamento das disfunções coloproctológicas, além de eficácia na melhora dos sintomas, o que favorece a qualidade de vida.

Materiais e métodos: Foi realizada revisão de literatura em bases de dados científicos como PubMed, Scielo, Biblioteca da FIB e Google Acadêmico. As palavras-chave utilizadas foram coloproctologia, constipação intestinal, incontinência fecal e fisioterapia. Foram considerados artigos publicados a partir de 2008.

Resultados e discussões: Devido à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico, os exercícios de Kegel têm sido indicados para pacientes com incontinência fecal e constipação intestinal. Segundo Dr. Kegel, as repetições das contrações dos músculos do assoalho pélvico podem tanto aumentar quanto restaurar a sua função por meio da melhora da coordenação e

força muscular. A sessão de fisioterapia deve ser feita de 1 a 3 vezes por semana e os pacientes devem ser orientados a realizar os exercícios em casa. As repetições e o número de séries devem ser ajustados individualmente para assim evitar a fadiga muscular (GUIMARÃES e ARAÚJO, 2015). A estimulação elétrica do nervo tibial consiste na estimulação do nervo tibial posterior de forma reflexa e pode ser realizada através de acupuntura, eletroacupuntura e também pela estimulação elétrica transcutânea, que pode ser aplicada pela corrente TENS, com auxílio de eletrodos na região do nervo tibial próximo à região maleolar. A eletroestimulação em pacientes com incontinência fecal é indicada nas seguintes situações: para aumentar a funcionalidade esfinteriana e para aperfeiçoar a contratilidade do neo-esfíncter. Os parâmetros de eletroestimulação mudam entre os estudos e são constantemente relacionados a outros tratamentos terapêuticos. A prática de eletroterapia é benéfica nos casos em que o paciente não consegue contrair os músculos do assoalho pélvico ou não tem conhecimento de como é essa contração. Assim sendo, a eletroestimulação proporciona uma informação neuromuscular importante para a recuperação de uma atividade consciente dos músculos do assoalho pélvico (SOUZA, SUTER e TONON, 2011).

Conclusão: Com base nos estudos encontrados, conclui-se que a fisioterapia é de grande importância no tratamento da incontinência fecal e constipação intestinal e proporciona um maior controle esfinteriano do ânus, promovendo fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico e melhor qualidade de vida aos indivíduos.

Referências

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 524 p.

GUIMARÃES, F.; ARAÚJO, G. A. Comparação entre a aplicação dos exercícios de Kegel e ginástica hipopressiva para ganho de força muscular do assoalho pélvico. **Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde**, Brasília, 2015. 26 p.

LEITE, J.; POÇAS, F. Tratamento da incontinência fecal. **Rev Port Coloproct**, Coimbra, v. 7, n. 2, p. 68-72, 2010.

MISZPUTEN, S. J. Obstipação intestinal na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 65, n. 6, p. 169-173, 2008.

SOUZA, G. P.; SUTER, T. M. C.; TONON, E. Tratamento fisioterapêutico em incontinência fecal com estimulação elétrica do nervo tibial posterior e cinesioterapia: relato de caso. **Revista Hórus**, v. 5, n. 3, p. 1-5, 2011.

A EFICÁCIA DA FISIOTERAPIA NO PUERPÉRIO IMEDIATO E NO TRATAMENTO DE DIÁSTASE

Janaina Verginia Máxima dos Santos¹; Fernanda Piculo²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Fisioterapia; Obstetrícia; Puerpério; Diástase.

Introdução: O puerpério ou pós-parto é um período variável temporalmente, no qual as modificações locais e sistêmicas provocadas no organismo da gestante retornam ao estado pré-gravídico. É classificado em imediato (1^o ao 10^o dia), tardio (11^o ao 45^o dia) e remoto (retorno às condições pré-gravídicas) (LEITE e ARAÚJO, 2012). Durante a gestação, alterações hormonais provocadas pela relaxina, progesterona e estrógeno, associadas ao crescimento uterino, podem provocar o estiramento da musculatura abdominal, atingindo principalmente os músculos reto abdominais, o que facilita o aparecimento da diástase dos músculos reto abdominais - DMRA (RETT et al., 2009). Esta condição não provoca dor ou desconforto e pode ser observada inicialmente no segundo trimestre de gestação, tendo maior incidência nos três últimos meses, em virtude do volume abdominal maior, assim como no pós-parto. É considerada fisiológica, quando o afastamento dos músculos reto abdominais apresenta mais ou menos 3 cm e é considerada patológica acima desse valor. Na diástase fisiológica, há retorno espontâneo às condições pré-gravídicas, sem complicações (LEITE e ARAÚJO, 2012). A etiologia da diástase na gravidez ainda não foi muito bem investigada, mas existem alguns fatores que possivelmente podem desencadeá-la como a obesidade, multiparidade, macrossomia fetal, flacidez da musculatura abdominal pré-gravídica e o poliídramnio (MICHELOWSKI, SIMÃO e MELO, 2014). A atuação do fisioterapeuta tanto na prevenção como no tratamento da DMRA, possibilita a melhora da qualidade de vida da paciente e traz benefícios como a diminuição e a prevenção das lombalgias, melhora no condicionamento físico e melhora na recuperação física no pós-parto (FEITOSA, SOUZA e LOURENZI, 2017).

Objetivos: Demonstrar a importância da fisioterapia no puerpério imediato, bem como no tratamento da diástase dos músculos reto abdominais.

Relevância do Estudo: A diástase abdominal é um problema comum que ocorre após a gestação, com causas específicas e consequências na estética e na saúde. Desta forma, a presente revisão de literatura torna-se relevante por demonstrar a eficácia do tratamento fisioterapêutico da diástase dos músculos reto abdominais bem como proporcionar aos fisioterapeutas que atuam na área subsídios na literatura pertinente para fundamentar a atuação prática.

Materiais e métodos: Revisão de literatura por meio de buscas nos bancos de dados como Medline, Lilacs, Pubmed e Scielo com as palavras chave: fisioterapia, obstetrícia, puerpério e diástase, sendo selecionados artigos referentes ao tema até os últimos 10 anos.

Resultados e discussões: Michelowski, Simão e Melo (2014) realizaram estudo experimental, aleatório, com 20 puérperas na idade entre 18 a 40 anos, no período do puerpério imediato, que apresentaram DMRA com diâmetro superior a 3 centímetros de

largura e que tiveram no máximo três partos normais. As participantes foram distribuídas em dois grupos, o Grupo Controle (n=10) e o Grupo Intervenção (GI) (n=10), com avaliação e reavaliação feitas por um questionário de Saúde da Mulher, 6 e 18 horas após o parto. Só o GI recebeu o atendimento, sendo composto por duas sessões. O atendimento fisioterapêutico incluiu a cinesioterapia por contrações abdominais, controle respiratório e também o fortalecimento do assoalho pélvico. Utilizou-se um paquímetro como instrumento de medida de precisão na mensuração da diástase abdominal. Os dados demonstraram que houve uma redução significativa da DMRA pela intervenção fisioterapêutica no puerpério imediato no grupo intervenção. Ensaio clínico realizado por Dias et al. em 2012, foi composto por 16 puérperas, distribuídas em dois grupos: grupo de tratamento (GT) submetido à intervenção fisioterapêutica e grupo controle (GC), sem intervenção fisioterapêutica. Cada grupo foi composto de 8 puérperas, com idade entre 18 e 40 anos, parto transvaginal, com 6 horas de pós-parto e apresentando medida de DMRA maior que 3 cm. Foi utilizado o paquímetro para verificar a presença e mensurar a DMRA. Após a avaliação, o GT foi submetido individualmente ao atendimento fisioterapêutico, com exercícios respiratórios e exercícios direcionados para a musculatura abdominal às 6 e 18 horas após o parto. As mulheres do GC não foram submetidas ao programa de exercícios, somente à avaliação às 6 horas e 18 horas pós-parto, quando foi realizada a medição da DMRA nesses dois momentos. Os exercícios utilizados nesta pesquisa mostraram-se bastante eficientes, já que eram de fácil entendimento e simples de serem realizados pelas puérperas, assim como também não demandavam nenhum grande gasto energético por ser de baixa intensidade. Os resultados obtidos mostraram que houve uma maior redução da DMRA no grupo que foi submetido à intervenção fisioterapêutica em relação ao grupo que não recebeu esse tipo de atenção profissional (DIAS et al., 2012).

Conclusão: Conclui-se, então, que a intervenção fisioterapêutica no período pós-parto imediato é eficaz na recuperação muscular abdominal e contribui positivamente para a redução da DMRA.

Referências

DIAS, T. M. C.; BARBALHO, T. C. S.; MOURA, A. C. A. et al. Recuperação da diástase de reto abdominal no período puerperal imediato com e sem intervenção fisioterapêutica. **Fisioterapia Brasil**, v. 13, n. 6, p. 39- 44, 2012.

FEITOSA, G. Z.; SOUZA, V. R. L.; LOURENZI, V. G. C. M. Intervenção fisioterapêutica no tratamento da diástase abdominal pós-parto: uma revisão de literatura. **Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**, Alagoas, v. 4, n. 2, p. 239-250, 2017.

LEITE, A. C. N. M. T.; ARAÚJO, K. K. B. C. Diástase dos retos abdominais em puérperas e sua relação com variáveis obstétricas. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 2, p. 389-97, 2012.

MICHELOWSKI, A. C. S.; SIMÃO, L. R.; MELO, E. C. A. A eficácia da cinesioterapia na redução da diástase do músculo reto abdominal em puérperas de um hospital público em Feira de Santana – BA. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, Cachoeira-BA, v. 2, n. 2, p. 05-16, 2014.

RETT, M. T.; BRAGA, M. D.; BERNARDES N. O. et al. Prevalência de diástase dos músculos retoabdominais no puerpério imediato: comparação entre primíparas e múltiparas. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 275-280, 2009.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Cristiane Serafim Francisco¹; Eberli Suriano¹; Carolina Aparecida Tavares Lima¹; Fernanda Piculo²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – cris_serafim12@hotmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: constipação intestinal, evacuação, fisioterapia, tratamento.

Introdução: Constipação intestinal é um termo conhecido popularmente, porém de difícil definição na linguagem científica. Seu conceito é amplo, pois envolve queixas desde menor frequência de evacuações, maior consistência do bolo fecal, redução do seu calibre e volume, até dificuldade na sua eliminação à custa de grande esforço (ROCHA e FONSECA, 2014). Uma forma padronizada internacionalmente de diagnosticar constipação baseia-se nos critérios de Roma III para constipação funcional, compostos por seis sintomas: menos de três evacuações por semana, esforço ao evacuar, presença de fezes endurecidas ou fragmentadas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução ou interrupção da evacuação e manobras manuais para facilitar as evacuações. São considerados constipados aqueles indivíduos que apresentam dois ou mais desses sintomas, no mínimo em um quarto das evacuações, referidos por pelo menos três meses (não necessariamente consecutivos), no último ano (FIRMINO e CARVALHO, 2015). A constipação intestinal constitui-se um sintoma muito comum e é considerada problema populacional não só pela frequência com que se apresenta, mas também pela falta de conhecimento populacional, o que dificulta a procura para o tratamento. Sua alta incidência está comumente associada à dieta imprópria, sedentarismo, medicamentos, alterações endócrinas e metabólicas, além de doenças colônicas, neurológicas, distúrbios psiquiátricos e causas idiopáticas (BRAZ et al., 2013).

Objetivos: O objetivo deste estudo foi investigar os dados da literatura no que tange à manifestações e manejo clínico da constipação intestinal, além de apontar o tratamento fisioterapêutico disponível para esta condição.

Relevância do Estudo: Embora não represente risco à vida da população, a obstipação influencia na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, provocando grande desconforto e repercutindo negativamente no desempenho funcional. Por isso é de vital importância estudos que tragam orientações quanto a essa condição e sobre intervenções que possam ser realizadas, pois através das mesmas é possível melhorar de forma significativa a constipação intestinal dos pacientes, com benefícios na qualidade de vida.

Materiais e métodos: A pesquisa foi realizada com base de dados na internet utilizando os sites de busca PUBMED, SCIELO, BIREME e artigos relacionados ao tema. Foram estudados artigos originais de pesquisa, incluindo artigos científicos, revisão de literatura, dissertações e relatos de casos publicados. A pesquisa abrangeu literatura publicada no período de 2013 a 2015.

Resultados e discussões: A constipação intestinal ocorre mais frequentemente na faixa etária dos 40 anos, onde sua prevalência é três vezes maior em mulheres do que em homens, atingindo também as crianças, adolescentes e idosos. A Fisioterapia tem grande importância no tratamento das patologias que afligem o assoalho pélvico, como a constipação intestinal,

tendo como finalidade aprimorar a função desses músculos, estimular a propriocepção da musculatura, reduzir ou eliminar a limitação funcional, possibilitando, assim, uma melhor qualidade de vida para as pacientes. Dentre as técnicas utilizadas para o tratamento da constipação, a conscientização perineal apresenta grande influência e efeitos significantes na musculatura (FIRMINO e CARVALHO, 2015). Nour-Eldein et al. em 2014 conseguiram ótimos resultados apenas com a reeducação comportamental para modificação do estilo de vida em pacientes institucionalizados. Os autores afirmam que a fisioterapia deve investigar e orientar sobre o posicionamento correto na evacuação, ingestão hídrica, consumo de fibras, incentivo à atividade física, além do tratamento do assoalho pélvico para a dissinergia, através, por exemplo, do biofeedback para aprendizado e conscientização do relaxamento muscular na hora da evacuação e a eletroestimulação percutânea do nervo sacral para modulação dos nervos e músculos do assoalho pélvico e intestino. Klaus et al. (2015) constatam ainda a necessidade do consumo de uma dieta acrescida de fibras, devendo esta atingir 25 g/dia, evitando o surgimento ou agravamento dos sintomas relacionados a constipação.

Conclusão: Os estudos mostram que a obstipação intestinal é uma condição que apresenta grande repercussão na vida do indivíduo, influenciando negativamente sua qualidade de vida, provocando grande desconforto e repercutindo negativamente no desempenho funcional, além de também gerar insegurança, perda de autoestima, angústia, depressão, transtornos físicos, mentais e sociais, que podem contribuir para uma piora na qualidade de vida e saúde. Por isso é tão importante o conhecimento quanto a essas condições, afim de que o paciente possa procurar tratamento específico, como a fisioterapia, e usufruir de uma melhor condição de saúde e qualidade de vida.

Referências

BRAZ, M. M.; REAL, A. A.; KELLING, B. I. et al. Efeitos da massagem sobre a constipação intestinal: uma revisão sistemática. **Revista Biomotriz**, v. 7, n. 1, p. 42-52, 2013.

FIRMINO, R. C. B.; CARVALHO, V. C. P. Conscientização do assoalho pélvico em acadêmicas de fisioterapia com constipação intestinal em uma unidade de ensino superior. **Revista Inpirar – movimento & saúde**, v. 7, n. 1, p. 18-22, 2015.

KLAUS, J. H.; NARDIN, V.; PALUDO, J. et al. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 835-843, 2015.

NOUR-ELDEIN, H.; SALAMA, H. M.; ABDULMAJEED, A. A. et al. The effect of lifestyle modification on severity of constipation and quality of life of elders in nursing homes at Ismailia city, Egypt. **Journal of Family and Community Medicine**, v. 21, n. 2, p. 100-106, 2014.

ROCHA, A. L. F.; FONSECA, M. G. Constipação intestinal: definição, etiologias e abordagem terapêutica. **EFDeportes.com Revista Digital**, v. 18, n. 189, p. 1-5, 2014.

INCONTINÊNCIA ANAL E CONSTIPAÇÃO INTESTINAL: TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS

Juliana Goivinho de Castro¹; Heloísa Pires Leodoro¹; Camila Cristina Martins¹; Fernanda Piculo²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Incontinência Anal; Constipação Intestinal; Coloproctologia; Fisioterapia.

Introdução: A incontinência anal (IA) é definida como a incapacidade de manter o controle fisiológico do conteúdo intestinal, em local e tempo socialmente adequado. É caracterizado pela perda involuntária de fezes líquidas, pastosas, sólidas ou flatos (CESAR et al., 2011). As principais causas são as anormalidades da mobilidade intestinal (diarreia ou constipação), alteração na sensibilidade e baixa complacência retal, fraqueza ou dano da musculatura pélvica ou uma combinação desses fatores (ACCETTA et al., 2011). Cerca de 2 a 7% da população mundial sofre de IA, com passagens involuntárias de gases, fezes e incapacidade de manter o controle de eliminação, sendo mais frequente em mulheres e idosos. Os sintomas geralmente são bastante constrangedores, os pacientes com esses distúrbios acabam se isolando, levando a graves perturbações psíquicas, sociais e profissionais (AREND, FERNANDES e AREND, 2009). A constipação intestinal é definida como presença de evacuação com dificuldade, esforço ou incompleta e menos de três evacuações por semana (CESAR et al., 2008). A contração paradoxal dos músculos puborretais ou anismo, manifesta-se por vontade de evacuar, sem capacidade de exonerar o conteúdo retal, por mais esforço que o indivíduo faça. Possui uma causa idiopática, acometendo homens e mulheres e sua instalação é lenta e gradativa. A avaliação da função esfíncteriana anal é fundamental para o diagnóstico e conduta terapêutica. A manometria anorretal é considerada imprescindível na avaliação; é um método básico de exploração anorretal para avaliação funcional do esfíncter anal interno e externo, assim como outros aspectos da fisiologia anorretal (AREND, FERNANDES e AREND, 2009). A Fisioterapia atua como terapia de suporte, visando reduzir ou eliminar sinais e sintomas, mantendo ou recuperando a atividade funcional da continência fecal.

Objetivos: O objetivo desse estudo foi revisar a eficiência dos tratamentos fisioterapêuticos na Incontinência Anal e Constipação intestinal.

Relevância do Estudo: Trazer conhecimento e informações baseados em evidências científicas sobre os tratamentos fisioterapêuticos nos distúrbios coloproctológicos, como Incontinência Anal e Constipação intestinal.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema nos bancos de dados como SCIELO, BIREME, GOOGLE ACADÊMICO e LILACS.

Resultados e discussões: A incontinência anal e constipação intestinal podem gerar insegurança, perda da autoestima, angústia, depressão, transtornos físicos, mentais e sociais, que podem contribuir para piora na qualidade de vida dos indivíduos. Tais condições são sub-relatadas, pois muitas pessoas não procuram assistência aos profissionais da saúde, devido ao medo, frustração e vergonha (QUINTÃO, OLIVEIRA e GUEDES, 2010). Sua elevada

incidência está, frequentemente, associada à dieta inadequada, sedentarismo, medicamentos, alterações endócrinas e metabólicas, além de doenças colônicas, neurológicas, distúrbios psiquiátricos e causas idiopáticas (FERNANDES e BLASE, 2010). O tratamento destas disfunções deve ser baseado em sua etiologia, podendo ser cirúrgico, não-cirúrgico e medicamentoso. O tratamento cirúrgico da IA inclui reconstrução cirúrgica, reparação do esfíncter ou desvio fecal e o não-cirúrgico dispõe de vários recursos de tratamento dentro da Fisioterapia que inclui treinamento de reeducação dos músculos do assoalho pélvico (MAP) para aumentar o limiar de sensibilidade da distensão retal e melhorar a contratilidade do esfíncter anal associado a Cinesioterapia, melhorando a capacidade contrátil e propriocepção dos MAP, além do fortalecimento dos músculos acessórios e exercícios de Kegel. O *Biofeedback* é um método não invasivo para o tratamento conservador da IA e constipação intestinal, a fim de reeducar as funções anorretais, a evacuação e a continência. Baseia-se no autocontrole do paciente sobre as funções do organismo, por meio de aprendizado para o reconhecimento da resposta fisiológica da musculatura, que pode ser controlada pelo paciente. Durante o treinamento com este aparelho é possível verificar os mecanismos voluntários da contração esfíncteriana e relaxamento (AREND, FERNANDES e AREND, 2009). A Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) também apresenta benefícios por meio da estimulação nervosa das raízes sacrais por meio do reforço das atividades eletromiográficas do esfíncter anal interno e inibição da atividade eletromiográfica do cólon, realizada por meio de reflexo somato-simpático (TAKAHACHI et al., 2014).

Conclusões: Os diversos recursos de tratamento fisioterapêutico na Incontinência Anal e Constipação Intestinal mostram benefícios significativos nos sinais e sintomas dos pacientes, com boa eficácia em curto prazo, incluindo melhora da função esfíncteriana e da sensibilidade retal e psicológica, melhorando a qualidade de vida.

Referências

- AREND, P. G. M.; FERNANDES, B. V. W.; AREND, G. Uso do Biofeedback na Incontinência Fecal e Dissinergia do Assoalho Pélvico-Relato de Caso. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 433-436, setembro/dezembro, 2009.
- ACCETTA, F. A.; VASCONCELOS, S. R.; CUETI, D. G. et al. Análise da Resposta ao Biofeedback nos Pacientes com Incontinência Fecal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p.165-168, abril/junho, 2011.
- CESAR, P. A. M.; LEITE, M. J.; MUNIZ, C. C. R. et al. Distúrbios Evacuatórios em Primigestas após Parto Normal: Estudo clínico. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Taubaté, v. 31, n. 2, p. 126-130, abril/junho, 2011.
- CESAR, P. A. M.; ALKNUBYENURA, L.; SOLDIPASSOS, P. M. et al. Colectomias no Tratamento Cirúrgico da Constipação Intestinal Crônica - Relato de Quatro Casos. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Taubaté, v. 28, n. 2, p. 241-245, abril/junho, 2008.
- FERNANDES, S. E.; BLASE, C. T. Constipação intestinal relacionada com ingestão hídrica em mulheres. **Disc Scientia Serie Ciências da Saúde**, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 53-60, 2010.
- QUINTÃO, G. M.; OLIVEIRA, S. A. S.; GUEDES, M. H. Incontinência Fecal: Perfil dos Idosos residentes na cidade de Rio de Piracicaba, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.191-201, 2010.
- TAKAHACHI, M.; FAGUNDES, S. D.; UESUGUI, M. H. et al. Estimulação elétrica nervosa transcutânea do nervo tibial posterior como possível forma de tratamento em pacientes com incontinência fecal decorrente da prática do sexo anal em homossexuais do sexo masculino: uma revisão bibliográfica. **Biota Amazonia Open Journal System**, Macapá, v. 4, n. 1, p.132-142, 2014.

RISCOS DE LESÕES EM FUNCIONÁRIOS DA ÁREA CALÇADISTA

Edilaine Henrique Vilela¹; Iasmim Feliciano Castilho²; Janaina Verginia Máxima dos Santos³; Rubens Boschetto Melo⁴

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

²Aluna de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB – mim__16@hotmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – ja.nah_vs@hotmail.com

⁴Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
acupuntura.bauru@gmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: ergonomia, fisioterapia, saúde do trabalhador, DORT.

Introdução: A ergonomia observa aspectos relacionados à postura e movimentos corporais, fatores ambientais, informacionais, cargos e tarefas, visa solucionar os problemas relacionados com o maquinário, os equipamentos, as ferramentas, a programação de trabalho, as instruções e informações, resolvendo assim, conflitos entre o homem e a tecnologia aplicada ao seu trabalho (SILVA et al., 2006). O mercado calçadista é um dos mais competitivos no país devido ao grande número de empresas, cujos produtos variam constantemente, alterando modelagens, estilos, cores, formas e acabamentos, de acordo com a tendência. As exigências de aumento da eficiência e redução do número de empregados fazem com que as atividades impliquem no desgaste físico e mental, dando margem à instalação de dores e desconfortos nos trabalhadores encontram-se associados às perdas no processo industrial. As perdas por refugo e retrabalho e, conseqüentemente, diminuição da produção, em geral, decorrem de problemas relacionados ao processamento e à organização do trabalho (TREIN e RENNERT, 2003). Existem afecções que são frequentemente relacionadas ao trabalho e podem ser ocasionadas de forma combinada ou não ao uso repetido e forçado de grupos musculares e à manutenção de posturas inadequadas dentre elas está o distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), usado para determinar as disfunções que podem lesar tendões, sinóvias, músculos, nervos, fásCIAS e ligamentos, de forma isolada ou associada, com ou sem degeneração dos tecidos, atingindo, principalmente os membros superiores, região escapular, pescoço e coluna lombar (COSTA e VIEIRA, 2010).

Objetivos: Descrever, por meio de uma revisão na literatura, os riscos de lesões em funcionários da área calçadista.

Relevância do Estudo: Visto que a incidência de LER/DORT 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 trabalhadores e às suas complicações.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura baseada na contextualização do tema “Riscos de lesões musculoesqueléticas em funcionários da área calçadista” por meio de buscas nos bancos de dados Scielo e Bireme.

Resultados e discussões: Os trabalhadores foram avaliados a partir de observações diretas e vídeos com duração média de um minuto por trabalhador, realizadas no período da manhã. Foram coletados dados referentes a gênero, idade, tempo de trabalho na empresa e aplicados os métodos de Avaliação Rápida dos Membros Superiores (RULA), o Índice de Sobrecarga (IS), e o questionário Censo de Ergonomia. A ferramenta RULA utiliza diagramas das posturas do corpo e três pontuações que permitem a avaliação da exposição a fatores de risco biomecânicos. De acordo com o método RULA, 78% (n=39) dos funcionários foram

classificados como nível 3, 18% dos funcionários (n=9) foram classificados como nível 4 e apenas 4% dos funcionários (n=2) foram classificados como nível 2. O questionário Censo de Ergonomia tem como avaliar sintomas de DORT que indiquem necessidade de intervenção ergonômica. No que diz respeito à prevalência de dor osteomuscular, 80% dos funcionários reportaram dor, sendo que 90% indicaram que a dor era relacionada ao trabalho (LOURINHO et al., 2011). Correlações moderadas foram observadas entre todas as partes do corpo analisadas para ambos os sexos. Portanto, de modo geral, homens e mulheres que relataram dores no pescoço, também sentem dores nos ombros, costas, lombar e punhos (SILVA, GONTIJO e SILVA, 2016). Além disso, a duração do esforço desses funcionários é em torno de 80% do tempo com frequência de esforço é 20 vezes por minuto, com agravante para a postura da mão e punho em posição inadequada. Todos os setores analisados apresentaram alto risco postural, de acordo com o método RULA, sendo que os setores de corte e de montagem apresentaram um nível de classificação maior. Para tentar adequar e minimizar as dores e as posturas inadequadas observadas neste estudo, a cinesioterapia laboral é uma ferramenta para tentar melhorar a saúde e qualidade de vida dos indivíduos (LOURINHO et al., 2011).

Conclusão: Os DORT são um sério problema de saúde pública, pois atingem principalmente os trabalhadores, devido a má postura e o uso consecutivo de movimentos finos, gerando dor e falta de funções incapacitando o indivíduo temporária ou definitivamente para atividades profissionais. Atuando com contra partida a cinesioterapia laboral, quando aplicada corretamente, resulta na redução de queixas e desconfortos osteomusculares dos trabalhadores.

Referências

COSTA, B. R.; VIEIRA, E. R. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. **Am J Ind Med.** v. 53, n. 3, p. 285-323, 2010.

LOURINHO, M.; NEGREIROS, G.; ALMEIDA, L. et al. Riscos de lesão musculoesquelética em diferentes setores de uma empresa calçadista. **Fisioterapia e Pesquisa,** v. 18, n. 3, p. 252-7, 2011.

SILVA, C.; AMOROSO, C.; DOMICIANO, T. et al. Intervenção ergonômica em uma indústria de componentes para calçados. **Revista Cadernos Brasileiros de terapia ocupacional,** v. 14, n. 1, p. 43-49, 2006.

SILVA, J.; GONTIJO, L.; SILVA, L. et al. Avaliação da Correlação entre Fatores Psicossociais e Sintomas de DORT em colaboradores de uma indústria de calçados. Revista espacios, v. 37, n. 31, p. 23, 2016.

TREIN, F.; RENNER, J. A ergonomia com fator de otimização do processo industrial – um caso do setor metal mecânico da indústria calçadista. **Revista tecnologia e tendência,** v. 2, n. 2, p. 31-40, 2003.

UTILIZAÇÃO DO MÉTODO STRETCHING GLOBAL ATIVO (SGA) NO ESPORTE

William Jacomin Redondo Mendes¹; Augusto Louzada Rochi²; Géssica Borin Lima³; José Bassan Franco⁴.

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

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

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

⁴Professor de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – zebassan@yahoo.com.br.

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: Ortopedia, Medicina Esportiva, Exercícios de Alongamento Muscular e Stretching Global Ativo.

Introdução: Alguns esportes necessitam de movimentos corporais que modificam a configuração fisiológica das cadeias musculares, ocasionando desequilíbrios e compensações adaptativas na postura. Essas particularidades, em longo prazo, resultam em desconfortos corporais que evoluem futuramente para processos deletérios que, em muitos casos, podem limitar a prática da modalidade esportiva (DANTAS et al., 2014). O alongamento é o termo usado para descrever os exercícios físicos que aumentam o comprimento das estruturas constituídas de tecidos moles proporcionando à flexibilidade, sendo que o método Stretching Global Ativo (SGA), criado pelo fisioterapeuta francês Philippe Souchart, é realizado por meio da reeducação global a partir de alongamentos lentos e progressivos de forma global, adotando como base as auto posturas e as respirações do RPG, sendo aplicado em grupos para prevenção, manutenção, preparação física (SILVA et al., 2018). Esta intervenção da fisioterapia baseia-se em três princípios: individualidade (pois cada indivíduo experimenta e responde de forma diferente), causalidade (a causa do problema pode estar afastado do sintoma) e globalidade (não tratar o problema de forma isolada) (PEREIRA e AMARAL, 2013).

Objetivos: Verificar na literatura a eficácia do método Stretching Global Ativo (SGA) no meio esportivo.

Relevância do Estudo: A exigência postural determinada pelos movimentos executados durante um esporte pode alterar o equilíbrio músculo esquelético do atleta, sendo necessário verificar se o método Stretching Global Ativo vem se apresentando eficaz para a resolução deste acometimento em diferentes modalidades esportivas.

Materiais e métodos: Revisão bibliográfica realizada por meio de pesquisa em base de dados na internet utilizando os sites de busca Scielo, Bireme, Pubmed e Google acadêmico. As palavras chaves utilizadas são: Ortopedia, Medicina Esportiva, Exercícios de Alongamento Muscular e Stretching Global Ativo. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, meta-análise, revisão de literatura e relatos de casos publicados até Outubro de 2018.

Resultados e discussões: O método SGA foi criado visando ser utilizado pelos esportistas, através de alongamentos ativos associados à respiração sendo utilizado as auto posturas de acordo com a base biomecânica do gesto esportivo de cada modalidade, aplicado a partir de uma avaliação criteriosa de acordo com a necessidade de cada atleta (SILVA et al., 2018). Oliveira e Nogueira (2008), ao verificarem os efeitos do treino de SGA em 28 atletas de vôlei puderam constatar que promove uma melhora na flexibilidade da cadeia posterior, na flexibilidade analítica dos isquiotibiais e na impulsão vertical. Silvestre e Polizelli (2010)

analisaram os efeitos de um programa de SGA em 20 atletas de futsal feminino com idade entre 18 e 24 anos, apresentando resultados satisfatórios em relação à goniometria e, sobretudo, em relação à flexibilidade, minimizando os desequilíbrios musculares e diminuindo a incidência de lesão. Dantas et al. (2014), avaliaram a eficácia do método em alterações posturais em 23 atletas de Badminton citando que o SGA é muito eficaz atendendo a aspectos analíticos apresentando uma diminuição na rotação interna de ombro, redução no ângulo Q, redução da abdução das escápulas, redução do genu valgus, afastamento interpatelar e redução da rotação interna de joelhos, caracterizando uma melhora no nível de alterações posturais. Pereira, Nogueira e Carvalho (2016), analisar o efeito da flexibilidade proporcionado pelo método SGA em 30 nadadores de alta competição verificando que apresenta uma melhora na flexibilidade da cadeia posterior e dos valores do flexiteste ao comparar com o grupo controle, sendo útil para a área da Fisioterapia no Desporto. Silva et al. (2018), verificaram a eficácia do método em atletas de handebol de alto nível, relatando que o SGA apresenta uma tendência de melhor eficácia no desempenho físico através do ganho da velocidade e agilidade, não demonstrando resultados significativos para a flexibilidade. Almeida Junior et al. (2018), verificaram o efeito crônico da prática de SGA em desempenho de judocas em uma bateria de testes físicos específicos da modalidade onde, uma prática regular de 10 semanas de auto posição da SGA® aumentou a flexibilidade da cadeia posterior, a potência muscular dos membros superiores e o desempenho do salto vertical, sendo vantajoso para o atleta praticar o método.

Conclusão: Pode-se concluir com a presente revisão que o uso do método SGA dentro da área esportiva apresenta uma melhora funcional do atleta em diferentes modalidades, com relatos de melhora na flexibilidade, no desempenho do gesto esportivo, na velocidade, agilidade e na postura, minimizando os desequilíbrios musculares e diminuindo a incidência de lesão.

Referências

- ALMEIDA JUNIOR, H.; SOUZA, R. F.; AIDAR, F. J. et al. Global Active Stretching (SGA®) Practice for Judo Practitioners' Physical Performance Enhancement. **International Journal of Exercise Science**, v. 11, n. 6, p. 364-374, 2018.
- DANTAS, S. V.; NEVES, I. S. F.; MOTA, D. M. et al. Avaliação das alterações posturais de atletas de badminton após Stretching Global Ativo. **ConScientiae Saúde**, v. 13, n. 2, p. 211-217, 2014.
- OLIVEIRA, A. L.; NOGUEIRA, N. Influência do Stretching Global Ativo na Flexibilidade da Cadeia Posterior e no Salto Vertical no Voleibol. **Revista Portuguesa e Fisioterapia no Desporto**, v. 2, n. 2, p. 7-17, 2008.
- PEREIRA, F.; AMARAL, L. **Kinesio Taping versus Stretching Global Ativo na diminuição da dor lombar em grávidas**. Dissertação (graduação) Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2013, 25f.
- PEREIRA, M. G. B.; NOGUEIRA, N.; CARVALHO, P. **Efeitos da técnica Stretching Global Ativo na flexibilidade em nadadores de alta competição**. Dissertação (Mestrado) Porto: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, 2016, 27f.
- SILVA, A. C.; NASCIMENTO, S. K. R.; ANTUNES, M. D. et al. Eficácia do stretching global ativo no ganho de flexibilidade em jogadores de handebol de alto nível. **Revista interdisciplinar de promoção da saúde**, v. 1, n. 2, p. 73-79, 2018.
- SILVESTRE, B. N.; POLIZELLI, A. B. Implantação de um programa de stretching global ativo nas atletas de futsal feminino da UNESC. **Revista Iniciação Científica**, v. 8, n. 1, p. 136-148, 2010.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA NEUROPEDIATRIA EM PACIENTES PORTADORES DE PARALISIA CEREBRAL

Daiane Maria Santos Collaço¹; Isabella Cristina Moura¹; Lucas Bortolomai¹; Luis Alberto Domingo Francia Farje².

¹Alunos do Curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
daiane.collaço@outlook.com;

²Professor do Curso de Fisioterapia - Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
luis.farje@fatec.sp.gov.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-Chave: Paralisia Cerebral, Tratamento Fisioterapêutico, Neuropediatra.

Introdução: A Paralisia Cerebral (PC) é definida como uma lesão cerebral que ocorre durante o desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), caracterizada primordialmente por um distúrbio neurológico persistente não progressivo, do tônus, da postura e do movimento causando limitações funcionais (SEBASTIÃO, SANTOS e MARQUES, 2016; CARGNIN e MAZZITELLI, 2003). As causas para o surgimento da PC envolvem fatores congênitos, genéticos, anóxia, inflamatórios, infecciosos, traumáticos e metabólicos. A segunda maior etiologia dos casos é a prematuridade e crianças que nascem com baixo peso, podendo ocorrer no período pré-natal, perinatal ou pós-natal. As alterações e o grau de acometimento dependem das áreas do sistema nervoso central afetadas e da extensão da lesão, sendo assim as células nervosas não tem capacidade de regeneração, contudo, outras células não lesadas podem assumir a função das lesadas pelo fenômeno da plasticidade cerebral. O diagnóstico da PC é feito através da anamnese, exame físico, biópsia muscular e exames de imagem (SEBASTIÃO, SANTOS e MARQUES, 2016). A PC classifica-se em: PC espástica que se subdivide em unilateral afetando apenas um dos antímeros, e bilateral que pode afetar dois ou até os quatro membros; PC disquinética que se subdivide em PC distônica onde são característicos os movimentos involuntários e movimentos voluntários com posturas anormais provocadas por hipertonia, e PC coreoatetósica neste tipo é predominante a hipercinésia e hipotonia e por último a PC atáxica: caracteriza-se por falta de coordenação muscular, diminuição do tônus, ataxia do tronco e da marcha, e tremor. A Paralisia Cerebral não tem cura e é por isso uma condição clínica crônica, mas muito pode ser feito para que o indivíduo alcance o máximo de autonomia possível. Assim, por exemplo a fisioterapia, a terapia ocupacional, material de apoio (ajudas técnicas) e as cirurgias ortopédicas podem melhorar o controle muscular e a marcha (MANCINI et al., 2004).

Objetivos: O presente trabalho teve como objetivo o tratamento fisioterapêutico, atuando em alternativas de assistência para minimizar o comprometimento motor do paciente para que ele possa criar sua própria independência e ser reinserido na sociedade.

Relevância de estudo: Demonstrar o tratamento atuando em alternativas de assistência para minimizar o comprometimento motor do paciente.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica das publicações indexadas em bases de banco de dados Google acadêmico e SciELO, sobre o tema Intervenção fisioterapêutica na neuropediatria em pacientes portadores de paralisia cerebral.

Resultados e discussões: O tratamento é feito por uma equipe multidisciplinar que inclui médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais (TO), e o principal enfoque terapêutico é, sem dúvida a fisioterapia, na qual os diferentes métodos

utilizados devem ser empregues de acordo com o diagnóstico funcional em fisioterapia, o tratamento deve sempre levar em conta as etapas do desenvolvimento motor normal e utilizar vários tipos de estimulação sensitiva e sensorial, mantendo estreitas relações com o desenvolvimento visual, cognitivo e da fala/comunicação, dessa forma, o comportamento da criança modifica-se tornando-se mais intencional à medida que se processa a maturação do seu Sistema Nervoso (SEBASTIÃO, SANTOS e MARQUES, 2016). Embora essa condição de PC possa resultar em alterações de forma previsíveis no Sistema Nervoso Central (SNC), as manifestações funcionais dessa condição devem ser avaliadas individualmente, uma vez que o desempenho funcional é influenciado não só pelas propriedades intrínsecas da criança, mas também pelas demandas específicas da tarefa e pelas características do ambiente no qual a criança interage. Esta criança também é considerada com menor estatura, menor peso e menor resistência às infecções, o que mostra a importância de um cérebro normal para uma constituição física normal. O fisioterapeuta tem atuado em diversas abordagens terapêuticas, com finalidade de preparar a criança para uma função, manter ou aprimorar as já existentes, atuando de forma adequada a espasticidade (LIMA et al., 2013). A intervenção precoce minimiza retrações musculares e as contraturas que prejudicam a mobilidade da criança obtendo desta forma resultados mais favoráveis para a qualidade de vida, marcos motores básicos (rolar, sentar, engatinhar e andar), como também as atividades de vida diária (AVD's), como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, locomover-se em ambientes variados, entre outros (SEBASTIÃO, SANTOS e MARQUES, 2016; MANCINI et al., 2004) Com o objetivo de melhorar a independência e coordenação motora para facilitar os cuidados diários (SEBASTIÃO, SANTOS e MARQUES, 2016). Sendo assim, o prognóstico da criança com PC depende da intensidade de retrações e deformidade esqueléticas e da disponibilidade e qualidade de reabilitação (ROTTA, 2002).

Conclusão: Conclui-se que a paralisia cerebral está cada vez mais em evidência e o tratamento fisioterapêutico vem contribuindo muito com a qualidade de vida das crianças, com técnicas, como a cinesioterapia, terapias manuais e exercícios específicos que favorecem resultados satisfatórios a esses pacientes.

Referências

- CARGNIN, A. P. M.; MAZZITELLI, C. Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espástica, com ênfase nas alterações musculoesqueléticas. **Rev. Neurociências**, Gravatal, v. 11, n. 1, p. 34-39, 2003.
- LIMA, C. T. S.; PESSOA, G. S.; SÁ, A. E. et al. O Cuidar de Crianças com Paralisia Cerebral Institucionalizadas sob a Óptica da Fisioterapia. **Revista Corpvs**, Fortaleza, v. 13, n. 25, p. 33-39, 2013.
- MANCINI, M. C.; ALVES, A. C. M.; SCHAPER, C. et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, Belo Horizonte, v. 8, n. 3, p. 253-260, 2004.
- ROTTA, N. T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 78, n. 1, p. 51-53, 2002.
- SEBASTIÃO, A. M.; SANTOS, M.; MARQUES, V. Intervenção da fisioterapia na paralisia cerebral infantil em Luanda. **Instituto politécnico de Lisboa, Escola superior de tecnologia da saúde de Lisboa**. Lisboa, v. 4, n. 3, p. 05-11, 2016.

USO DOS SUITS NA TERAPIA NEUROMOTORA INTENSIVA PARA CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Beatriz Rodrigues Mortari¹; Luis Alberto Domingo Francia Farje².

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

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
luis.farje@fatec.sp.gov.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: suit therapy, PediaSuit, TheraSuit, Adeli Suit e Cerebral Palsy

Introdução: A Paralisia Cerebral não é uma única doença, mas sim um grupo de distúrbios não progressivos do sistema nervoso central causados por lesões ou anomalias do desenvolvimento que ocorreram precocemente, seja no período fetal ou nos primeiros meses de vida. Esses distúrbios são de caráter estacionário, porém variável, uma vez que durante os processos de maturação e adaptação, as manifestações clínicas podem mudar conforme a criança avança em idade (SHEPHERD, 1995). É possível observar uma melhora no quadro clínico do paciente, quando este é submetido a atividades de estimulação precoce e ao trabalho terapêutico multidisciplinar. O principal objetivo da fisioterapia no tratamento da paralisia cerebral é inibir reflexos e padrões atípicos para normalizar o tônus muscular e facilitar o desenvolvimento de atividades diárias. Com isso, há uma melhora na força, flexibilidade e amplitude de movimento, possibilitando maior independência do paciente (LEITE e PRADO, 2004). Existem diversos métodos de tratamento fisioterapêutico, indicados de acordo com o quadro clínico de cada paciente. Entre os mais tradicionais, podemos citar o Método Bobath e o Método Kabat. Geralmente esses métodos são realizados no modelo tradicional de terapia, com sessões que variam de 1/2 a 1 hora por dia, 1 a 3 vezes por semana. No entanto, como uma alternativa a esse modelo, os métodos de terapia intensiva que possuem duração de até 4 horas por dia, 5 dias na semana, durante 3 ou 4 semanas, tem recebido atenção devido aos seus potenciais benefícios (XAVIER, SANTOS e SÁ, 2004).

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi apresentar o método de terapia intensiva com o uso dos *suits* e colaborar para justificar seu uso ou não, em crianças com paralisia cerebral.

Relevância do Estudo: A terapia neuromotora intensiva associada ao uso dos *suits* é atualmente um tratamento de alto custo e grande demanda de tempo além de apresentar certa dificuldade para famílias que possuem a necessidade de se deslocar até outra cidade para realizá-lo. Ademais, existe uma carência de dados na literatura atual que justifiquem seu uso como alternativa às terapias convencionais. Dessa forma, o presente estudo mostra-se relevante ao colaborar com a discussão a cerca do método.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica com base em artigos científicos, através das bases de dados Scielo, MEDLINE, LILACS, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, utilizando os descritores *suit therapy*, *PediaSuit*, *TheraSuit*, *Adeli Suit* e *Cerebral Palsy*, no período entre 2002-2018.

Resultados e discussões: Os principais protocolos de fisioterapia neuromotora intensiva, o *TheraSuit*®, o *PediaSuit*™ e o *Adeli Suit*®, são associados ao uso de uma órtese dinâmica, o *suit*, composta por: touca, short, colete, joelheiras, conexões com o tênis, ganchos e cordas elásticas que posicionam o corpo em um alinhamento postural adequado (NEVES et al., 2013). O equipamento associado a um programa intensivo de exercícios tem por objetivo acelerar o progresso da criança. Analisando-se os trabalhos publicados de Piovezani et al.

(2017), Neves et al. (2013), Bailes et al. (2011), Alagesan e Shetty (2010) e Bar- Haim et al. (2006) acerca do método, é possível demonstrar que os módulos atuais de terapia intensiva com os *suits* trazem melhoras para o quadro clínico do paciente com paralisia cerebral, incluindo controle de tronco, distribuição de carga plantar e domínios de posicionamento. Entretanto, ainda não existem evidências científicas de que os resultados podem ser de fato associados ao uso da órtese, uma vez que em todos os artigos publicados a respeito do método, a intensidade da terapia parece ser um fator fundamental para a obtenção dos resultados (CHRISTY et al., 2010).

Conclusão: Conclui-se que as terapias intensivas associadas ao uso de *suits* trazem benefícios ao tratamento de crianças com paralisia cerebral, porém ainda são necessários mais estudos para justificar e validar seu uso como alternativa às terapias convencionais.

Referências

ALAGESAN, J.; SHETTY, A. Effect of modified suit therapy in spastic diplegic cerebral palsy – a single blinded randomized controlled trial. **Online Journal of Health and Allied Sciences**, Mangalore, v. 9, n. 4, p. 14, 2010.

BAILES, A. F.; GREVE, K.; BURCH, C. K. et al. The effect of suit wear during an intensive therapy program in children with cerebral palsy. **Pediatric Physical Therapy**, Cincinnati, v. 23, n. 2, p. 136-142, 2011.

BAR-HAIM, S.; HARRIES, N.; BELOKOPYTOV, M. et al. Comparison of efficacy of Adeli suit and neurodevelopmental treatments in children with cerebral palsy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, Beer- Sheva, v. 48, n. 5, p. 325-330, 2006.

CHRISTY, J. B.; SALEEM, N.; TUNER, P. H. et al. Parent and therapist perceptions of an intense model of physical therapy. **Pediatric Physical Therapy**, Birmingham, v. 22, n. 2, p. 207-213, 2010.

LEITE, M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia Cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 41-45, 2004.

NEVES, E. B.; KRUEGER, E.; POL, S. et al. Benefícios da terapia neuromotora intensiva (TNMI) para o controle do tronco de crianças com paralisia cerebral. **Revista Neurociências**, Curitiba, v. 21, n. 4, p. 549-555, 2013.

PIOVEZANI, J. C.; MAITSCHUK, M. M.; OLIVA, F. S. et al. Método Pediasuit melhora a função motora grossa de criança com paralisia cerebral atáxica. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 131-138, 2017.

SHEPHERD, R. **Fisioterapia em pediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1995.

XAVIER, G. F.; SANTOS, F. H.; SÁ, C. S. C. Mudanças motoras, sensoriais e cognitivas em crianças com paralisia cerebral espástica diparética submetidas a intervenção fisioterapêutica pelas abordagens Kabat ou Bobath. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 56-65, 2004.

TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO PARA PESSOAS SUBMETIDAS À CIRURGIA ORTOGNÁTICA

Yasmim Oliveira¹; Alana Cristina Rodrigues¹; Lubriana Himeno¹; Marina Campos¹, Elaine Camargo Costa e Silva²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – yasmim.soliveira@gmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: cirurgia ortognática, sistema estomatognático, disfunção temporomandibular.

Introdução: As deformidades dentofaciais (DDFs) são definidas como problemas graves de má oclusão dentária associada a alterações esqueléticas, e, por isso, necessitam de tratamento combinado de ortodontia e cirurgia ortognática. Podem ser causadas por interferências ambientais ou genéticas no crescimento e desenvolvimento craniofacial, provocando mudanças nas estruturas e funções do sistema estomatognático (TORRES et al., 2017). A cirurgia ortognática é um procedimento cirúrgico para corrigir as deformidades dentofaciais, maxilares e terço médio da face. Trazendo melhora na função e estética do paciente, causadas pelo desalinhamento ósseo. As complicações que podem ocorrer durante ou após o processo cirúrgico são: possibilidade de lesão de nervos, infecção de sítio cirúrgico, disfunção temporomandibular (DTM), fratura indevida, alteração no processo cicatricial, hemorragia, dor exacerbada, mordida aberta, lesão dentária e problemas com o material de fixação (ASSIS et al., 2018). Dentro deste contexto, o tratamento fisioterapêutico visa promover o equilíbrio musculoesquelético, buscando a conscientização postural e o alívio da dor, para posteriormente tratar da DTM trabalhando com técnicas de relaxamento, alongamentos, técnicas posturais específicas, mobilizações e fortalecimento (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005). O diagnóstico e tratamento voltados a esses indivíduos devem ser acompanhados por equipes interdisciplinares, procurando compreender as adaptações e distúrbios apresentados, assim como as possibilidades terapêuticas nas diferentes fases do tratamento ortodôntico-cirúrgico (MIGLIORUCI, PASSOS e BERRETIN-FELIX, 2017).

Objetivos: Realizar um estudo bibliográfico sobre o tratamento fisioterapêutico para pessoas submetidas à cirurgia ortognática.

Relevância do Estudo: A cirurgia ortognática corrige as DDFs, porém durante o pós-operatório pode causar uma sintomatologia bem desconfortante para o paciente, desta forma é interessante apresentar formas eficazes neste tipo de tratamento.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Google Acadêmico e Scielo, com os descritores cirurgia ortognática, sistema estomatognático e disfunção temporomandibular. Foram selecionados artigos completos, além destes foi utilizado livros relacionados ao tratamento das disfunções temporomandibulares, encontrados na biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru.

Resultados e discussões: Observando que as DDFs interferem não só nas questões funcionais, mas também na consciência sobre a própria aparência facial e conseqüentemente na autoestima, para obter-se uma melhora sobre essas alterações, torna-se necessária uma atuação multiprofissional (TORRES et al., 2017). Os pacientes com DTM apresentam problemas relacionados à má postura, como posicionamento anormal da cabeça e do

pescoço, tornando necessária a atuação do fisioterapeuta para uma completa avaliação postural e muscular, envolvendo a coluna cervical, testes musculares específicos e a articulação temporomandibular (BIASOTTO-GONZALEZ, 2005). Os pacientes submetidos à cirurgia ortognática podem apresentar problemas relacionados ao edema. Além da limitação funcional de movimento, deglutição e fala, da percepção de dor e dos distúrbios sensoriais, o edema facial prejudica o cuidado na higiene oral e troca dos elásticos de bloqueio, que tem como função controlar a movimentação mandibular do paciente durante o processo de cicatrização, ajudar a manter a correta oclusão, além de exercer força de tração contrária à força de retração da musculatura facial, que está habituada à antiga posição dos ossos da face. Para tratar esse edema podemos utilizar a drenagem linfática manual (DLM), que tem como objetivo remover o excesso de proteína plasmática do interstício celular. Além disso, a DLM pode ser associada a outros métodos de tratamento de edema para melhores resultados, como por exemplo: aplicação de exercícios resistidos após a DLM (proporcionando retorno muscular gradual de suas atividades), crioterapia por meio de bolsas de gelo e compressas frias. A dor é umas das queixas no pós-operatório da cirurgia ortognática, juntamente com o edema. Entretanto, a origem da dor nesses pacientes pode ser por diversos fatores: lesão do perióstio decorrente das osteotomias, dor muscular devido à musculatura sofrer mudança brusca de posicionamento, cefaleia, que pode ser ligada à dor tensional e pela utilização dos elásticos de bloqueio e dor relacionada ao edema. Dentro de várias técnicas fisioterapêuticas utilizadas para alívio das dores, podemos usar o relaxamento, com a aplicação dos seguintes recursos: termoterapia, terapia de esfriamento, terapia de ultra-som, iontoforese, terapia de excitação eletrolítica, excitação elétrica transcutânea de nervo, acupuntura, laser frio, técnicas manuais, entre outras (VALENTE, 2015; OKESON, 2000).

Conclusão: O tratamento fisioterapêutico, em conjunto com o tratamento interdisciplinar, proporciona não só o alívio dos sintomas, como dor e edema, mas também busca reestabelecer a função normal do aparelho mastigatório e postural do paciente, com uma consequente melhoria da autoestima.

Referências

ASSIS, G. L. C.; SOUZA, C. S.; TURRINI, R. N. T. et al. Proposta de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia ortognática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, p. e03321, 2018.

BIASOTTO-GONZALEZ, D. A. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**. Barueri-SP: Manoele, 2005.

MIGLIORUCCI, R. R.; PASSOS, D. C. B. O. F.; BERRETIN-FELIX, G. Programa de terapia miofuncional para indivíduos submetidos à cirurgia ortognática. **Revista CEFAC**, v.19, n. 2, p. 277-288, 2017.

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. São Paulo: Artes médicas, 2000.

TORRES, K. V.; PESSOA, L. S.; LUNA, A. H. B. et al. Qualidade de vida após cirurgia ortognática: relato de caso. **Revista CEFAC**, v.19, n. 5, p. 733-739, 2017.

VALENTE, A. C. B. **Avaliação do edema no pós operatório de cirurgia ortognática com e sem Drenagem Linfática Manual**. Dissertação (mestrado) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015. 106 f.

O MELHOR DESEMPENHO DO FUNCIONÁRIO DENTRO DA EMPRESA 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: desempenho, desequilíbrio, estresse, empresa.

Introdução: Em 1947 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu "Saúde" como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e, desta forma, introduziu a ideia de qualidade de vida, enfatizando seu caráter multidimensional e assim obteve-se um importante papel no incentivo dos estudos relacionados à qualidade de vida das populações na área da saúde. A Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) tem sido referida tanto para o momento de vida dos indivíduos em sociedade, como para os momentos de trabalho. Com tamanha pressão para o cumprimento de metas e reponsabilidades dentro das empresas, podem ocorrer o desencadeamento de diferentes graus de motivação e satisfação e, muito além de representar uma fonte de sobrevivência, confere identidade ao indivíduo, integra sua personalidade, dando-lhe razão para o viver (KUREBAYASHI e SILVA, 2015). Pesquisadores americanos vinculam ao estresse negativo às dores musculares, hipertensão, fadiga, taquicardia, ansiedade, insônia, distúrbios osteomusculares relacionada ao trabalho (DORT) e angustia, relacionando-as ao acúmulo das demandas e pressões profissionais (SOUZA et al., 2011). Em um hospital escola na cidade de São Paulo, alguns estudos realizados sobre absenteísmo apontaram que os principais motivadores dos altos índices de afastamento no trabalho são desencadeados pelas as doenças musculoesqueléticas e os distúrbios psíquicos decorrentes de estresse (KUREBAYASHI et al., 2012). A obtenção de uma condição energética mais equilibrada e estável é pré-requisito fundamental para a não manifestação de enfermidades onde a auriculoterapia pode ser uma das práticas não convencionais de grande aceitabilidade na Medicina Tradicional Chinesa, proporcionando segurança e eficácia pelo reconhecimento de seus efeitos positivos em distúrbios físicos, psíquicos e mentais, tratando assim o individuo como um todo (KUREBAYASHI e SILVA, 2015).

Objetivos: O objetivo primordial do estudo foi proporcionar uma melhor qualidade de vida ao funcionário através da auriculoterapia resultando em um melhor rendimento dentro da empresa em longo prazo.

Relevância do Estudo: O presente estudo é consideravelmente importante para os empregadores que buscam o bem estar do funcionário visando de forma indireta um melhor desempenho e crescimento de sua empresa.

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: O estresse vem se tornando a epidemia da década, onde o trabalho passa a ser sua causa mais constante (SOUZA et al., 2011). O estresse ocupacional pode ser definido como uma condição emocional negativa que causa grande sofrimento psíquico para o trabalhador, resultante de situações desagradáveis e do aumento da

sobrecarga no ambiente de trabalho, ocasionando assim em um desequilíbrio energético. Essa situação gera impactos econômicos, alto custo às empresas e à seguridade social (SANTOS et al., 2013). A contribuição que a Medicina Tradicional Chinesa tem oferecido é de prevenir e encontrar os desequilíbrios energéticos que resultarão em enfermidades. A auriculoterapia vem se mostrando bastante apropriada para o tratamento de diferentes doenças (KUREBAYASHI et al., 2012). A aplicação tem como objetivo estimular os pontos auriculares, resultando em alteração nos neurotransmissores do sistema nervoso central (SNC) com consequente modulação resultando na homeostase corporal do indivíduo (SILVEIRA et al., 2018).

Conclusão: Com base nas pesquisas, conclui-se que o mau desempenho de um funcionário dentro das empresas não se deve somente ao mal estar físico ou alterações musculoesqueléticas, e sim a um conjunto de fatores psicológicos, sociais, tencionais e de estresse que devem ser tratados como um todo. É de suma importância que o empregador analise e compreenda as necessidades de saúde física e mental de seus funcionários, para que a base da empresa possa ser sempre sólida e o crescimento constante.

Referências

KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.** v. 68, n. 1, p. 117-23, São Paulo-SP, 2015.

KUREBAYASHI, L. F. S.; GNATTA, J. R.; BORGES, T. P. et al. Effectiveness of auriculotherapy for stress, based on experience of the therapist: a clinical trial. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 5, p. 694-700, São Paulo-SP, 2012.

SANTOS, I. P.; CRUZ, P. L.; LOPES, S. S. et al. Perfil Energético de Usuários da Interface Homem-Computador por Meio da Técnica Ryodoraku de Eletrodiagnóstico em Acupuntura. **Rev Bras Terap e Saúde.** v. 3, n. 2, p. 13-17, Curitiba-PR, 2013.

SILVEIRA, A. F.; RODRIGUES, V. R. M. C.; SILVA, L. A. M. et al. Perception of effects of auricular acupuncture on stress in receptionists of a hospital complex. **Rev Epidemiol Control Infec.** v. 8, n. 1, p. 78-82, Santa Cruz do Sul-RS, 2018.

SOUZA, A. A. L.; MEZA, S. K. L.; SEDBSKI, D. C. P. et al. O uso da acupuntura para minimizar os impactos do trabalho na saúde. **Encontro Internacional de Produção.** Maringá-PR, 2011. Disponível em: <[www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/sheila_karina_luders_meza\(2\).pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/sheila_karina_luders_meza(2).pdf)>. Acesso em: 21 de outubro de 2018.

EFEITOS FISIOLÓGICOS DO ULTRASSOM NA FIBRO EDEMA GELÓIDE

Ana Carolina Garcia¹; Iasmim Feliciano Castilho²; Juliana Correia da Silva³; Cíntia Zacaib Silva⁴; Livia Martins⁵

¹Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB anacarol.rock23@hotmail.com;

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB iasmimcastilho2@gmail.com;

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB juliana.correia08@hotmail.com;

⁴Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
cintiazacaib@uol.com.br;

⁵Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
liviamartinsfisio@hotmail.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: fisioterapia, fibro edema gelóide, dermatofuncional, ultrassom, tratamento na FEG.

Introdução: O Fibro Edema Gelóide (FEG), conhecido também como celulite, pode ser definido como uma disfunção metabólica localizada, do tecido subcutâneo e derme, podendo assim gerar alterações no formato corporal, motivada por causa do excesso de tecido adiposo retido no septo fibroso e por eminência deste na derme (FERREIRA, FERNANDES e CAVENAGHI, 2014). O FEG pode ser manifestado em diversos graus: Grau I- Assintomático e sem modificações clínicas observáveis; Grau II- Indica modificações clínicas como relevo da derme, sendo visível somente com a contração ou compressão muscular; Grau III- Apresenta um aspecto de “casca de laranja”, podendo ter dor a palpação e uma diminuição da elasticidade do tecido; Grau IV- Contém as mesmas características do Grau III, acompanhado de nódulos palpáveis, sendo estes visíveis e dolorosos (CAPPELLAZZO et al., 2015). Os motivos que podem levar ao aparecimento do FEG são a genética, sexo, afetando mais mulheres do que homens por causa do número maior de adipócitos, a idade, por conta de alterações hormonais, e também por alguns fatores determinantes, como: estresse, sedentarismo, hábitos alimentares ruins, o fumo, entre outros (FELIPE et al., 2014). Hoje em dia, muitas mulheres procuram tratamentos eficazes e rápidos no combate ao FEG. O uso do ultrassom (U.S.) pode ser uma opção nessa disfunção estética, pelos seus efeitos fisiológicos como piezoeletricidade, tixotropismo, drenante, analgésico e a fonoforese - utilização de fármacos ou cosméticos junto ao gel que vai ser usado para o tratamento - favorece a redução do grau da celulite, eliminação do líquido retido e aumento da circulação (FONSECA et al., 2013).

Objetivos: A presente revisão de literatura tem por objetivo informar aos seus leitores sobre os efeitos fisiológicos do ultrassom na FEG e a capacidade de reduzir os seus graus.

Relevância do Estudo: Demonstrar através do estudo que a fisioterapia dermatofuncional com utilização do U.S., por seu efeito de piezoeletricidade, é importante no tratamento da FEG, pois aumenta a permeabilidade da membrana, estimula células com capacidade de melhorar a aparência do tecido e a satisfação do paciente.

Materiais e métodos: Pesquisa baseada em artigos científicos dos últimos anos no Google Acadêmico, Scielo e Pubmed, utilizando as palavras chave: fisioterapia, fibro edema gelóide, dermatofuncional, ultrassom, tratamento. Sobre o tema: Efeitos Fisiológicos do Ultrassom na FEG.

Resultados e discussões: O ultrassom é um recurso amplamente utilizado para tratamento do FEG, e se destaca em virtude dos seus efeitos fisiológicos pela capacidade de promover um consequente aumento da circulação, reorganização e aumento da extensibilidade das fibras de colágenos e melhora das propriedades do tecido. Além da fonoforese, que associa o uso de fármacos ou cosméticos para potencializar o resultado do quadro da FEG (WALTRICK et al., 2011). Utiliza-se a frequência de 3 MHz na melhora da FEG, por se tratar de lesões superficiais (LUZ e SILVA, 2010). Quando o ultrassom percorre o tecido, uma porcentagem dele é absorvida, levando a uma produção de onda de calor dentro daquele tecido. A quantidade de absorção depende da natureza do tecido, seu grau de vascularização e a frequência utilizada na sessão. Sendo que a sua vantagem de aquecimento é o terapeuta no controle sobre a profundidade na qual o aquecimento ocorre (CAPPELLAZZO et al., 2015).

Conclusão: De acordo com a pesquisa, pode-se concluir que o tratamento da FEG, utilizando o U.S., provoca efeitos fisiológicos eficazes, auxilia na melhora da aparência da pele, melhora a elasticidade da pele, produz colágeno e elastina e reduz o grau da FEG. A mudança nos hábitos de vida é muito importante para se obter maiores resultados. Porém, se faz necessário mais estudos sobre o assunto.

Referências

CAPPELLAZZO, R.; BATISTA, C.; MARCELINO, D. A. et al. Aplicação Do Ultrassom Terapêutico No Tratamento Do Fibro Edema Gelóide. **IX EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar**, Maringá, n. 9, p. 4-8, 2015.

FELIPE, D. P.; MOURA, W. E. M.; CARDOSO, S. B. A. et al. Aplicação da Fonoforese no Tratamento do Fibroedema Gelóide na Região Abdominal. **Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 5, n. 2, p. 110-117, 2014.

FERREIRA, L. L.; FERNANDES, C.; CAVENAGHI, S. Fisioterapia no fibroedema gelóide: Análise de periódicos nacionais. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 12, n. 42, p. 57-63, 2014.

FONSECA, N. H.; MOURA, W. E. M.; CARDOSO, S. B. A. et al. A Aplicabilidade do Ultrassom de 3MHZ Associado a Fonoforese no Tratamento do Fibroedema Gelóide (FEG) na Região Glútea. **Acta Biomedica Brasilensia**, v. 4, n. 2, p. 106-113, 2013.

LUZ, A. S.; SILVA, R. P. A aplicabilidade do ultra som AVATAR IV ESTHÉTIC associado à fonoforese no tratamento do fibro edema gelóide (FEG). **Revista Eletrônica: Saúde CESUS**, n. 1, 2010.

WALTRICK, T.; SCHÜLER, E.; SANTOS, P. et al. Análise da Eficiência do Ultrassom Terapêutico Contínuo Utilizando Gel Comum e Gel com Princípio Ativo no Tratamento do Fibro Edema Geloide Grau II. **REVISTA INSPIRAR • movimento & saúde**, v. 3, n. 6, p. 6-10, 2011.

O USO DA SERTRALINA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Matheus Avila¹; Luana Carlini¹; Felipe Ferreira¹; Rebeca Lopes¹; Ana Paula Battochio²

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – luana_carlini99@hotmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: fibromialgia, fármaco, tratamento fisioterapêutico, sertralina.

Introdução: Fibromialgia é uma síndrome complexa, caracterizada por dores musculoesqueléticas crônicas duradouras e difusas, derivadas de causas não inflamatórias e classicamente associadas à presença de pontos sensíveis específicos (FITZCHARLES et al., 2013). Trata-se da segunda doença reumatológica mais comum, com prevalência mundial de 0,5%-5%. A síndrome afeta predominantemente mulheres entre 40 e 55 anos, com prevalência aproximadamente sete vezes mais alta do que em homens (HEYMARN et al., 2010). Estudos recentemente publicados destacaram outros sintomas importantes em associação com a má qualidade de vida em pacientes com fibromialgia, como perturbações do sono e alexitimia. As principais queixas de sono informadas pelos pacientes são insônia, sensação de cansaço ao andar, redução das horas de sono e aumento no número de interrupções do sono por noite (dificuldade em manter a vigília) (WAGNER et al., 2012). Para tratar ou prevenir a fibromialgia além de tratamento fisioterapêutico, existem várias classes de fármacos, entre eles a sertralina.

Objetivos: Descrever o mecanismo de ação da sertralina na fibromialgia.

Relevância do Estudo: A importância desse fármaco para os pacientes acometidos pela fibromialgia é a analgesia causada pelo inibidor, melhorando não só as dores em várias regiões do corpo, como também o sono que é de extrema importância para o paciente.

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

Resultados e discussões: A concentração plasmática de sertralina é proporcional as doses (50 a 200mg/dia) administradas. Ela é rapidamente absorvida, sofre menos efeito do metabolismo de primeira passagem, se liga fortemente a proteínas plasmáticas aumentando seu nível plasmático. Metabolizados primariamente pelo fígado, afeta as enzimas metabolizadoras do citocromo P-450 e pode comprometer o metabolismo de outras drogas metabolizadas por este sistema. O pico plasmático da sertralina aumenta 30% quando o medicamento é ingerido com alimentos, pela diminuição do metabolismo de primeira passagem (GOODNICK E GOLDSTEIN, 1998). Efeitos colaterais como diarreia, agitação, insônia, ansiedade, ciclagem para a mania, nervosismo com o emprego de doses mais elevadas e uma discreta perda de peso no início do tratamento (GOLDSTEIN E GOODNICK, 1998). A sertralina é um fármaco da classe dos inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRSs), ele inibe de forma potente e eletiva a receptação de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. Ela inibe de forma potente e eletiva a receptação de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão

serotonérgica, e a importância desse fármaco para os pacientes acometidos pela fibromialgia é a analgesia causada pelo inibidor, melhorando não só as dores como também o sono, sendo importante para o paciente (GOODNICK E GOLDSTEIN, 1998).

Conclusão: O presente trabalho conclui que a sertralina é a classe de medicamentos preferida no tratamento da fibromialgia por inibir os receptores da serotonina, tratando assim não só as dores como também o sono e melhorando a qualidade de vida deste paciente.

Referências

FITZCHARLES, M.A; STE-MARIE, P.A; GOLDENBERG, D.L; PEREIRA, J.X; ABBEY S; CHOINEIRE, M; et al. National Fibromyalgia Guideline Advisory Panel. Canadian Guidelines for the diagnosis and management of Fibromyalgia syndrome: **Executive summary. Pain Res & Man**, v.18, p. 119-26, 2013.

GOLDSTEIN, B.J E GOODNICK, P.J. SSRIs in the treatment of affective disorders – III. Tolerability, safety and pharmacoconomics. **J Clin Psychopharmacol**, v.12, n. 3 suppl B, p. S55-S88, 1998.

GOODNICK, P.J E GOLDSTEIN, B.J. Selective serotonin reuptake inhibitors in affective disorders – I: Basic pharmacology. **J Psychopharmacol**; v.12, n.3 suppl B, p. S3-S20, 1998.

HEYMARN, R.E; PAIVA, E.S; HELFENSTEIN, JR.M; POLLAK, D.F; MARTINEZ, J.E; PROVENZA, J.R; et al. Brazilian consensus on Fibromyalgia treatment. **Rev Bras Reumatol**, v. 50, p. 56-66, 2010.

WAGNER, J.S; DIBONAVENTURA, M.D; CHANDRAN, A.B; CAPPELARI, J.C. The association of sleep difficulties with health-related quality of life among patients with fibromyalgia. **BMC MuscDis**, v. 13, p. 199, 2012.

O PAPEL DO FISIOTERAPEUTA NA GESTÃO DA SEGURANÇA: A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DE INCIDENTES NO GERENCIAMENTO DE RISCOS E NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO

Osmar Amaro dos Santos Junior¹; Ana Carolina Garcia²; Daniele Basílio Bresaola³; Vanessa Golim⁴; Rubens Boschetto Melo⁵.

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

²Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – anacarol.rock23@hotmail.com;

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

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

⁵Professor do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
acupuntura.bauru@gmail.com

Grupo de trabalho: Fisioterapia

Palavras-chave: gestão da segurança, análise de incidentes, gerenciamento de riscos, quase-acidente, prevenção de acidentes do trabalho, fisioterapia do trabalho.

Introdução: A análise de incidentes pode ser um valioso instrumento no gerenciamento de riscos e na gestão da segurança, sendo um importante fator na prevenção da ocorrência de acidentes. Conforme a ISO 9001 (2000), “um negócio sem um sistema efetivo de gestão de saúde e segurança é extremamente vulnerável ao custo do passivo e das horas perdidas, resultantes de acidentes de trabalho”. A NBR 14280 fixa critérios para o registro, comunicação, estatística e análise de acidentes do trabalho, suas causas e consequências, aplicando-se a quaisquer atividades laborativas. Em 2003, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou a Resolução n° 259 que reconhece a área de atuação da Fisioterapia do Trabalho, dando referência aos procedimentos em saúde do trabalhador do profissional fisioterapeuta.

Objetivos: O objetivo do presente trabalho é ressaltar a importância do fisioterapeuta na prevenção de acidentes do trabalho.

Relevância do Estudo: Acidentes do trabalho têm um profundo impacto socioeconômico, sendo sua prevenção uma necessidade para as empresas, governo e sociedade.

Materiais e métodos: Trata-se de uma revisão de literatura, nos principais motores de busca, na rede mundial de computadores, com uso das palavras-chaves referenciadas.

Resultados e discussões: Para Cambraia, Saurin e Formoso (2005), o sucesso de qualquer sistema de gestão da segurança está relacionado ao tratamento dado às informações, sendo os incidentes denominados quase-acidentes um dos mais importantes, na medida em que são eventos de ocorrência relativamente frequentes e que poderiam ser causas de acidentes, sob circunstâncias ligeiramente diferentes. Uma mudança de comportamento em relação à segurança, com o aperfeiçoamento de um sistema de coleta e armazenamento de dados para subsidiar estudos e a instrução de colaboradores convergiria na redução da frequência e gravidade de eventos indesejados, contribuindo para a identificação da necessidade de instruções e treinamentos específicos, a detecção de eventuais deficiências e otimização de recursos. A segurança nos serviços, segundo Cunha (2003), pode ser melhorada pela inclusão da análise dos quase acidentes na rotina diária, imediatamente após sua ocorrência, com a maior brevidade possível, evitando-se que elementos importantes para a discussão venham a ser esquecidos, reforçando-se, desta forma, as boas práticas de segurança e indicando falhas que impliquem em grave e iminente risco. O emprego de um procedimento de discussão, análise, registro e ampla divulgação interna de incidentes de trabalho, no

contexto de gestão de segurança, tem forte potencial na prevenção de acidentes. Os acidentes são, invariavelmente, precedidos por incidentes. Estes não podem fazer parte da rotina organizacional, culturalmente assimilados e incluídos de forma despercebida, sem que ocorram medidas que interfiram corretivamente, antes que resultem em fatos mais graves. A fisioterapia do trabalho é, conforme apontaram Baú e Klein (2009), uma área em franca expansão, onde o profissional se relaciona contratualmente com pessoas jurídicas e necessita de uma visão empresarial, raciocínio estratégico bem estruturado, grande conhecimento da ergonomia, biomecânica ocupacional, legislação trabalhista e previdenciária, além das habilidades conquistadas na graduação.

Conclusão: Pode-se observar ser possível, através da análise de incidentes, de sua adequada discussão e registro; de sua ampla divulgação, identificação de necessidades e da adoção das medidas corretivas necessárias, a redução do número ou do potencial de acidentes. O fisioterapeuta, com seus conhecimentos de biomecânica, ergonomia e, com olhar treinado, pode contribuir para a gestão da segurança do trabalho, em esforço conjunto de todos os participantes da empresa. Desta forma, que o papel do fisioterapeuta do trabalho possa, cada vez mais, ser reconhecido e valorizado.

Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14280: cadastro de acidente do trabalho: procedimento e classificação.** Rio de Janeiro, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 9001: sistemas de gestão da qualidade – Requisitos.** Rio de Janeiro, 2000.

BAÚ, L. M.; KLEIN, A. A. O reconhecimento da especialidade em fisioterapia do trabalho pelo COFFITO e Ministério do Trabalho/CBO: uma conquista para a fisioterapia e a saúde do trabalhador. **Rev. Bras. Fisiot.**, São Carlos, v. 13, n. 2, p 5-6, 2009. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016468001>> Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 259, de 18 de dezembro de 2003. Dispõe sobre a Fisioterapia do Trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 66, fev. 2004. Disponível em <<http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/resolu%C3%A7%C3%A3o%20259.pdf>> Acesso em: 25 out. 2018

CAMBRAIA, F. B.; SAURIN, T. A.; FORMOSO, C. T. Quase-acidentes: conceito, classificação e seu papel na gestão da segurança. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 25., 2005, Porto Alegre. **Anais do 25 Encontro Nacional de Engenharia de Produção.** Porto Alegre: ABEPRO, 2005. p. 2589-2596. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2005_Enegep0405_0407.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

CUNHA, E. Portfolio de incidentes críticos: os relatos de consulta como instrumentos de aprendizagem. **Rev. Port. Clin. Ger.**, n. 19, p. 300-303, 2003.

OS EFEITOS DA MUSICOTERAPIA EM CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Edilaine Henrique Vilela¹; Iasmim Feliciano Castilho²; Carolina Tarcinalli Souza³;

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

²Aluno de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB mim_16@hotmail.com;

³Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
caroltar11@hotmail.com.

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Musicoterapia, benefícios, paralisia cerebral, reabilitação

Introdução: Paralisia cerebral é caracterizada por uma alteração dos movimentos controlados ou posturais dos pacientes, sendo secundária a uma lesão, danificação ou disfunção do sistema nervoso central e não é reconhecido como resultado de uma doença cerebral progressiva ou degenerativa. Podendo ocorrer no período pré, peri ou pós natal. As encefalopatias crônicas da infância incluem numerosas afecções com várias etiologias e quadros clínicos diversos tendo em comum o fato de afetarem o sistema nervoso central das crianças com um caráter crônico (LEITE et al., 2004). A incidência da PC tem se mantido constante nos últimos anos, em países desenvolvidos varia de 1,5 a 2,5 por 1.000 nascidos vivos nos, países subdesenvolvidos estimase que a cada 1.000 crianças que nascem, 7 têm PC (MADEIRA et al., 2009). O objetivo do terapeuta é aperfeiçoar os recursos dinâmicos que a criança possui, a partir da avaliação de força, flexibilidade, mobilidade e estabilidade. A musicoterapia é uma técnica que pode ser utilizada pelo terapeuta no tratamento de PC, essa patologia tem como característica redução da habilidade para uso voluntário dos músculos, onde pode ocorrer ou não atraso cognitivo, ela utiliza o som, o silêncio, o ritmo, o movimento, o timbre, a melodia, e outros elementos. A música possui uma dimensão biológica e cultural, atinge o individuo desde sempre e beneficia em razão de seus muitos estímulos psicológicos e fisiológicos (OLIVEIRA et al., 2013).

Objetivos: Descrever, por meio de uma revisão na literatura, os efeitos da musicoterapia em crianças com paralisia cerebral

Relevância do Estudo: Visto que a incidência de PC é crescente, estudos sobre o tema são importantes a fim de procura novas opções de tratamentos como a musicoterapia, pois a mesma melhora as condições psíquicas e físicas minimizando possíveis comprometimentos indesejados.

Materiais e métodos: A pesquisa de caráter bibliográfica com levantamento nas bases de dados: scielo, Pubmed, Lilacs, Bireme no período entre 2003 até 2017. Foram considerados artigos publicados em língua portuguesa, e a busca foi orientada utilizando os seguintes descritores: Musicoterapia, benefícios, paralisia cerebral, reabilitação.

Resultados e discussões: Crianças com PC, muitas das vezes, podem desenvolver fraqueza muscular, dificuldades no controle entre as musculaturas agonista e antagonista, restrição da amplitude de movimento, alterações de tônus e de sensibilidade (SANTOS et al., 2013).

Para Ribeiro (2013) a música assume o papel de importância pelo apelo à expressão, à emoção e à promoção do desenvolvimento criativo principalmente durante as intervenções aplicadas nas crianças com paralisia cerebral é realizar vivências com o meio e com a música. Dessa forma, a criança tem a hipótese de ouvir e explorar diversos sons, assim como cantar,

dançar, tocar para que se situe e participe no mundo que a rodeia. Consequentemente, a música ao ser ouvida e/ou praticada em conjunto, permite que as crianças aprendam a socializar. Pacientes com paralisia cerebral espástica conseguem relaxar mais facilmente com músicas estimulantes utilizando instrumentos musicais de sopro e percussão. Pacientes com hipotonia muscular adquirem um melhor controle físico com aumento do tônus quando tocam instrumentos com músicas de ritmo marcante (AMOR et al., 2017).

Conclusão: A música age diretamente sobre o SNC ajudando o organismo, trazendo benefícios fisiológicos, sistêmicos e emocionais. A música traz efeitos favoráveis em diferentes situações, influenciando variações fisiológicas e variações dos parâmetros bioquímicos, assim como, alterações na saúde emocional, sensibilidade à dor e adequação do tônus.

Referências

AMOR, R.; RODRIGUES, I.; SANTOS, A et al. A influência da atividade musical em pessoas com paralisia cerebral no município de santana de Parnaíba. **Revista InCatere**, v.8, n.1, p.108-127, 2017.

LEITE, J.; PRADO, G. Paralisia cerebral Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. **Revista Neurociencia**, v.12, n.1, p.41-45, 2004.

MADEIRA, E.; CARVALHO, S. Paralisia cerebral e fatores de riscos ao desenvolvimento motor: uma revisão teórica. **Revista Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v.9, n.1, p.142-163, 2009.

OLIVEIRA, L.; DANTAS, A.; PALVA, J.; et al. Recursos fisioterapêuticos na paralisia cerebral pediátrica. **Revista Científica da Escola da Saúde**, v.2, n.2, p.25-37, 2013.

RIBEIRO, E.A.N. A importância da musicoterapia na paralisia cerebral: percepção da equipa multiprofissional. 2013, 104f. Mestrado- (Dissertação). Lisboa, Portugal. 2013.

SANTOS, D.; PONTES, H.; SOARES, J.; et al. A influencia da musicoterapia no tratamento de crianças com paralisia cerebral – Um relato de experiência. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v.15, n.15, p.57-68, 2013.

SARCOPENIA EM IDOSOS: IMPORTÂNCIA, MÉTODOS PARA DETECTÁ-LA E PREVENI-LA

Clara Fróes de Moraes¹, Aldo Henrique Menechelli Ferrari², Ana Paula da Silva³, Gabriela Crivelaro Giatti⁴, Luis Alberto Domingo Francia Farje^{5,6}

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

⁵Professor dos cursos da Saúde – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – luis.farje@fatec.sp.gov.br

⁶Professor do curso de Radiologia – Faculdade de Tecnologia de Botucatu – FATEC Botucatu

Grupo de trabalho: Anatomia

Palavras-chave: Sarcopenia, Envelhecimento, Músculo, Idosos, Atrofia Muscular.

Introdução: A sarcopenia é uma patologia relacionada à perda de massa e força muscular de idosos devido à falta de atividade física ou de alguma anormalidade metabólica, ela gera maior imobilidade no paciente. Observa-se a sarcopenia tanto em homens como em mulheres e ela pode gerar diversos riscos, sendo eles a perda de autonomia, risco aumentado de quedas, redução da densidade mineral óssea e declínio da capacidade funcional podendo, em mais grave dos casos, levar à morte (NETO, 2012). Foi observado que a realização de exercícios físicos, através do treinamento de força em idosos traz como resultado a maior independência e autonomia para que estes efetivem suas atividades de vida diária sem os riscos de sofrerem quedas (BERNARDI, 2008). Estudos mostram que a ação de citocinas pró-inflamatórias, redução da síntese proteica em miócitos, limitação da atividade física, resistência insulínica e ingestão proteica inadequada também tenham papel no desenvolvimento da sarcopenia (TEIXEIRA, 2012). A inflamação, que se relaciona a processos catabólicos, está ligada não somente a sarcopenia, mas também a obesidade. Mesmo que a perda muscular seja o resultado de diversas causas, representa o maior contribuinte para o ganho de gordura, o que, por sua vez, reforça a perda muscular. Para o diagnóstico da sarcopenia é necessário observar a diminuição da função muscular associada à perda de massa muscular (PIERINE, 2009).

Objetivos: Este trabalho visa mostrar, através de artigos científicos e livros, a importância de conhecer os métodos para detectá-la e preveni-la para uma maior qualidade de vida.

Relevância do Estudo: A sarcopenia é uma patologia que acomete a maioria dos idosos. Com o aumento de expectativa de vida, são necessários estudos para motivarem os idosos a se exercitarem para o ganho de equilíbrio, melhorar suas atividades de vida diárias e terem uma melhor qualidade de vida.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos de bases de dados online como Scielo, Pubmed e Google Acadêmico e em livros da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru (FIB).

Resultados e discussões: A sarcopenia causa maior risco para quedas, fraturas, incapacidade, dependência e hospitalização decorrente. Os principais achados no estudo foram que método mais eficaz de tratamento da sarcopenia é o da prevenção, encontrou-se que o treinamento resistido é o mais indicado e também mais aceito pelos idosos, na expectativa de recuperação e retardo da enfermidade. Estudos estão sendo concluídos para registrar a melhora da sarcopenia através de exercícios de fortalecimento contínuos e progressivos para aumentar o ganho de força muscular e conseqüentemente a massa muscular. A prática regular de exercícios, desde jovem, diminui a perda muscular do idoso, e a intervenção mais eficaz são exercícios de resistência (ROSSI, 2008).

Sobre os métodos utilizados para avaliação de idosos, cabe destacar que os idosos devem ser avaliados constantemente, para que estes métodos não sejam aplicados de forma que seja prejudicial ao indivíduo. Em estudos, mulheres e homens sarcopênicos tinham 3,6 e 4,1 (respectivamente) maiores chances de incapacidade, quando comparados àqueles com maior massa muscular (SILVA, 2006). Portanto, a suplementação hormonal (como esteróides sexuais) é uma boa opção para prevenir ou tratar a sarcopenia. Porém, a reposição estrogênica em mulheres não se mostra efetiva. Sendo assim, a perda de função muscular associada a perda de massa muscular é algo que a população deve evitar para que não haja problema nas atividades de vida diária de cada indivíduo. Com a inatividade física, pode-se comprometer o equilíbrio, a disposição, as atividades de vida diária e a qualidade de vida do indivíduo. Deve-se ter a iniciativa de promover, através de campanhas, com associação dos centros de pesquisa com órgãos públicos focando-se na importância dos idosos terem maior conhecimento sobre a temática e assim prevenir e/ou retardar a patologia (RODRIGUES, 2018). Acredita-se que com a propaganda da patologia, a procura a prevenção será maior, e o índice de sarcopenia diminuiria significativamente. Estudos com atividade física têm os mais promissores resultados, tanto na prevenção quanto no tratamento da sarcopenia (SILVA, 2006).

Conclusão: Conclui-se que a presença da patologia em um paciente limita suas atividades de vida diárias. A sarcopenia é encontrada em idosos com maior índice de quedas, menor resistência muscular e menor massa muscular. A melhor maneira de prevenção da sarcopenia é o hábito diário de realizar atividades físicas para o ganho e fortalecimento de massa muscular para uma melhor qualidade de vida do idoso.

Referências

- BERNARDI, D. O tratamento da sarcopenia através do exercício de força na prevenção de quedas em idosos: revisão de literatura. **Rev. Cient. Am. Lat**, Campinas, v.12, n. 2, 2008, p. 197-213.
- NETO, L. Associação entre sarcopenia, obesidade sarcopênica e força muscular com variáveis relacionadas de qualidade de vida em idosos. **Rev. Bras. Fisioter**, São Carlos, v. 20, n.10, p. 10-20, 2012.
- PIERINE, D. Sarcopenia: alterações metabólicas e consequências no envelhecimento. **Rev. Bras. Ci. e Mov**, Brasília, v. 3, n. 17, p. 96-103, 2009.
- RODRIGUES, A. Treinamento resistido na retardação do processo de sarcopenia em idosos: uma revisão bibliográfica sistematizada. **Rev. Uningá, Baía**, v. 55, n. 2, p. 101-116, 2018.
- ROSSI, E. Envelhecimento do sistema osteoarticular. **Rev. Einstein**, Campinas, v. 1, n. 6, p. 7-12, 2008.
- SILVA, T. Sacopenia associada ao envelhecimento: aspectos etiológicos e opções terapêuticas. **Rev. Bras. Reumatol**. São Paulo, v. 45, n. 6, p. 391-397, 2006.
- TEIXEIRA, V. Mecanismo de perda muscular da sarcopenia. **Rev. Bras. Reumatol**, Rio Branco, v. 2, n. 52, p. 247-259, 2012.

A EFICÁCIA NO TRATAMENTO DE BEBÊS PREMATUROS UTILIZANDO O MÉTODO CANGURU

Clara Fróes de Moraes¹, Aldo Henrique Menechelli Ferrari², Ana Paula da Silva³, Gabriela Crivelaro Giatti⁴, Luis Alberto Domingo Francia Farje^{5,6}

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

²Aluno de Educação Física – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – menechelli82@gmail.com

³Aluna de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – anapasil96@gmail.com

⁴Aluna de Enfermagem – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – gabriela_giatti@hotmail.com

⁵Professor dos cursos da Saúde – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – luis.farje@fatec.sp.gov.br

⁶Professor do curso de Radiologia – Faculdade de Tecnologia de Botucatu – FATEC Botucatu

Grupo de trabalho: Anatomia

Palavras-chave: Método Canguru, prematuridade, recém-nascidos, mãe-canguru.

Introdução: O Ministério da Saúde declara que o avanço da medicina tem ajudado os casos de bebês prematuros que, muitas vezes, necessitam lutar pela vida. Os neonatos são considerados de baixo peso quando nascem com menos de 2,5 kg, já os prematuros (ou pré-termos) são aqueles que nascem antes de completar 37 semanas de gestação. A incidência de bebês prematuros e de baixo peso atinge, anualmente, 20 milhões de recém-nascidos no mundo, e destes, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, aproximadamente 10% dos bebês nascem antes das 40 ou 42 semanas previstas na gestação. Caso o bebê prematuro e/ou com baixo peso precise ficar internado, o SUS disponibiliza uma atenção humanizada ao recém-nascido e a sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O Ministério da Saúde aderiu a política de atenção humanizada ao recém-nascido de muito baixo peso (método canguru), uma proposta de humanização da assistência neonatal fixando-se em quatro fundamentos básicos: acolhimento ao bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele (posição canguru) e o auxílio da mãe nos cuidados com o filho (BORCK, 2010). O Método Canguru foi criado na Colômbia com o intuito de observar as condições clínicas do bebê para determinar alta hospitalar precoce com acompanhamento ambulatorial (COLARES, 2017). Este método é um modelo de assistência que se inicia na gravidez de risco e segue até o recém-nascido atingir 2,5 kg. Dessa forma, envolve pré-natal, internação materna, parto e nascimento, internação do recém-nascido e retorno para casa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Objetivos: Apresentar o Método Canguru e descrever os benefícios que comprovam a eficácia do mesmo no tratamento de bebês recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso.

Relevância do Estudo: Com a evolução médica e visando diminuir a taxa de mortalidade neonatal, são criados métodos que estimulam os recém-nascidos a terem uma melhora fisiológica significativa aumentando suas chances de sobrevivência. O Método Canguru se mostrou eficiente nos estudos e está sendo utilizado em diversos hospitais do mundo.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos de bases de dados online como Scielo, Pubmed e Google Acadêmico e em livros da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru (FIB).

Resultados e discussões: A posição "Mãe-Canguru" consiste em manter o bebê semidespido na posição vertical, em prono (decúbito ventral) contra o peito dos pais e com a cabeça do bebê próximo ao coração destes, ouvindo a frequência cardíaca e aquecendo-se diretamente pelo contato com a pele da mãe (PAIM, 2007). Estudos mostram que o contato

íntimo da mãe ao recém-nascido, proporcionado pelo método, estimula o vínculo afetivo materno e recém-nascido, melhora a lactação e a amamentação, estimula o desenvolvimento físico e emocional do bebê, diminui o estresse do bebê, estabiliza a frequência cardíaca, a oxigenação e a temperatura do corpo do bebê, provê estimulação auditiva e diminui riscos de infecção cruzada (BORCK, 2010), além de promover estabilidade fisiológica, organização dos estados comportamentais e relações positivas de apego (BRITO, 2008). A Norma do Ministério da Saúde propõe o aproveitamento do método em três etapas, iniciando nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal – UTIN, e unidades de cuidados intermediários), em seguida às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar, nos ambulatórios de seguimento (canguru domiciliar) (VENANCIO, 2004).

Segundo o estudo de Colares (2017), o método canguru é uma ótima alternativa a ser aplicada, pois favoreceu o aleitamento materno, a relação mãe-bebê, facilitou a comunicação, contribuiu para a efetividade da alimentação, auxiliou o bebê nas funções de sugar e deglutir, além de diminuir o tempo de permanência hospitalar e, conseqüentemente, os custos para a saúde pública. Estudos de Venancio (2004) mostraram os benefícios da posição mãe-canguru aos recém-nascidos a nível psicológico, neurológico e fisiológico, porém o método vem sendo aplicado com objetivo de humanizar a atenção ao recém-nascidos de baixo peso, e não substituir a tecnologia das unidades neonatais, as quais são de extrema importância.

Conclusão: Conclui-se que o tratamento de bebês recém-nascidos de baixo peso e/ou prematuros utilizando o método canguru se mostrou eficaz em inúmeros aspectos, considerando que se trata de uma humanização no tratamento destes recém-nascidos. O método canguru deve ser considerado na situação em que o bebê está com a sua saúde comprometida. Deve-se lembrar os benefícios para o bebê causados por esse método, sendo eles a estimulação do desenvolvimento emocional e físico, estabilização da frequência cardíaca, da oxigenação e da temperatura do corpo, estimulação do relacionamento mãe-bebê, dentre inúmeros outros.

Referências

BORCK, M. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, 2010.

BRITO, M. **Modelos de assistência neonatal: comparação entre o método mãe-canguru e o método tradicional**. 2008. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

COLARES, L. Evolução ponderal dos recém-nascidos prematuros acompanhados na terceira etapa do método canguru na Maternidade Cidade Nova Dona Nazira Daou. **Revista de Ciências da Saúde da Amazônia**, Amazônia, n. 1, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Método canguru. **Portalms**, 2015. Disponível em: <<https://tecnoblog.net/247956/referencia-site-abnt-artigos/>>. Acesso em: 23 de out. de 2018.

PAIM, B. **A constituição subjetiva, o desenvolvimento psicomotor e a educação de crianças que nasceram pré-termo e participaram da posição Mãe-Canguru**. 2007. Tese (Doutorado) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VENANCIO, S. Método Mãe-Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e o impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 173-180, 2004.

A EFICÁCIA DA HIDROTERAPIA EM PACIENTES COM ARTRITE REUMATÓIDE.

Natalia Larisa Coutinho¹; Juliana Goivinho de Castro¹; Luana Eduarda Rosa Castor¹; Leticia de Freitas Silva¹; Alex Augusto Vendramini²

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – natnat.larissa@outlook.com

²Professor do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – alexvendramini@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Artrite reumatoide, Hidroterapia.

Introdução: A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença causada por uma desordem autoimune de etiologia desconhecida caracterizada pela ocorrência de vários episódios de processos inflamatórios reativos que podem afetar principalmente as articulações (ROSA et al., 2015). Caracterizada por poliartrite periférica de forma simétrica, que pode levar a deformidades, destruição articular por erosão do osso e cartilagem e incapacidade funcional. Apresenta manifestações articulares precedidas por fadiga, mialgia, febre e manifestações extraarticulares (SANTANA et al., 2013). De acordo com a *American Rheumatism Association* (ARA) e com o Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia os critérios para classificação da AR são: Rigidez matinal com duração de ao menos uma hora, edema de tecidos moles de três ou mais áreas articulares, edemas das articulações interfalangeanas proximais, metacarpofalangeanas ou do punho, edemas simétricos, nódulos reumatóides, presença de fator Reumatóide diagnosticado por exame clínico, erosões radiográficas ou osteopenia periarticular nas articulações da mão e ou punho (KULKAMP et al., 2009). Sendo que quatro devem estar presentes por um período mínimo de seis semanas para o seu diagnóstico. A AR não apresenta etiologia definida e pode estar relacionada à interação multifatorial envolvendo vírus, bactérias, fatores comportamentais, genéticos, distúrbios neuroendócrinos ou imunológicos (SANTANA et al., 2013). Sua prevalência é estimada em 0,5% a 1,0% da população adulta e as mulheres são duas a três vezes mais acometidas que os homens, sendo que o início geralmente ocorre entre os 30 e 50 anos (MOLIN et al., 2015). Tem-se buscado cada vez mais a fisioterapia para o tratamento de doenças reumáticas, particularmente nos casos de AR, normalmente agregada ao tratamento medicamentoso, onde são percebidos resultados favorável. A hidroterapia é um dos recursos da Fisioterapia mais utilizado no processo de reabilitação especialmente em pacientes reumáticos, por possuir algumas vantagens devido às propriedades físicas da água e os efeitos fisiológicos, é recomendada para pacientes com artrite, pois proporciona uma gama de benefícios que no meio aquático tem uma ótima indicação no tratamento desses pacientes, pois há uma diminuição dos efeitos da gravidade que resulta numa menor compressão sobre as articulações (ROSA et al., 2015).

Objetivos: O objetivo desse estudo foi revisar a Eficiência da Hidroterapia em pacientes portadores de Artrite Reumatóide.

Relevância do Estudo: Trazer conhecimento e informações através de estudos científicos sobre os Tratamentos Fisioterapêuticos de Hidroterapia para paciente com Artrite Reumatoide.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema nos bancos de dados como SCIELO, BIREME, GOOGLE ACADEMICO e LILACS.

Resultados e discussões: Foi realizado um estudo onde investigaram a utilização da hidroterapia no tratamento das formas de AR. Foram avaliadas oito pacientes do sexo feminino submetidas à um protocolo de exercícios em piscina aquecida entre 28°C e 32°C. O tratamento efetuou-se em 10 sessões de fisioterapia, duas vezes por semana com duração de 45 minutos cada sessão que foi composta por aquecimento, condicionamento, alongamento e relaxamento. Antes e após o tratamento todas as pacientes foram submetidas a uma avaliação fisioterapêutica consistindo em anamnese, avaliação da qualidade de vida por meio do Questionário SF-36 e avaliação de rigidez matinal, dor e qualidade do sono por meio de escalas analógico-visuais. Ao término do tratamento foi verificada melhora significativa em todos os domínios do Questionário da qualidade de vida SF-36, além disso, foi possível verificar uma redução significativa da rigidez matinal e uma melhora significativa da dor e da qualidade do sono (FERREIRA et al., 2008). A hidroterapia mostra-se eficaz por promover melhorias superiores às experimentadas no solo, melhorando o estado físico e psicológico do paciente, a circulação periférica, beneficiando o retorno venoso e proporcionando um efeito massageador relaxante, tendem a melhorar a amplitude de movimento (ADM) das articulações, a força muscular, a capacidade cardiovascular e o equilíbrio postural, atuando dessa forma nas principais queixas de pacientes com AR. Os exercícios na água são muito bem tolerados, especialmente em água aquecida, pois o ambiente morno ajuda a reduzir a dor pela descompressão articular, diminuindo a sobrecarga e os espasmos musculares, colaborando assim na evolução da capacidade funcional do paciente. As melhoras funcionais se devem aos princípios físicos da água, que contribuem no aumento da ADM através da flutuação que atua facilitando o movimento articular, através da viscosidade da água que contribui no melhor desempenho da força muscular e da pressão hidrostática que ajuda no condicionamento cardiovascular (ROSA et al., 2015).

Conclusões: Os Recursos da Hidroterapia na Artrite Reumatoide mostraram ser eficaz na melhora da qualidade de vida dos pacientes proporcionando alívio das dores articulares, rigidez matinal, melhora na amplitude de movimento e na capacidade funcional devido aos princípios físicos da água.

Referências

- FERREIRA, F. R. L.; PESTANA, R. P.; OLIVEIRA, J.; FERRARI, M. M. A. R. E. Efeitos da reabilitação aquática na sintomatologia e qualidade de vida de portadoras de Artrite Reumatóide, **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 136-41, abril/junho, 2008.
- KULKAMP, W.; DARIO, B. A.; GERALD, S. M.; DOMENECH, C. S. Artrite reumatoide e exercício físico, resgate histórico e cenário atual, **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Santa Catarina, v. 14, n. 1, 2009.
- MOLIN, D. V.; MYRA, S. R.; PASSEBOM, V.; VIEIRA, G.; WIBELINGER, M.L. Intervenção fisioterapêutica em pacientes portador de artrite reumatoide: Um estudo de caso, **Revista Digital**, Buenos Aires. 209, outubro, 2015.
- SANTANA, S. V.; EUZÉBRIO, V. J. J.; GALVÃO, L.V. Benefícios da Fisioterapia Aquática no paciente com artrite reumatoide: Revisão de literatura, **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 50-66, julho, 2013.
- ROSA, S. G. C.; HERINGER, M. D.; SILVA, C. C. P. A Eficácia da hidroterapia em pacientes com artrite reumatoide: Estudo de revisão, **Revista Amazônica Science & Health**, Palmas, v. 3, n. 1, p. 37-41, janeiro-março, 2015.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

Beatriz Savian¹; Julya Cristiane Moura¹; Larissa Mendes Magalhães¹; Fernanda Piculo²

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: Disfunção sexual feminina; tratamento; fisioterapia.

Introdução: As disfunções sexuais femininas (DFS) são classificadas como transtorno do desejo sexual hipoativo, transtorno da excitação sexual, transtorno ou disfunção orgásmica, dispareunia e vaginismo. São pouco constatadas, apesar de ter alta prevalência em mulheres ao longo da vida (TRINDADE e LUZES, 2017). O transtorno de qualquer uma das fases da resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) pode acarretar o aparecimento destas disfunções sexuais (DELGADO, FERREIRA e SOUSA, 2014). Estudos populacionais brasileiros têm confirmado o predomínio de transtornos sexuais em todas as faixas etárias, para ambos os gêneros, sendo a idade uma variável relevante (SILVA e ABREU, 2014). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a felicidade sexual é caracterizada como uma condição indispensável para a questão da saúde. Afirma que a falta de prazer pode provocar diversos problemas como tensão constante, mau humor, depressão, insônia, entre outros fatores (TRINDADE e LUZES, 2017). Para o correto diagnóstico das DFS, faz-se necessário observar uma série de fatores como a evolução do quadro, condições do parceiro, características do estímulo sexual, levando em consideração o foco, duração e intensidade (DELGADO, FERREIRA e SOUSA, 2014). A atuação da fisioterapia no tratamento das DSF é descrita pela melhora da mobilidade da musculatura do assoalho pélvico e ao alívio da dor pélvica e/ou abdominal. Para isso, diversas terapias são utilizadas como, por exemplo, exercícios para os músculos do assoalho pélvico, eletroterapia e terapia manual (WOLPE et al., 2015).

Objetivos: O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão literária com a finalidade de obter dados sobre os recursos de tratamento fisioterapêutico nas disfunções sexuais femininas.

Relevância do Estudo: Devido à falta de conhecimento sobre o assunto e elevado número de mulheres que possuem estas disfunções, foi proposta esta revisão de literatura para buscar informações à respeito dos possíveis tratamentos fisioterapêuticos, na tentativa de ser recurso valioso para auxiliar na resolução dos transtornos sexuais e na melhora na qualidade de vida dessas mulheres.

Materiais e métodos: Para a realização do presente estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica, que incluiu artigos científicos utilizando as bases de dados Scielo, Bireme e Lilacs, referentes ao assunto principal. A pesquisa abrangeu literatura publicada no período de 2014 a 2018.

Resultados e discussões: Atualmente, a fisioterapia vem sendo incluída na equipe interdisciplinar voltada ao tratamento das disfunções sexuais das mulheres, através do uso de diversas técnicas como eletroestimulação, biofeedback, cinesioterapia e terapias manuais (DELGADO, FERREIRA e SOUSA, 2014). A fisioterapia é considerada um componente complementar para as disfunções urogenitais, incluindo a incontinência urinária de esforço e prolapso pélvicos, que muitas vezes acompanham o histórico das DSF. Há recursos

terapêuticos capazes de prover tratamentos para restaurar a função, melhorar a mobilidade, aliviar a dor e prevenir ou limitar deficiências permanentes, uma vez que as apresentações sintomáticas que limitam a função sexual frequentemente relacionam-se com disfunções de componentes osteomusculares (SILVA e ABREU, 2014). O tratamento de disfunções sexuais envolve profissionais de diferentes áreas e múltiplas abordagens associadas. Uma musculatura sadia, tônica e contrátil permite melhor qualidade de sensações vaginais, imprescindível para a atividade sexual satisfatória. Logo, alterações da região pélvica decorrentes da gravidez e do parto, de cirurgias pélvicas, traumas, ou ao envelhecimento natural devem ser detectadas, pois comprometem seu desempenho como um todo. Entre os artigos analisados, as disfunções mais comuns encontradas foram: anorgasmia, vaginismo e dispareunia (BARACHO, 2018). Estudos relatam os benefícios da fisioterapia no tratamento da dispareunia por meio do uso concomitante de cinesioterapia com dilatadores vaginais de diversos tamanhos, utilizados de forma gradativa e associados à técnica de relaxamento e contração dos músculos do assoalho pélvico, por meio de uma expiração profunda, baseando-se na reeducação de contração e relaxamento da musculatura do assoalho pélvico. Em relação à anorgasmia, são indicados exercícios de contração perineal associados ao biofeedback, realizados em um circuito de sete exercícios contendo variações de obstáculos e com uso de cones vaginais. As pacientes orgásmicas e anorgásmicas relataram melhora da satisfação sexual e da consciência corporal. Também observaram melhora da dispareunia e do vaginismo após a realização de técnicas manuais de liberação miofascial em pontos gatilhos da região pélvica, exercícios de abordagem comportamental, bem como exercícios de Kegel, biofeedback, eletroterapia e termoterapia (DELGADO, FERREIRA e SOUSA, 2014).

Conclusão: Com base na literatura, foi observado que a fisioterapia vem ganhando um papel muito importante na equipe multidisciplinar quando se refere ao tratamento relacionado a saúde da mulher. Várias técnicas são utilizadas no tratamento dessas disfunções com resultados satisfatórios e eficazes, demonstrando a importância da fisioterapia ginecológica na saúde da mulher. Os exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico são a terapia mais utilizada pela fisioterapia para intervenção dessas disfunções, melhorando a qualidade da vida sexual da mulher.

Referências

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à saúde da mulher**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

DELGADO, A. M.; FERREIRA, I. S. V.; SOUSA, M. A. Recursos fisioterapêuticos utilizados no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Revista Científica da Escola da Saúde**, v. 4, n. 1, p. 47-56, 2015.

SILVA, D. J. R.; ABREU, A. H. Recursos fisioterapêuticos para as disfunções sexuais femininas: uma revisão literária. **Revista Hórus**, v. 9, n. 1, p. 53-66, 2014.

TRINDADE, S. B.; LUZES, R. Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas. **Revista discente da UNIABEU**, v. 5, n. 9, p. 10-16, 2017.

WOLPE R. E.; TORIY, A. M.; SILVA, F. P. et al. Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais femininas: uma revisão sistemática. **Revista Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 87-92, 2015.

ANTIDEPRESSIVOS NA VIDA ACADÊMICA

Alicia Elen de Oliveira Araújo¹; Heloíse Kalyne Brandão Pateis¹; Dara Ribeiro Bueno de Paula¹; Laura Fabre de Oliveira¹; Yasmim Ap^a de Sousa Oliveira. ¹ Ana Paula Roquensel Battochio².

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB, aeoaraujo@outlook.com

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

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Antidepressivos, fluoxetina, sertralina.

Introdução: A depressão é tão antiga quanto a humanidade, sobretudo, ainda no século XX, foi caracterizada como mal do século em decorrência do crescente aumento de casos (ESTEVES E GALVAN, 2006; MORAES et al., 2006; FINLEY, LAIRD E BENEFIELD, 2004). A depressão caracteriza-se como transtorno do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), marcado pela queda na energia e atividades, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite) perda da autoestima, onde o indivíduo tem dificuldade para atingir seus objetivos de vida (PARIS-RIBEIRO et al., 2004; PORTO, 1999). A pessoa com depressão perde a vontade de apreciar o que antes lhe trazia prazer, deixa de realizar suas atividades do dia-dia, tem pensamentos pessimistas de si, do mundo e do futuro (SKAE et al., 2010). No ambiente acadêmico Rezende et al (2008) ressaltam que este transtorno pode ser observado por sentimentos de tristeza e infelicidades, derrotas, situações de perdas, problemas familiares, socioeconômicas. Tais sentimentos apresentam impacto no rendimento e aprendizagem de tarefas cotidianas (ALFENAS et al., 2015). No Brasil, algumas pesquisas têm relatado os sintomas depressivos em estudantes universitários. Estima-se que durante sua formação acadêmica, 15 a 25% dos estudantes universitários apresentem algum transtorno psíquico. Nesse contexto, destacam-se os estudantes da área de saúde. Um estudo realizado em estados brasileiros, com estudantes da saúde, demonstrou prevalência de sintomas depressivos em 27% dos pesquisado, essa maior predisposição parece estar relacionada a diferentes fatores ao longo do curso (CONTE; GONÇALVES, 2006). A depressão, além de causar grande sofrimento psíquico, pode levar a prejuízos no desempenho acadêmico (FUREGATO et al., 2006). Para tratar a depressão, vários são os medicamentos utilizados, entre eles estão a sertralina e a fluoxetina.

Objetivo: Descrever o mecanismo de ação das duas principais classes medicamentosas utilizadas para tratar a depressão.

Relevância do Estudo: Demonstrar os efeitos das drogas fluoxetina, sertralina, seus benefícios e malefício suas indicações e contraindicações.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica com base em artigos, com a palavras chaves, antidepressivos, fluoxetina e sertralina.

Resultados e discussões: Em casos de depressão severa ou resistente à psicoterapia, o tratamento farmacológico é necessário (CLAVENNA et al., 2004). Este medicamento é indicado para tratamento da depressão com maior distúrbio obsessivo compulsivo, desordem pré-menstrual e bulimia nervosa (MARTINDALE, 2002). A fluoxetina tem como contraindicação mulheres grávidas, lactantes e ou com hipersensibilidade (KOROLKOVAS, et al., 2006). No ano de 1985, chegou aos EUA uma remeça de antidepressivos chamados Fluoxetina, causando entusiasmos no tratamento da depressão. Em relação a razoabilidade dos antidepressivos tricíclicos é inibidores da monoamino-oxidase. A Fluoxetina é um medicamento que atua como inibidores seletivos de receptação da serotonina (ISRS) (MORENO.R.; MORENO. D.; SOARES. M., at el 1999). Como classe, os inibidores seletivos

da recaptação da serotonina inibem a recaptação pré-sináptica da recaptação da serotonina, com tudo aumentando a disponibilidade da serotonina sináptica (BROQUET et al., 1999). Este inibidor é exclusivo da captação da serotonina em nível de córtex cerebral, neurônios serotoninérgicos e das plaquetas. Além de não inibir a captação de outros neurotransmissores e não tem a mesma afinidade entre os receptores adrenérgicos, muscarínicos, colinérgicos, HI- histamínicos, serotoninicos ou dopaminicos. As diferenças entre o ISRS estão entre suas meias vidas a fluoxetina tem a vida mais longa 4 a 6 dias já a na fluoxetina tem uma meia vida de 7 a 9 dias (SADOCK, et al., 2007). Esta meia longa vida protege contra os efeitos adversos em caso de retirada do medicamento, permite uma única dose semanal, uma fluoxetina de longa duração e de liberação lenta (SOUZA et al., 2002).

Conclusão: O tratamento medicamentoso para depressão minimiza as consequências físicas e psicológicas que afetam a vida dos jovens. Portanto os medicamentos mostraram-se eficazes para o alívio dos sintomas, mas também busca reestabelecer a melhora do sono e vida diária do paciente por inibirem a recaptação da serotonina.

Referências

CARLINIL, A. E, NOTOL.A. R, NAPPOL.S. A, et al. **Fluoxetina: indícios de uso inadequado. Vol.58. Nº2.Rio De Janeiro 2009.** Acesso em: 12 setembro. 2018

BITTERN COURT. S. C, CAPONI.S, MALUF.S, **Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. 2013, vol.19, Nº2.** Acesso em:12 setembro.2018

MORENO, R. A., MORENO. D. H, SOARES.M.B.M. **Psicofarmacologia de antidepressivos. vol. 21 - maio 1999.** Acesso em:12 setembro.2018.

PRIETSCHL. R. F. **Estudo da prescrição do antidepressivo fluoxetina no tratamento para a depressão na cidade de pelotas.** Disponível em: <https://revistas.ufg.br/REF/article/view/25350/pdf>

Acesso em:12 setembro.2018.

SCOLAROL, L. L., BASTIANI.D, MELLA. ELIANE, A. C, **Avaliação do uso de antidepressivos por estudantes de uma instituição de ensino superior. vol. 14, n. 3, p. 189-196, set./dez. 2010.** Acesso em: 12 setembro.2018

SOARES, P. J, **Inibidores seletivos da recaptação da serotonina. Outubro de 2005. Vol.10. Nº10.** Acesso em: 12 setembro.2018

ARTRITE NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Thayná Garcia¹ Bianca Caroline Marmol¹, Franciele Correa Ferreira¹, Sarah Passos Silva¹, Elaine Camargo Costa e Silva²

Alunos de Fisioterapia¹ – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – thayna.ta98@gmail.com
Professora de Fisioterapia² – Faculdades Integradas de Bauru – FIB –
camargocostaesilva@yahoo.com.br

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: articulação temporomandibular, disfunções da ATM, artrite.

Introdução: A Articulação Temporomandibular (ATM) é um item do sistema estomatognático, que realiza movimentos complexos, tais como a mastigação, deglutição, fonação e postura, que para funcionarem de forma adequada, dependem da função e estabilidade desta (MEHTA, 2016). Quando existe alguma alteração nesta articulação classificamos como Disfunção Temporomandibular (DTM), definida como anormalidades nas condições médicas, dentárias ou faciais, desencadeando as disfunções na ATM, nos músculos e tecidos adjacentes. Sua etiologia é multifatorial, estas são, alterações na oclusão, lesões traumáticas ou degenerativas. Estima-se que pelo menos 60% da população apresenta DTM, sendo o sexo feminino o mais afetado com o grupo etário de 20 a 40 anos (PEREIRA et al., 2018). Um caso constante é a artrite na ATM, definida como uma inflamação da articulação, causando dor e rigidez, podendo piorar com a idade. Existem tipos e etiologias diferentes, tais como artrite infecciosa, artrite traumática, osteoartrite, artrite reumatoide e artrite degenerativa secundária. Quando os pacientes com artrite desenvolvem sintomas na ATM resultam em área inflamada, movimentos mandibulares limitados e rígidos, edema intra-articular ou hemorragia que atinge o espaço articular, orifício no disco causando atrito entre os ossos, aplainamento e osteófito da cabeça da mandíbula, ruídos, dor, crepitação, erosão óssea e da cartilagem e em crianças, a destruição da cabeça da mandíbula resulta em distúrbio do crescimento mandibular e deformidade facial, levando à anquilose que é a imobilidade ou consolidação da articulação (MEHTA et al., 2018).

Objetivo: Descrever a ocorrência dos diferentes tipos de artrite na ATM, analisando a melhor intervenção fisioterapêutica para o paciente, melhorando sua qualidade de vida.

Relevância do Estudo: Demonstrar a ação do tratamento fisioterapêutico nos pacientes com artrite na ATM e disponibilizar informações para fisioterapeutas.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo de revisão de artigos baseado no tema, artrite em articulação temporomandibular e tratamentos fisioterapêuticos em bancos de dados como PubMed e Google Acadêmico.

Resultados e discussões: A estratégia terapêutica é baseada em três fundamentos gerais que é o restabelecimento do paciente, através da utilização da placa, que visa melhorar do controle funcional e a diminuição dos fatores traumáticos sobre a ATM, o uso de medicamentos e a fisioterapia, que tem papel importante para promoção da função mandibular normal, redução dos níveis de dor, melhora da qualidade de vida e o restabelecimento da ADM. Alguns tratamentos fisioterapêuticos que podem ser utilizados é a termoterapia, com a aplicação terapêutica de calor ou frio local, para estimular a vasodilatação ou vasoconstrição nos tecidos, aliviar dor e promover o relaxamento. Exercícios terapêuticos que ajudam a restaurar a amplitude do movimento, prevenir aderências, fortalecer ou alongar

os grupos musculares, prevenir a sobrecarga futura da articulação e reeducar o uso das articulações danificadas. Eletroterapia, como o Ultra-Som (US) com a penetração profunda, capaz de produzir alterações nos tecidos, ocasionando aumento do fluxo sanguíneo no local, redução do edema e dor e aumento da vulnerabilidade das fibras colágenas. TENS para analgesia, liberação de endorfinas e aumento da circulação diminuindo a dor. LASER com o objetivo de alívio de dor, regeneração tecidual, antiinflamatório, analgésico, modulador da atividade celular e diminuição da contração muscular (MACEDO et al., 2011). Acupuntura, é capaz de reduzir ou eliminar a dor e pode ser indicada nos casos de travamento ou limitação dos movimentos da mandíbula. A RPG também é indicada, pois através das correções posturais, permite eliminar, progressivamente, desde as compensações até a DTM. Para que as funções da ATM sejam realizadas, ela trabalha junto com os músculos faciais. Quando temos a DTM, os músculos, muitas vezes, aumentam a tensão e como consequência, o corpo se adapta a uma posição inadequada da cabeça e pescoço (SOUCHARD, 2018). Além de tudo deve-se orientar o paciente e para isso pode-se aplicar “As 07 Orientações Fundamentais ao Paciente com DTM” do programa do SUSBH juntamente a SBED E SBDOF que elaboraram o protocolo para instruir sobre postura, evitar hábitos nocivos, relaxar a musculatura mastigatória, alimentação, termoterapia, automassagem e melhorar a qualidade do sono (PITCHON, 2016).

Conclusão: A artrite pode acometer a ATM, mas com o tratamento fisioterapêutico é alcançado o retardo da evolução da artrite, proporcionando ao paciente melhora significativa do quadro e de sua qualidade de vida durante o tratamento.

Referências:

MACEDO A. C. M.; RUFINO B. S. N.; BORGES C. P. et al. - Eletrotermofototerapico Treatment of temporomandibular disorders: a literature review. **FALS**, v. 11, n. 5, p. 3-5, 2011.

MEHTA N. R. - Articulation Temporomandibular; **Department of Public Health and Community Servic; Associate Dean for Global Relations; Senior Advisor, Tufts University School of Dental Medicine**, v. 9, n. 3, p. 3-4, 2016.

MEHTA N. R.; SHARP M.; CORP D. - Artrite da articulação temporomandibular (ATM). Disponível em:<<https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/disturbios-odontologicos/disturbios-temporomandibulares/artrite-da-articula-cao-temporomandibular-atm>> Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA. Acesso em 16 de setembro de 2018.

PEREIRA K. N. F.; ANDRADE L. L. S.; COSTA M. L. G. et al. - Signs and symptoms in the patients with dysfunction temporomandibular; **Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**, v. 22, n. 56, p. 221-228, 2016.

PITCHON A.; CARVALHO T. M. L.; JÚNIOR F. G. P. - PROTOCOLO DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR/DTM E DOR OROFACIAL/DORF DA REDE SUSBH. **SUS BH**, v. 1, n. 1, p. 10-24, 2016.

SOUCHARD P. - RPG no tratamento de pacientes com DTM<<http://www.rpgsouchard.com.br/pacientes/rpg-tratamento-atm/>> Acesso em 19 de setembro de 2018.

AÇÃO DOS BETA-2-AGONISTAS NOS EPISÓDIOS DE CRISE ASMÁTICA

Beatriz Fernanda Ferraz Ferreira¹; Beatriz Rodrigues Mortari¹; Larissa Miriã Mariano Velas¹; Ana Paula Battochio²:

¹Alunas de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – biaferraz-2007@hotmail.com;

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: asma, beta-2-agonistas, tratamento.

Introdução: A asma é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada pela inflamação da mucosa brônquica, obstrução do fluxo aéreo e hiper-responsividade (MOURA et al., 2002). A prevalência da doença é alta em vários países, principalmente nos de língua inglesa e na América Latina, atingindo mais as crianças (acima de 10%). Essa incidência está relacionada com o acesso limitado aos serviços de saúde e medicamentos (CARDOSO et al., 2017). Estima-se que metade dos casos de asma persistente tem início antes dos três anos de idade e 80% antes dos seis (RONCADA et al., 2018). Entre os sintomas da crise asmática estão o aumento da dispneia na tosse, na sibilância ou na broncoconstrição, acompanhada de diminuição do fluxo expiratório, podendo ser classificada como leve ou grave, e nesse último caso apresentar risco à vida do paciente. Os fatores desencadeadores mais frequentes são alimentação, infecção, poluentes, exercício físico e estresse emocional (DALCIN E PERIN, 2009). A primeira opção para o alívio dos sintomas em qualquer estágio são os agonistas adrenérgicos beta-2 administrados por inalação, que possuem início de ação em até 30 minutos (WANNMACHER, 2006).

Objetivos: O presente trabalho tem como objetivo apresentar o mecanismo de ação dos medicamentos beta-2-agonistas na crise asmática.

Relevância do Estudo: O estudo mostra-se relevante por colaborar com o conhecimento a cerca da utilização dos beta-2-agonistas no manejo das crises asmáticas.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica com base em artigos científicos, através das bases de dados Scielo, MEDLINE, LILACS e Google Acadêmico utilizando os descritores asma, broncoespasmo, beta-2-agonistas e tratamento.

Resultados e discussões: Os beta-2-agonistas de curta ação, salbutamol e terbutalina, podem ser administrados por via inalatória, oral ou venosa, e o fenoterol apenas por via inalatória ou oral. Estes medicamentos representam a primeira escolha no alívio dos sintomas do broncoespasmo nas crises asmáticas, portanto o aumento da necessidade dos mesmos pode indicar um, descontrole da doença (SBPT, 2012). Já os beta-2-agonistas de longa ação, salmeterol e formoterol, são administrados apenas por via inalatória e o bambuterol apenas oral (SILVA, 2006). Esses são indicados, na maioria dos casos, como um tratamento adicional ou para prevenção da asma induzida pelo exercício físico (MOURA et al., 2002). A dose aplicada é determinada pela gravidade da doença, uma vez que o principal objetivo é realizar o controle no menor tempo possível (SBP, 2012). A primeira opção para alívio dos sintomas de asma é a administração do medicamento por inalação, que propicia alcance direto e imediato do tecido (WANNMACHER, 2006). Nesse caso, os beta-2-agonistas de curta ação atuam de 1 a 3 minutos e tem duração de 3 a 6 horas, e os beta-2-agonistas de ação prolongada atuam por mais de 12 horas (SILVA, 2006). A ação desses medicamentos ocorre através do estímulo de receptores beta-2-adrenérgicos, relaxando a musculatura brônquica,

evitando estímulos constritores nas vias aéreas, reduzindo o extravasamento de fluídos pela microcirculação e impedindo a liberação de mediadores pré-formados e recém-sintetizados (MAROSTICA et al., 2000).

Conclusão: Conclui-se, portanto, que os beta-2-agonistas são eficazes no controle dos sintomas da asma, principalmente quando administrados por via inalatória, e possuem início de ação rápida, relaxam a musculatura brônquica, melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes com crise asmática.

Referências

CARDOSO, T. A., RONCADA, C., SILVA, E. R., et al. Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro. **J Bras Pneumol**, Porto Alegre, v. 43, n. 03, p. 163-168, 2017.

DALCIN, P. T. R., PERIN, C. Manejo da asma aguda em adultos na sala de emergência: evidências atuais. **Rev Assoc Med Bras**, Porto Alegre, v. 55, n. 01, p. 82-8, 2009.

MAROSTICA, P. J. C., SILVA, A. R., SOUZA, A. H. S., et al. Broncoespasmo induzido pelo exercício na infância. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v. 20, n. 01, 2000.

MOURA, J. A. R., CAMARGOS, P. A. M., BLIC, J. Tratamento profilático da asma. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 02, p. 141-150, 2002.

RONCADA, C., ANDRADE, J., BISCHOFF, L. C., et al. Comparação de duas técnicas inalatórias para administrar broncodilatador em crianças e adolescentes com crise aguda de asma: metanálise. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018005007102&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 out. 2018.

SILVA, P. **Farmacologia**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma – 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 38, supl. 1, p. s1-s46, abr. 2012. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=88. Acesso em 27 set. 2017.

WANNMACHER, L. Tratamento medicamentoso da asma em crianças. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**, Brasília, v. 03, n. 09, 2006.

O IMPACTO DAS POSTURAS ORTOSTÁTICAS E ANÁLISE DAS PRESSÕES PLANTARES COM UTILIZAÇÃO DE PALMILHAS NOS TRABALHADORES

Luana Eduarda Rosa Castor¹, Amanda Gabriela dos Santos Constantino², Gêssica Borin Lima³, Mariana Carvalho Trombini⁴, Rubens Bochetto Melo⁵.

¹Aluna do Curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – <mailto:mlucia@uol.com.br>
luanaeduarda.castor@gmail.com

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: postura ortostática, trabalhadores, pressão plantar, palmilhas.

Introdução: Postura é um termo geral definido como uma posição do corpo no espaço. O posicionamento errado e prolongado pode causar algias (SOARES e CORAL, 2015). A postura parada em pé exige o trabalho estático da musculatura envolvida para manutenção dessa posição, sendo complexa em relação à equilíbrio podendo levar a fadiga na coluna vertebral e nos membros inferiores (BERENGUER, SILVA e CARVALHO, 2010; JORGE, 2013). O pé é um elemento importante para a estrutura corporal, principalmente para o sistema postural. A planta dos pés é rica em receptores cutâneos, exteroceptivos e proprioceptivos, que os torna um captor ou adaptador podal (CANTALINO e MATTOS, 2006). A avaliação da distribuição das pressões plantares, através da baropodometria, é um método que vem sendo utilizado para detectar de que forma alterações articulares de segmentos superiores refletem-se no apoio plantar, sendo uma ferramenta importante para entender a adoção de uma postura ereta modificada (GOLÇALVES, 2014). As palmilhas posturais são órteses utilizadas com o propósito de corrigir ou melhorar o alinhamento postural, o equilíbrio e a descarga de peso (GUIMARÃES, 2017). Muitas situações de trabalho requerem posturas que devem ser mantidas por um longo período de tempo, dentre elas a postura em pé, que é comum em muitas ocupações, tais como: vendedores de loja, trabalhadores que prestam serviços na área de alimentação, no trabalho de linha de montagem, operadores de máquinas caixas, assim como muitos outros trabalhos em fábricas, levando-os a adquirir doenças e até mesmo sintomas de origem ocupacional (JORGE, 2003).

Objetivos: O objetivo desse estudo foi realizar um levantamento sobre a influência do trabalho em ortostase, visando as pressões plantares dos empregados.

Relevância do Estudo: A saúde do trabalhador dentro de uma empresa é extremamente relevante. A análise comparativa realizada neste estudo é de grande importância para melhora do quadro algico, bem estar e qualidade de vida do trabalhador tanto dentro quanto fora do ambiente de trabalho.

Materiais e métodos: Revisão de literatura realizando busca nos bancos de dados: Pubmed, Bireme, Lilacs, do ano de 2003 até 2015.

Resultados e discussões: Jorge Reis, 2013, realizou uma pesquisa com 25 trabalhadores, sendo 15 homens e 10 mulheres, todos trabalhando 6 horas em ortostase. Foi utilizado questionário de sintomas músculo-esqueléticos e a baropodometria como avaliação. Aplicaram palmilhas e após 6 meses realizaram a reavaliação baropodométrica comparativa que tinha como objetivo observar os dados e alterações do alinhamento bipodal causado pelo uso das palmilhas de contato total nos trabalhadores. Antes do uso das palmilhas, 56% dos

trabalhadores apresentavam dor moderada na coluna cervical, 48% apresentavam dor intensa na coluna lombar, 4% apresentavam dor intensa nas pernas e joelhos, 44% apresentavam dor intensa e 12% dor insuportável nos tornozelos e pés. Após o uso das palmilhas, 30% dos trabalhadores obtiveram melhora dor cervical, 32 % apresentaram melhora na dor lombar, 4% apresentaram dor moderada nas pernas e joelhos, 36% apresentaram dor intensa nos tornozelos e pés e 20% não apresentaram queixas. Segundo fulano, observou-se que, dentro dos grupos, houve redução dos níveis dolorosos na região dos pés e da coluna lombar, quando comparado momento inicial e final da intervenção utilizando palmilhas.

Conclusão: Dentre os estudos citados, constatou-se que houve melhora no quadro algico dos trabalhadores submetidos a posturas ortostáticas durante a jornada de trabalho com o uso de palmilhas. Nesse contexto, o fator idade é relevante, por ser um potencial fator de risco, uma vez que integra, em simultâneo, os riscos cumulativos do trabalho e os do envelhecimento biológico, o que pode implicar, por exemplo, uma diminuição da força muscular e da mobilidade osteoarticular. Assim, é fundamental que se identifiquem as alterações decorrentes da idade e que podem influenciar a manutenção da posição ortostática, em particular mantida durante longos períodos de trabalho.

Referências

- ALMEIDA, J. S.; FILHO, C. G.; PASTRE, C. M.; PADOVANI, C. R.; MARTINS, R. A. D. M. Comparação da pressão plantar e dos sintomas osteomusculares por meio do uso de palmilhas customizadas e pré-fabricadas no ambiente de trabalho. **Rev Bras Fisioter**, v.13 (6),2009.
- BERENQUER, F. A.; SILVA, D. A. L.; CARVALHO, C. C. Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade do Recife-PE. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, 153-161, 2010.
- CANTALINO, J. L. R.; MATTOS, H. M. Comparação dos Tipos de Pé Classificados por Determinadas Formas de Avaliação Clínica. **Terapia Manual**, v. 4 (16): 552-5, 2006.
- GUIMARÃES, F. P. Influência imediata das peças podais das palmilhas posturais sobre a postural corporal, equilíbrio ortostático e distribuição da pressão plantar. **Dissertação Mestrado em Ciência da saúde Universidade Federal de Goiás**, 2017.
- GOLÇALVES, L. S. Estabilidade Postural e Distribuição das Pressões Plantares em Indivíduos com Osteoartrose de Quadril. **Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre**, 2014.
- JORGE, M. C. T. C. A postura de trabalho em pé: um estudo com trabalhadores lojistas. **Dissertação apresentada ao Programa de Pós graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina**, 2003.
- JORGE, R. P. S. M. S. O Uso de Palmilhas de Contato Total e o Impacte nas Alterações Posturais no Trabalho em Ortostatismo. **Dissertação de Mestrado em Higiene e Segurança do Trabalho**, 2013.
- SOARES, C. S; CORAL, E. C. Guia de estudo terapêutico: manual de posicionamento para trabalhadores em sedestação prolongada. **Dissertação de TCC apresentado à graduação em Fisioterapia da FSL- Faculdade São Lucas**, 2015.

ALTERAÇÕES AUDITIVAS RELACIONADAS EM PORTADORES DE DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR

Flávia Cristina Zanelli¹; Isabella Gaido Duque¹; Janaine Lima de Medeiros¹; Paola Keri de Paula Assis Fidelis¹; Elaine Camargo Costa e Silva ².

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA.

Palavras-chave: ATM, audição, disfunções, otalgia.

Introdução: O equilíbrio das estruturas e funções do sistema estomatognático depende do adequado funcionamento da Articulação Temporomandibular, que por sua vez, precisa da oclusão dental correta para a realização das funções ao movimentar a mandíbula. O desequilíbrio muscular ou estrutural da ATM poderá acarretar em uma disfunção dessa articulação e causar sinais e sintomas diversos como: pressão nos ouvidos, desequilíbrio e perda da audição, otalgia, zumbido e redução da acuidade auditiva (FELÍCIO et al, 1996). Este fato se deve à grande proximidade anatômica e funcional entre os componentes da orelha e a ATM, incluindo a inervação e vascularização. Os sinais e sintomas são gerados por uma série de fatores, sendo estes distúrbios da oclusão e traumas que sobrecarregam a ATM e hábitos orais nocivos. A otalgia é o sintoma mais comum entre os pacientes com DTM em geral, se relaciona com o movimento de abertura e fechamento da boca e a dificuldade para falar. O zumbido pode ser bilateral ou com predomínio único, outras consequências audiológicas da DTM podem aparecer sem apresentar relação com a perda auditiva, podendo haver a comprovação desta dissociação em exames audiométricos. Outros sintomas audiológicos são a vertigem e a tontura, perda de equilíbrio, o que por vezes exige a realização de exames otoneurológicos (MEIRA, 2001).

Objetivos: Analisar métodos e exercícios que possam relaxar a musculatura, diminuir a sobrecarga e reposicionar a articulação para evitar a ocorrência de sintomas auditivos em pacientes com DTM.

Relevância do Estudo: Promover o conhecimento dos principais pontos da DTM que ocasionam otalgia, zumbidos e problemas auditivos, seus sinais e sintomas, etiologias e consequências para fundamentar o estudo e procurar estabelecer relações.

Materiais e métodos: Foi realizado um estudo em banco de dados Lilacs e Scielo, com o tema Sistema Auditivo, ATM/DTM.

Resultados e discussões: A tuba auditiva, é a via de ligação entre a rinofaringe e a orelha média (OM), o que favorece a aeração dessa cavidade. Os músculos responsáveis pela abertura da tuba são: levantador do véu palatino, tensor do véu palatino e salpingofaríngeo. As conexões entre os ossículos (martelo, bigorna e estribo) e as paredes que cercam a cavidade da orelha média são os músculos tensor do tímpano e estapédio (BESS; HUMES, 1998). Watanabe e Kumagami em 1974 descobriram que o movimento do ligamento capsular e o disco oscilavam a membrana timpânica e a cadeia de ossículos. Tal mecanismo pode gerar os sintomas do zumbido. Outra teoria abordada foi a que, ao entrar em espasmo, o músculo tensor do véu palatino atrapalha a abertura da tuba auditiva, acarretando em uma

disfunção tubária. Como resultado, o paciente pode referir plenitude auricular, perda da audição, zumbido, otalgia e cefaleia (FELÍCIO, 1999). Fatores que ocasionam distúrbios auditivos na ATM, como exemplo a faixa etária, é variável, e sujeitos cujas idades podem favorecer a detecção de limiares auditivos rebaixados por influência do processo normal de envelhecimento do sistema auditivo (presbiacusia). Ao paciente devem ser levantadas questões sobre problemas com: movimentação mandibular ou mastigação, hábitos orais nocivos, dores nas costas ou no pescoço, travamento anterior de dentes, exposição pregressa ou atual a agentes ototóxicos (ruído, medicamentos, etc). A hipercontração do músculo estapedial também está relacionada ao zumbido e este pode ser eliminado por meio do rompimento do tendão estapedial. Um dos principais tratamentos é a colocação da placa oclusal, um dos principais fatores que melhora os limiares auditivos de todas as frequências, mesmo em indivíduos com audição dentro da normalidade, o tratamento de DTM realizado com a utilização da placa oclusal determina a redução significativa do zumbido, além da placa oclusal pode mencionar como tratamento a parte medicamentosa, que é indicada pelo especialista em dor orofacial, recomendado para aliviar o desconforto e controlar o processo inflamatório (COSTA; GUIMARÃES, 2002).

Conclusão: Ocorrência de sintomas auditivos em indivíduos portadores de desordens temporomandibulares é elevada, principalmente o zumbido, otalgia e plenitude auricular. Com relação aos tratamentos, são evidentes os benefícios destes em pacientes com DTM, uma vez que os mesmos podem acarretar em melhoria funcional e diminuição de sintomatologia auditiva, mas devem ser analisados para aplicação correta e eficiente de acordo com a disfunção.

Referências

BESS, F. H.; HUMES, L. E. **Estrutura e Função do Sistema Auditivo**. Fundamentos de Audiologia. 2ª ed. Artes Médicas; p. 64-105, Porto Alegre, 1998.

COSTA, L. F.; GUIMARÃES, J. P. Desordens têmporo-mandibulares: qual o papel atual do cirurgião-dentista? **Rev. Bras Odontol**, v. 5, n. 59, p. 351-354, Set/Out, 2002.

FELÍCIO, C. M.; SOUZA, L. B.; SOUZA, L. G.; SILVA, M. A. M. R. **Desordens temporomandibulares e patologias auditivas: O que há em comum?** Tópicos em Fonoaudiologia, Ed. Lovise, p. 85-96, São Paulo, 1996.

FELÍCIO, C. M. **Desordens temporomandibulares: diagnóstico fonoaudiológico e terapia**. Fonoaudiologia aplicada a casos odontológicos: motricidade oral e audiologia, Ed. Pancast, p. 91-125, São Paulo, 1999.

MEIRA, G. S. P. DTM x Problemas Otológicos. Disponível em: <http://www.aonp.org.br/fso/revista7/rev712a.htm>, Out, 2001. Acesso em: 19/10/2018.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA PÓS PROSTATECTOMIA

Paulo Eduardo Macedo¹; Dara Ribeiro Bueno de Paulo¹; Juliana Correia da Silva¹;
Fernanda Piculo²

¹Alunos de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB – eduardoomacedo@hotmail.com

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: tratamento fisioterapêutico, prostatectomia, incontinência urinária.

Introdução: Uma das principais modalidades de tratamento para a ressecção de tumores da próstata é a Prostatectomia Radical (PR), considerada eficaz no tratamento primário do câncer de próstata (51,6%), existindo outras formas de tratamento (SILVA, 2012). No entanto, a PR pode acarretar complicações como incontinência urinária (IU) e disfunção erétil (PROTA, 2010). Lima (2010) aponta que a IU pós PR se dá em decorrência da localização anatômica da próstata, sendo que qualquer alteração na forma e volume dessa glândula pode levar a mudanças no escoamento da urina, como também uma possível lesão iatrogênica da musculatura do assoalho pélvico (MAP) e dos esfíncteres urinários durante a prostatectomia. O câncer faz com que a bexiga trabalhe em alta pressão, ao mesmo tempo o esvaziamento vesical é difícil devido a obstrução infravesical, sendo que a perda de urina involuntária após a PR ocorre em função da desorientação da bexiga. Para reverter o quadro de IU, muitos desses pacientes necessitam do tratamento fisioterapêutico, para promover melhor consciência e controle da micção através da aplicação terapêutica de recursos como cinesioterapia, eletroterapia, biofeedback e a terapia comportamental, sendo a reabilitação necessária para o retorno às atividades de vida diária sem restrições, melhor qualidade de vida, conforto e segurança (LIMA, 2010).

Objetivos: Investigar os tipos de tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária decorrente da prostatectomia radical em pacientes acometidos pelo câncer de próstata.

Relevância do Estudo: Proporcionar conhecimento dos tratamentos fisioterapêuticos e desenvolvimento de programas de atenção à saúde para melhorar a conscientização, aceitação social, prevenção, bem como auxiliar no diagnóstico de pacientes com IU pós prostatectomia para profissionais da área da saúde e afins.

Materiais e métodos: Foi realizado estudo de revisão de literatura baseado na contextualização do tema, utilizando os descritores "tratamento fisioterapêutico, prostatectomia e incontinência urinária", em bancos de dados como SCIELO e BIREME, além de livros da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru – FIB.

Resultados e discussões: Foram selecionados três artigos para compor a revisão de literatura por estarem condizentes com os objetivos do trabalho. No estudo de Santos et al. (2016), 3 indivíduos foram submetidos a 10 sessões de Eletroestimulação endoanal com corrente bipolar simétrica por meio do estimulador neuromuscular Dualpex 961 (Quark), três vezes por semana, em dias alternados, por 20 minutos cada sessão. A sessão era composta de, nos primeiros 10 minutos, frequência de 10 Hz, com largura de pulso de 250µs e nos 10 minutos seguintes, 50 Hz, com largura de pulso de 700µs; no entanto, a intensidade era ajustada de acordo com a sensibilidade do paciente e a observação da contração muscular, sendo reavaliados ao final. O volume de perda urinária involuntária apresentou diminuição

significativa, como também a contração dos MAP, levando a uma melhor qualidade de vida. Estes dados mostram efeitos positivos da Eletroestimulação endoanal na recuperação da continência urinária em homens pós PR. Em relato de caso desenvolvido por Freitas et al. (2014), foram realizadas duas técnicas: Eletroterapia Transcutânea (corrente TENS) e a cinesioterapia, com tratamento composto por 24 sessões, sendo duas vezes por semana, duração de uma hora cada sessão, em um total de três meses de tratamento. O TENS foi utilizado por 30 minutos em região sacral com os parâmetros 5Hz de frequência e 200 μ s de largura de pulso. A cinesioterapia foi composta de alongamentos de MMII e tronco e exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico. Obtiveram como resultado melhora da qualidade de vida, redução de frequência miccional e de uso de fraldas. No entanto, faz-se necessário o estudo com maior número de participantes. O protocolo de tratamento desenvolvido por Kakihara et al. (2007) teve duração de 12 meses, com uma sessão por semana. Os pacientes foram distribuídos em dois grupos (controle e investigação), com 10 pacientes cada. No grupo controle foi realizado apenas o treinamento funcional do assoalho pélvico, com 90 contrações diárias em suas respectivas residências. Já a terapia realizada no grupo investigação, foi o treinamento funcional dos músculos do assoalho pélvico associado à eletroestimulação com eletrodo endoanal (Dualpex 961 Uro®) por 20 minutos. Como resultado final, houve redução da perda urinária e do número de fraldas utilizadas em ambos, porém não obteve diferença significativa entre as intervenções.

Conclusão: Os dados e resultados analisados sugerem que a fisioterapia traz grandes benefícios para pacientes submetidos à prostatectomia radical, principalmente no controle da incontinência urinária, complicação mais comum observada no pós-operatório. As intervenções fisioterapêuticas devem ser usualmente empregadas e pesquisadas para que possam promover a redução da IU e conseqüentemente a melhora da qualidade de vida.

Referências

FREITAS, A. O.; SILVA, G. C.; SCARPELINI, P. et al. Cinesioterapia e Eletroestimulação Sacral no Tratamento de Incontinência Urinária Masculina Pós Prostatectomia – Relato de Caso. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, Santos/SP, v. 11, n. 23, p. 53-58, 2014.

KAKIHARA, C. T.; SENS, Y. A. S.; FERREIRA, U. Efeito do Treinamento Funcional do Assoalho Pélvico Associado ou não à Eletroestimulação na Incontinência Urinária após Prostatectomia Radical. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos/SP, v. 11, n. 6, p. 481-486, nov/dez, 2007.

LIMA, S. V. S. Fisioterapia: a relevância no tratamento de incontinência urinária. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 10, n. 10, p. 144–160, 2010.

PROTA, C. **Efeito da reabilitação precoce do assoalho pélvico com biofeedback sobre a disfunção erétil de pacientes submetidos á prostatectomia radical: estudo prospectivo, controlado e randomizado**. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SANTOS, A. S.; SILVA, J.; SILVA, M. C. et al. Estimulação na Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia radical. **Revista Fisioterapia Brasil**, Belém/PA, v. 17, n. 1, p. 50-55, 2016.

SILVA, U. S. Exercícios funcionais do assoalho pélvico no tratamento da incontinência urinária pós prostatectomia radical. **Revista Presciência**, Recife/PE, v. 10, n. 5, p.107-18, 2012.

SINOVITE E CAPSULITE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

Isabela Alves de Moraes¹; Bruna Akeimi Maia Kikuchi¹; Caroline Minatel Antiquera¹; Eduarda Trevisanuto Lucatto¹; Letícia Tavares Lamônica¹; Elaine Camargo Costa e Silva²;

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

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

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Sinovite, capsulite, articulação temporomandibular (ATM).

Introdução: A articulação temporomandibular fica entre a mandíbula e o crânio, especificamente no processo côndilar da mandíbula com o osso temporal. Esta é uma articulação sinovial, ou seja, apresenta um espaço entre os ossos e o espaço sinovial, preenchido por um líquido lubrificante especial, o líquido sinovial (MENDES, 2012). As movimentações da mandíbula são bastante complexas, são elas: depressão da mandíbula, elevação da mandíbula, protusão da mandíbula, retração da mandíbula e lateralização da mandíbula. Destes movimentos básicos derivam os vários tipos de movimentos relacionados a fala e a mastigação. O sistema estomatognático é formado por dentes, periodonto, músculos e pela articulação temporomandibular (ATM), qualquer alteração em uma dessas estruturas pode trazer prejuízos para o indivíduo. O desequilíbrio de um ou mais componentes do sistema estomatognático pode provocar sintomas dolorosos e/ou inflamatórios que geram modificações funcionais (SILVA e SANTOS, 2014). A sinovite é uma inflamação da membrana sinovial que reveste a ATM. Há alterações da composição do fluido sinovial e um aumento do fluido dentro da cavidade articular. Ela é caracterizada por uma dor intracapsular constante que aumenta quando movimenta-se a mandíbula. É causada por irritações no interior da articulação ou por alguma função anormal ou trauma. Se houver uma forte inflamação, há risco de necrose e deposição de fibrina nas superfícies articulares que reduz o espaço articular. Já a capsulite é uma inflamação do ligamento capsular da ATM. Ela se manifesta por uma dor. Existem vários fatores que provocam a capsulite, porém o mais frequente é o macrotraumatismo e pode também surgir através de uma lesão e inflamação dos tecidos adjacentes (MENDES, 2012). Essas duas disfunções podem causar dor ou sensibilidade na ATM e clinicamente não podem ser diferenciadas (WRIGHT, 2010).

Objetivos: Conhecer algumas desordens inflamatórias da articulação temporomandibular (sinovite e capsulite).

Relevância do Estudo: Este estudo é de suma importância para agentes da saúde, pois foi verificado através da literatura o tratamento terapêutico e farmacológico da sinovite e capsulite.

Materiais e métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica através de banco de dados na internet tais como Google Acadêmico, Scielo e Bireme. O estudo foi baseado em revisão de literatura e artigos originais.

Resultados e discussões: De todos os recursos empregados na fisioterapia para tratamento das disfunções temporomandibulares (DTMs) encontra-se os agentes condutores e agentes eletromagnéticos, massoterapia, acupuntura, cinesioterapia, proporcionando o restabelecimento da função normal do aparelho mastigatório e alívio da dor (ILIBIO, 2011). O gelo e o frio possui indicação das DTMs para aliviar a dor. O frio possui propriedades que reduz a excitabilidade muscular e o espasmo, produzindo analgesia, reduzindo o edema e a

resposta inflamatória. Sendo aplicado a bolsa de gelo, compressas frias ou vapores crioterápicos, é indicado um curto período de aplicação (15 minutos) nos traumas agudos e um período mais prolongado (30 minutos) em estágio subagudo ou crônico. O LASER libera substâncias pré-formadas, que aumenta a formação de colágeno, aumenta a síntese de beta-endorfinas e eleva o limiar de dor sem produzir calor nos tecidos, tendo indicação no processo inflamatório. O ultrassom tem efeito sobre o processo inflamatório crônico e é utilizado também para facilitar o transporte de medicamentos por via transdérmica que possui efeito sobre o tecido muscular, efeito sobre processo inflamatórios, e diminuição da dor (MATTA, 2002). A cinesioterapia é importante para chegar ao conforto articular e muscular, aumentando a resistência muscular e estabilização da articulação (ILIBIO, 2011). Os anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs), são a primeira linha de ação para tratamento das DTMs, eles possuem efeito analgésico e anti-inflamatório eficazes. O mecanismo do mesmo, consiste na redução de PGs e de tromboxanos. A analgesia é dada pela inibição de mediadores inflamatórios periféricamente e centralmente. Os AINEs mais usados para tratamento são: Diclofenac, Diflusinal, Ibuprofeno, Naproxeno e outros. Os glucocorticóides apresentam substâncias como hidrocortisona, prednisolona e são os únicos que possuem ação anti-inflamatória e pode ser administrado via oral, tópica ou parental, porém para tratamento das DTMs à via oral não é recomendada por conta de seus efeitos colaterais (hipertensão, intolerância a glucose, obesidade, úlceras pépticas). Os glucocorticóides são administrados na primeira fase do tratamento e em um espaço curto de tempo (MENDES, 2012).

Conclusão: Para controlar a inflamação (sinovite e capsulite) são usados tratamentos terapêuticos e farmacológicos. Os tratamentos de fisioterapia podem não eliminar totalmente a inflamação, mas é de grande valia na redução da inflamação e da dor e recupera a função articular. Já o tratamento farmacológico é à base de anti-inflamatórios não-esteroides (AINEs) e corticosteroides que são muito eficazes na ação anti-inflamatória.

Referências

- ILIBIO, G. B. M. Tratamento funcional das disfunções temporomandibulares: uma revisão sistemática. **Monografia de Curso de Pós-graduação** – Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma, p. 16, 2011.
- MATTA, M. A. P. Uma proposta de abordagem fisioterapêutica nas desordens da articulação temporomandibular. **Dissertação (Mestrado)** – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, p. 24-28. 2002.
- MENDES, A. G. Abordagem terapêutica da patologia inflamatória da articulação temporomandibular. **Dissertação (Mestrado)** – Departamento de Ciências Médicas, Universidade Fernando Pessoa. Porto, p. 13-1, 2012.
- SILVA, A. S., SANTOS, L. H. G. Atuação da fisioterapia no tratamento da disfunção temporomandibular. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v. 15 (2), p. 153-156, 2014.
- WRIGHT, E. F. Manual of Temporomandibular. 2^o Edition. **Wiley- Blackwell**, 2010.

O MODELO DE FLEXNER NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: PELA HUMANIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL X PACIENTE

Flavio Marcos de Souza¹; Maria Luísa Amorim Costa Bissoto².

¹Mestre pelo PPGE – Centro Universitário Salesiano de São Paulo - flaviomarcos.fisio@gmail.com

²Professora do PPGE – Centro Universitário Salesiano de São Paulo – malubissoto@yahoo.com

Palavras-chave: Fisioterapia. Humanização. Comunicação. Formação.

Introdução: O fisioterapeuta, como profissional da saúde, é originariamente formado no modelo biomédico de atuação, aquele caracterizado pelo comportamento tecnicista, biologicista e curativo, hospitalocêntrico, centrado no modelo individualista da prática clínica (VERDI; DA ROS; CUTOLO, 2013). Ele tem imbuído em seu processo de formação e no repertório de conhecimentos dos quais se apropria, a convicção de ser o detentor da verdade sobre a doença que acomete o sujeito das práticas e os modos de tratá-la e de preveni-la. Neste aspecto, não está sozinho, mas integra uma forma de conceber a saúde e a doença/o doente, própria de uma tradição médico-clínica “ortopédica”, que compreende a doença como ausência de saúde, que requer métodos e técnicas específicas, para sua correção e estabelecimento da normalidade. Clavreul (1983) afirma que a relação médico-paciente, cujo modelo se estende para os demais profissionais da saúde, veio se tornando crescentemente mecanizada e, nessa perspectiva, excluem-se as particularidades e subjetividades do sujeito. Com isso, pode-se identificar no fisioterapeuta, mas também em outros profissionais da área médica, um comportamento “dominante”, e conseqüentemente, no paciente, um alguém “dominado”, fazendo dessa relação potencialmente verticalizada.

Objetivos: O objetivo dessa investigação, mediante o exposto, foi analisar a formação do fisioterapeuta naquilo que se refere à comunicação profissional X paciente e ao paradigma de humanização na saúde.

Relevância do Estudo: As concepções dos estudantes sobre como se estabelece a relação profissional-paciente indicam, em maior ou menor grau, como concebem as relações de poder presentes na prática clínica. Sentindo-se a parte empoderada dessa relação, o futuro profissional acaba por estabelecer uma comunicação verticalizada, afastando-se dos princípios de humanização da saúde.

Materiais e métodos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no contexto das práticas clínicas de estágio em saúde pública, com estudantes do nono semestre do curso de fisioterapia, em uma instituição privada de ensino. O desenho da investigação é interacionista simbólico, pois procurou-se conhecer os significados culturais atribuídos pelos estudantes à comunicação fisioterapeuta-paciente. Os dados foram coletados por meio da pesquisa documental, da observação participante e de grupos focais.

Resultados e discussões: O ensino da saúde no Brasil tem-se enquadrado em um modelo de ensino descrito como biomédico/flexneriano, como já anteriormente explicitado, construído por uma forte influência do modelo de saúde vigente nos Estados Unidos, voltado para fomentar a geração de negócios no campo da saúde, numa concepção não de saúde pública, mas de práticas de saúde privada e superespecializadas (SALMÓRIA, 2008). De acordo com Silva (2011, p. 299), “A formação em saúde pressupõe a necessidade de formar profissionais habilitados a compreender e comunicarem-se adequadamente com os pacientes”. Durante a observação participante, o pesquisador pode verificar que as questões relacionais não estão no eixo norteador das práticas desenvolvidas pelos alunos. Estão distantes do raciocínio

clínico, embora apareçam nos discursos. As colocações dos estudantes são expressas nos moldes estabelecidos na matriz curricular do curso de fisioterapia. As condutas adotadas por eles são normativamente técnicas, tendendo a mecanizadas, havendo pouca margem para a exploração da subjetividade dos sujeitos das práticas. Que dirá para o empoderamento desses. Sendo assim, se torna imprescindível que os mecanismos formativos para o sujeito ingressante na área de saúde contemple os aspectos singulares de entendimento do “outro” enquanto ser humano, dotado de sentimentos, e que seja horizontalizada qualquer forma de comunicação, pois a singularidade do ser não deve ser sobreposta pela máquina tecnicista de atuação profissional. No grupo focal foi possível identificar disparidades semelhantes entre discursos e práticas acerca da atuação dos participantes. Os documentos que regulam a profissão, embora atenuem a ênfase no modelo biomédico e a perspectiva mercantilista de saúde, revelam direcionamentos no sentido de uma formação engessada e com pouca ênfase nos princípios da humanização e da comunicação horizontalidade da relação profissional-paciente. Entende-se que a comunicação em saúde está tradicionalmente enraizada numa concepção de “corpo doente”, que caracteriza a continuidade das relações estabelecidas entre o profissional e aqueles que são objeto da sua atenção. Ter consciência desse ponto de partida é essencial para que os profissionais formadores preparem e sensibilizem o futuro profissional fisioterapeuta para outros olhares, possíveis de serem construídos em referência àqueles que serão por eles atendidos. O fisioterapeuta enquadra-se no modelo biomédico/flexneriano ao minimizar importantes fatores de humanização e canalizar esforços para identificar e tratar a patologia como objeto central do seu trabalho (LIMA; BASTOS, 2007).

Conclusão: Considera-se ser possível afirmar que a despeito da vigência de discursos sobre a essencialidade da humanização no campo da saúde, tanto em documentos oficiais de órgãos da saúde, no currículo de formação do fisioterapeuta e nos achados que permearam essa investigação, a natureza da relação comunicativa entre o futuro fisioterapeuta e os sujeitos da sua ação caracteriza-se ainda por constituir-se de forma verticalizada, reafirmando modelos de subalternização profissional x pacientes, o que possivelmente comprometerá uma atuação humanizada desses profissionais. Ainda, é relevante a ideia de se implementar, na formação inicial do fisioterapeuta, estratégias que contemplem, mais incisivamente, essa questão, desenvolvendo a consciência acerca daquilo que desumaniza o profissional e a prática da saúde.

Referências

CLAVREUL, J. **A ordem médica:** poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

LIMA, I. B.; BASTOS, L. O. Conflitos de poder na relação entre profissionais de saúde sob a óptica do paciente. **Revista de enfermagem UFPE**. on line-ISSN: 2010. Disponível em: periodicos.ufpe.br Acesso em: 26.08.2017.

SALMÓRIA, J. G.; CAMARGO, W. A. Uma Aproximação dos Signos: Fisioterapia e Saúde, aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.73-84, 2008.

SILVA, I.D.; SILVEIRO, M.F.A. A humanização e a formação do profissional em fisioterapia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1535-1546, 2011.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; CUTOLO, L. R. A. Saúde e Sociedade [Recurso eletrônico] Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2013. 96p.

A FISIOTERAPIA PÉLVICA NO TRATAMENTO DO VAGINISMO

Lorena de Oliveira¹; Thais Prado¹; Fernanda Piculo²

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

²Professora do curso de Fisioterapia– Faculdades Integradas de Bauru – FIB

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: disfunção sexual; assoalho pélvico; tratamento; fisioterapia.

Introdução: A disfunção sexual na mulher pode levar a diminuição da qualidade de vida por influência da saúde física e mental resultando em dificuldades pessoais e interpessoais (AVEIRO, GARCIA, DRIUSSO, 2009). As disfunções são frequentes, porém na maioria das vezes deixam de ser diagnosticadas por inibição da paciente, que não apresenta a queixa ao seu médico (BATISTA, 2017). A etiologia pode ser multifatorial, envolvendo aspectos físicos, psicológicos, sociais ou até mesmo sendo de causa desconhecida, sendo as mais apontadas na literatura a idade (acima de 44 anos), déficit de estrogênio pela menopausa, cirurgias vaginais, disfunções sexuais do parceiro, crença religiosa, desemprego e baixa percepção da qualidade de vida. 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). Entre estas disfunções destaca-se o vaginismo, que é uma desordem sexual caracterizada por espasmos involuntários persistentes ou recorrentes da musculatura perineal e que interferem na relação sexual. Esses espasmos impedem total ou parcialmente a penetração ou introdução do pênis, dedos, tampões, espéculo ginecológico ou outros objetos no canal vaginal, o que impossibilita e dificulta o coito ou mesmo o exame ginecológico (TOMEN et al., 2015). Essa disfunção pode ser dividida em duas formas: Primária, quando nunca concluiu-se total ou parcial a penetração na vagina e secundária, quando a mulher passa a não conseguir mais a penetração (GOULART, 2012). A fisioterapia é um recurso terapêutico recente na área pélvica ou uroginecológica, por conseguinte ainda são raros os estudos que abordam este tratamento para o vaginismo. A atuação fisioterapêutica enfatiza trabalhar a musculatura do assoalho pélvico de forma a conscientizar as mulheres da contração voluntária destes músculos, estimulando seu fortalecimento e relaxamento, bem como um maior ganho proprioceptivo (TOMEN et al., 2015).

Objetivos: O objetivo primordial do estudo foi apresentar a importância da fisioterapia no tratamento do vaginismo, classificado como disfunção sexual, por meio de revisão bibliográfica.

Relevância do Estudo: Os estudos sobre o tratamento do vaginismo ainda são restritos e, por se tratar de uma disfunção que se apresenta como uma desordem muscular com um componente cinesiológico-funcional, um dos tratamentos sugeridos é a fisioterapia pélvica.

Materiais e métodos: O estudo foi desenvolvido por meio da revisão bibliográfica nas bases de dados LILACS, PUBMED, SCIELO, em artigos científicos nos idiomas português e inglês.

Resultados e discussões: O fisioterapeuta deve iniciar a abordagem da disfunção sexual com uma boa avaliação, identificando as queixas de sua paciente. Para uma avaliação determinante seguida de objetivos e condutas justificáveis, a realização do exame físico deve ocorrer e todas as etapas devem ser realizadas: inspeção no repouso e durante o movimento, palpação e provas de função muscular. Os recursos fisioterapêuticos mais utilizados para o tratamento do vaginismo incluem: cinesioterapia para conscientização de exercícios perineais

com o objetivo de restaurar a força, função e conscientização da musculatura do assoalho pélvico, onde os exercícios de contração voluntária levam a melhora da percepção e da consciência corporal, além de vascularização da região pélvica. Há pesquisas com o uso da eletroestimulação para conscientizar e despertar a consciência corporal, auxiliando a contração apropriada dos músculos do assoalho pélvico. O biofeedback, apresentado por Kegel em 1948, propõe o monitoramento do tônus em repouso, da força durante a contração, a sustentação e outros padrões de atividade. A terapia manual será utilizada para a contribuição no alívio de tensões (mobilização de pontos gatilhos), restrição de mobilidade, desvios mecânicos ou bloqueios funcionais. O uso de dilatadores vaginais com diferentes calibres atenua a sensibilidade à penetração e beneficiando a percepção da MAP pela mulher, o que lhe permite controle e relaxamento. O tratamento fisioterapêutico para o vaginismo incide no relaxamento da musculatura do assoalho pélvico e dos músculos acessórios, como: adutores de coxa, obturadores internos e externos, piriforme, glúteo, abdominais e lombares. O relaxamento pode ser realizado por meio de alongamentos e de exercícios respiratórios, conforme a necessidade da paciente (TOMEN et al., 2015).

Conclusão: Com base na literatura, foram observadas várias técnicas fisioterapêuticas para o tratamento de disfunções sexuais, que podem ter diversas finalidades e são comumente aplicadas no tratamento com resultados satisfatórios em função de estarem baseados na reeducação perineal. Os estudos demonstraram que a fisioterapia promove efeito significativo sobre a qualidade de vida e satisfação sexual de mulheres com vaginismo. Foram encontradas diversas formas de tratamento para essas mulheres, ressaltando a importância do diagnóstico e de uma avaliação completa. Também foi possível observar que existe a necessidade de mais estudos para a discussão do tema abordado, especialmente a organização de ensaios clínicos controlados testando e comparando a eficácia das técnicas para que a prática clínica possa realmente ser baseada em evidência e, dessa forma, mais eficaz.

Referências

- AVEIRO, M. C.; GARCIA, A. P. U.; DRIUSSO, P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo. **Rev. Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 279-83, jul/set 2009.
- BATISTA, M. C. S. Fisioterapia como parte da equipe interdisciplinar no tratamento das disfunções sexuais femininas. **Rev. Diagnóstico e tratamento**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 83-87, 2017.
- GOULART, M. G. **Qualidade de vida e satisfação sexual em mulheres com vaginismo e após o tratamento fisioterapêutico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia)- Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012. 63 f.
- PIASSAROLLI, V. P.; HARDY, E.; ANDRADE, N. F. et al. Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 32, n 5, p. 234-40, fev/mai 2010.
- TOMEN, A.; FRACARO, G.; NUNES, E. F. C. et al. A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo. **Rev. Ciência Médica**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 121-130, set/dez 2015.

USO DA AMITRIPTILINA NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Clara Fróes de Moraes¹; Daniela Kobayashi Sotooka¹; Gabriel Lima Lopes¹; Leonardo do Carmo Rocha Bilancieri¹; Willian Durães Dias¹; Ana Paula R. Battochio²;

¹Aluna de Graduação em Fisioterapia – FIB – clarafroes@gmail.com;

²Professora das Faculdades Integradas de Bauru– FIB – apbattochio@ig.com.br;

Grupo de trabalho: Fisioterapia.

Palavras-chave: Fibromialgia, amitriptilina, tratamento, doença.

Introdução: A fibromialgia é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica (HEYMANN, 2010). É uma síndrome dolorosa nos músculos, tendões e ossos, sem evidência de componente inflamatório (ROCHA, 2006). Esta patologia possui uma prevalência mundial de 2%, sendo uma das afecções reumatológicas mais comuns (ROCHA, 2006). A patologia apresenta incidência no mundo todo e no Brasil, estudos mostram que a prevalência observada na população foi de 2,5%, a maioria sendo de sexo feminino, das quais 40,8% com 35 e 44 anos de idade (BESSET, 2010). O aparecimento da doença ocorre por volta dos 25/30 anos e 50 anos, sua incidência é fraca em pessoas com mais de 70 anos, assim como em crianças e adolescentes (BESSET, 2010). Além da dor, é importante avaliar a gravidade dos outros sintomas como fadiga, distúrbios do sono, do humor, da cognição e o impacto dos mesmos sobre a qualidade de vida. Pacientes costumam queixar-se também de rigidez matinal, parestesias de extremidades, sensação subjetiva de edema e distúrbios cognitivos (HEYMANN, 2010). O achado mais característico é a presença de “Tender Points” que são extremamente dolorosos à palpação (ROCHA, 2006). Para tratar a fibromialgia geralmente utilizam-se vários medicamentos, entre eles, a Amitriptilina.

Objetivos: Descrever o mecanismo de ação da Amitriptilina na fibromialgia.

Relevância do Estudo: Verificar e comprovar a integridade de estudos relacionados a utilização de determinado medicamento (Amitriptilina), como forma de tratamento para casos de fibromialgia em determinado tempo e dose.

Materiais e métodos: Foi realizado uma pesquisa bibliográfica em artigos científicos, em livros da biblioteca das Faculdades Integradas de Bauru (FIB) e sites de pesquisa como o SciELO, Pubmed e Google Acadêmico, com o tema fibromialgia e medicamentos.

Resultados e discussão: Fibromialgia é uma síndrome, do qual seus sintomas são dor, fadiga entre outras que constituem a doença em si. Foi realizado um estudo duplo-cego no Brasil, com pacientes com tal patologia, com o propósito de estipular a eficácia de medicações e usar parâmetros para a comparação da ação terapêutica (SCUDDS, 1989). Em uma pesquisa, foram selecionadas 40 pessoas para o uso da Amitriptilina, onde foi prescrito 25mg ao deitar durante 8 semanas (BURCKHARDT, 1991). A dose que poderá ser prescrita é de 12,5-50mg, dada geralmente 2 ou 4 horas antes de deitar (CARETTE, 1995). De acordo com (CARETTE, 1995) houve uma melhora na fadiga, no quadro doloroso, e no sono dos pacientes. Efeitos colaterais no grupo foi notado, mas nenhum grave (16 pessoas no AM), durante o tratamento houve desistências de no total 8 pessoas, cujo os motivos eram não querer continuar com o medicamento ou por não aparecerem no final da avaliação. A AMI sofre intenso metabolismo de primeira passagem, e é desmetilada no fígado pelas isoenzimas do citocromo P450 (CYP3A4, CYP2C9 E CYP2D6) nortriptilina. A amitriptilina é rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal e as concentrações plasmáticas atingem ápice dentro de

6 horas após a dose oral. A AMI é um fármaco que se enquadra dentro do grupo dos antidepressivos tricíclicos. Estes parecem produzir modificações em vários sistemas neuronais adquirindo grande importância a interação dos sistemas catecolaminérgicos e serotoninérgicos (ANVISA, 2015).

Conclusão: Podemos concluir que a utilização do medicamento Amitriptilina, para tratamento da fibromialgia obteve resultados positivos em ordem respectiva, porém com alguns efeitos colaterais, mas nenhum grave.

Referências

BESSET, V. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1245-1269, 2010.

BURCKHARDT, C. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. **J Rheumatol**, v. 18, p. 728-33, 1991.

CARETTE, S. Sleep electroencephalography and the clinical response to amitriptyline in patients with fibromyalgia. **Arthritis Rheum**, v. 38, p. 1211-7, 1995.

HEYMANN, R. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. **Revista Brasil Reumatologia**, Campinas, v. 50, n. 1, p. 55-66, 2010.

ROCHA, M. Hidroterapia, pompage, e alongamento no tratamento da fibromialgia – relato de caso. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 49-55, 2006.

SCUDDS, R. Improvements in pain responsiveness in patients with fibrositis after successful treatment with amitriptyline. **J Rheumatol**, v. 16, n. 19, p. 98-103, 1989.

http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=6906932015&pIdAnexo=2779771

USO DO BETABLOQUEADOR ATENOLOL® COMO COADJUVANTE NO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Luiz Victor Biral¹; Analu Silva de Oliveira¹; Marina Michelin¹; Mônica Moretti¹; Rafaela Vitoria Couto¹; Raissa Munhoz Tigre¹; Ana Paula Ronquesel Battochio².

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

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

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: hipertensão, fármaco, Atenolol®, betabloqueadores.

Introdução: A hipertensão arterial é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. É também reconhecida como um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento do acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio (MOLINA et al., 2002). Existem no Brasil mais de 30 milhões de hipertensos, destes, segundo o Ministério da Saúde, apenas 10% fazem o controle adequado. Além de ser considerada a doença de maior prevalência na população brasileira é a principal causa de morte no Brasil. A hipertensão arterial é um problema de saúde pública que atinge homens e mulheres no mundo todo. Só no Brasil, um em cada cinco indivíduos sofrem da doença. Segundo a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – SOCESP, diversos fatores contribuem para a elevação da pressão arterial, dentre eles, obesidade, sedentarismo, estresse, herança familiar e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Praticar exercícios físicos regularmente, evitar excesso de sal na alimentação, combater a obesidade e ter atividade de lazer são algumas das formas mais eficazes de se combater a pressão alta. A adoção destes hábitos saudáveis, antes do surgimento da doença, pode contribuir para sua prevenção (SOCESP, 2018). É uma condição clínica tratável e, quando adequadamente controlada, pode retardar ou até evitar o desenvolvimento da doença cardiovascular sintomática. No cenário dos cuidados com a hipertensão, os medicamentos representam papel importante no tratamento, tanto pelo seu acesso nos estágios iniciais da doença ser de baixo custo, como por, até o momento, ter mais adesão do que as mudanças de estilo de vida (MENGUE et al., 2016). O tratamento farmacológico da hipertensão pode ser realizado com o uso de agentes anti-hipertensivos (PRIETSCH, 2013).

Objetivos: O objetivo do presente trabalho foi apresentar o mecanismo de ação do fármaco Atenolol® em indivíduos hipertensos.

Relevância do Estudo: Informar através de dados e estudos científicos os riscos da hipertensão e a importância da intervenção farmacológica para seu tratamento.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em bancos de dados científicos, revistas digitais e informações de entidades governamentais brasileiras, com o tema hipertensão e betabloqueadores.

Resultados e discussões: O fármaco Atenolol® deve ser administrado ao paciente por via oral, com água, sem jejum por tempo prolongado, e de preferência no mesmo horário todos os dias. É apresentado nas seguintes formas farmacêuticas: Atenolol 25 mg, 50 mg e 100 mg, comprimidos redondos e de cor branca. A maioria dos pacientes responde a 1 dose única oral diária de 50 a 100 mg. O efeito pleno será alcançado após 1 ou 2 semanas (PHARLAB, 2018). Em relação à farmacocinética do atenolol®, a literatura relata que para indivíduos saudáveis apenas 50% da dose são absorvidos pelo trato gastrointestinal após a administração oral. Uma

vez atingida a corrente circulatória, o atenolol® é rapidamente distribuído para os tecidos devido à sua baixa ligação às proteínas plasmáticas (aproximadamente 5%), embora o mesmo apresente uma extensão de distribuição relativamente baixa (0,95 L/kg). Devido a sua característica hidrofílica, a eliminação do atenolol® é predominantemente renal, sendo que a fração da dose absorvida é recuperada na urina dentro de 48 horas, apresentando meia-vida biológica de 4 a 8 horas e depuração plasmática de 1,8 a 2,2 mL/min.kg (WADWORTH et al., 1991; MASON et al., 1979). O atenolol® é um bloqueador que preferencialmente age sobre os receptores adrenérgicos, por possuir a seletividade diminuída com o aumento da dose. O Atenolol não possui atividade simpatomimética intrínseca nem atividade estabilizadora de membrana. O seu uso vem crescendo gradativamente e seu tratamento é essencial para a melhora do estado de saúde do paciente que pode levar uma vida saudável e ativa (PHARLAB, 2018)

Conclusão: O atenolol®, um dos principais betabloqueadores é o mais utilizado pela sua função e eficácia em pacientes com hipertensão por agir sobre os receptores adrenérgicos beta-1 do coração.

Referências

ATENOLOL®: carbonato de magnésio, gelatina, laurilsulfato de sódio, amido, amidoglicolato de sódio, estearato de magnésio. São Paulo: **Pharlab Industria Farmacêutica-CRF-SP** nº10.640. Bula de remédio, 2018.

MASON, W. D.; WINER, N.; KOCHAK, G.; COHEN, I.; BELL, R. **Kinetics and absolute bioavailability of atenolol.** Clin. Pharmacol. Ther., v. 25, p. 408-415, 1979.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista Brasileira de São Paulo**, São Paulo, v. 50, p.4-6 ,2016.

MOLINA, Maria Del Carmen Bisi et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista Brasileira de São Paulo**, São Paulo, v. 37, p.1-3, 2003.

PRIETSCH, Rafael da Fonseca. Perfil dos betas bloqueadores atenolol e enalapril dispensados em farmacia magistral da cidade de Pelotas, Rio grande do sul. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Rio Grande Do Sul, v. 3, p.11-19 ,2013.

SOCESP ,Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – Publicado em abril, v. 23, 2018.

WADWORTH, A.N.; MURDOCH, D.; BROGDEN, R.N. **Atenolol: A reappraisal of its pharmacological properties and therapeutic use in cardiovascular disorders.** Drugs, v. 42, p. 468-510, 1991.

INTERVENÇÃO PRECOCE NA ENCEFALOPATIA CRÔNICA INFANTIL NÃO PROGRESSIVA

Géssica Borin Lima¹; Carolina Tarcinalli Souza²;

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

²Professora do curso de Fisioterapia – Faculdades Integradas de Bauru – FIB
caroltar11@hotmail.com

Grupo de trabalho: FISIOTERAPIA

Palavras-chave: estimulação precoce, encefalopatia, paralisia cerebral, neuroplasticidade

Introdução: A Paralisia Cerebral (PC) ou encefalopatia crônica infantil não progressiva como é denominada atualmente, ocorre no período pré, peri ou pós-natal pode ser influenciada por prematuridade fetal e má formação do feto, idade da mãe, como também à duração do trabalho de parto, parto instrumental e anóxia. Devido à lesão do sistema nervoso central (SNC), a criança apresenta déficit na percepção, na capacidade de aprender e interpretar estímulos ambientais, conseqüentemente não experimenta os padrões normais de movimentos funcionais e essenciais para o desenvolvimento motor normal. Sendo assim, os padrões motores normais esperados podem aparecer tardiamente ou até mesmo não aparecerem (OLIVEIRA e MARTIMIANO, 2017; SANTOS, SANTOS e MARTINS, 2017). A classificação da PC varia de acordo com a região cerebral lesionada, conforme o grau de comprometimento e topografia da lesão. A PC não é progressiva, porém os comprometimentos motores podem progredir pela ausência de tratamento, sendo a intervenção precoce a chave da reabilitação. (SANTOS, SANTOS e MARTINS, 2017). A estimulação precoce caracteriza-se por um conjunto de recursos incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no processo de evolução. Nesse sentido, a estimulação precoce deve atuar o mais precocemente possível em bebês de risco, por meio de abordagens preventivas e terapêuticas, antes que conseqüências se instalem (GOLLO e GRAVE, 2015).

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo demonstrar a importância da estimulação precoce em crianças com encefalopatia infantil crônica não progressiva.

Relevância do Estudo: A estimulação precoce é de extrema importância, pois promove e possibilita o desenvolvimento de toda a potencialidade da criança, facilitando a aprendizagem de habilidades, enriquecendo as vivências e dando a oportunidade delas se desenvolverem. A intervenção precoce, preferencialmente nos primeiros três anos de idade, aumenta as chances de prevenir e/ou minimizar a instalação de padrões posturais e movimentos inadequados (BRACCIALLI, 2015).

Materiais e métodos: O artigo trata-se de uma revisão de literatura, onde fontes como Bireme, LILACS, Scielo e Pubmed foram utilizados. Foram estudados artigos originais de pesquisas, incluindo editoriais, revisão de literatura e dissertações e artigos.

Resultados e discussões: Sabemos que o cérebro humano é mais plástico nos primeiros anos de vida e, por isso, as influências ambientais são mais fortes nesse período (CHAGAS, 2018). A neuroplasticidade é a capacidade de o SNC fazer a substituição funcional de áreas lesadas por outras similares não lesadas e a reorganização das sinapses por mecanismos moleculares específicos. É um evento fisiológico que ocorre durante toda a vida, porém, é mais evidente durante a embriogênese e nos primeiros anos do

desenvolvimento humano. A Fisioterapia dentro da estimulação precoce baseia-se no comportamento neuromotor normal da criança e no princípio da neuroplasticidade neural, que por meio dos estímulos terá um feedback positivo (SANTOS, 2017). Para Gollo e Grave (2015) os primeiros anos de vida são de suma importância para o desenvolvimento da criança, pois é nesta fase que ocorre o maior período de plasticidade neuronal. Por isso os bebês que apresentam problemas nesse período em função de diversas intercorrências estão mais susceptíveis aos atrasos ou a distúrbios no seu desenvolvimento motor, mental, sensorial e emocional, assim com a estimulação precoce minimizam os sinais e sintomas dos comprometimentos. As crianças com comprometimentos carecem da atuação de uma equipe de profissionais, para otimizar o processo de recuperação e estimulação (SARI e MARCON, 2008). Gama et al., (2009) observou em sua pesquisa quatro crianças entre 24 e 43 meses de idade, hemiplégicas, espásticas e nível I no sistema de classificação da função motora ampla (GMFCS). Foram realizadas quatro avaliações – uma antes do início do programa, as demais aos 30, 60 e 90 dias após a primeira –, empregando-se as partes I (Habilidades funcionais) e II (Assistência do cuidador) do PEDI. As crianças foram submetidas a sessões de uma hora de fisioterapia funcional três vezes por semana, durante três meses: duas vezes a sessão era de fisioterapia com base no conceito neuroevolutivo Bobath e uma vez, treino de atividades da vida diária. Também foram dadas orientações por escrito aos pais e/ou cuidadores quanto à assistência à criança, incentivando-os a praticá-la em casa. Assim os resultados foram significantes com a melhora no desempenho funcional.

Conclusão: Com base neste estudo a intervenção precoce se mostrou muito eficaz nas crianças com paralisia cerebral, pois adquiriram melhor qualidade de vida e melhor desempenho neuropsicomotor. Além do desenvolvimento, a estimulação precoce consegue evitar comprometimentos maiores no futuro.

Referências

- BRACCIALLI, L. M. P.; SANTOS, R. F. M. D.; JOSÉ, L. C. P.; SILVA, M. Z. Habilidades funcionais de crianças atendidas na intervenção precoce. In: **Congresso de extensão universitária da UNESP**. Universidade Estadual Paulista (UNESP), 2015. p. 1-7.
- BRIANEZE, A. C. G.; CUNHA, A. B.; PEVIANI, S. M.; MIRANDA, V. C. R.; TOGNETTI, V. B. L.; ROCHA, N. A. C. F.; TUDELLA, E. Effect of a functional physical therapy program on cerebral palsy children, associated to guidance for their caregivers: a preliminary study. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 40-45, 2009.
- CHAGAS, E. R. C. Neurociência, infância e educação infantil. **Revista Latino americana de Educação Infantil**, 7(1), 67-77, 2018.
- GOLLO, C.; GRAVE, M. T. Q. Incidência de crianças participantes dos programas de estimulação precoce de cinco associações de pais e amigos dos excepcionais do Vale do Taquari. **Caderno pedagógico, Lajeado**, v. 12, n. 1, p. 221-230, 2015.
- OLIVEIRA, J. L. G.; MARTIMIANO, K. C. N. **A percepção materna frente ao diagnóstico de paralisia cerebral**. Dissertação de TCC apresentado à Graduação em Fisioterapia da Fundação Universitária Vida Cristã, 2017.
- SANTOS, G. F. L.; SANTOS, F. F.; MARTINS, F. P. A. A. Atuação da fisioterapia na estimulação precoce em criança com paralisia cerebral. **DêCiência em Foco**, v.1, n.2, p. 76-94, 2017.
- SARI, F. L.; MARCON, S.S. Participação da família no trabalho fisioterapêutico em crianças com paralisia cerebral. **Journal of Human Growth and Development**, v. 18, n. 3, p. 229-239, 2008.